

PARTICULARITĂȚILE CLINICE ȘI MORFOPATOLOGICE ALE INFILTRATELOR PULMONARE DE DIFERITĂ GENEZĂ

Olga Caraiani¹ – doctorand,
Radu Niguleanu² – conf. univ., dr. șt. med.,
Evelina Lesnic¹ – asistent, dr. șt. med.,

¹Catedra de pneumoftiziologie,

²Catedra de morfopatologie, IP USMF „Nicolae Testemițanu”

+37369883302, evelinalesnic@yahoo.com

Rezumat

Tuberculoza este o provocare a sănătății publice din R. Moldova, cu o incidență plasând-o pe locul III printre țările cu povară înaltă a tuberculozei. Pneumonia cuprinde un grup nozologic cu impact asupra sănătății publice cu un risc înalt al decesului. Material și metode: A fost realizat un studiu pe 194 pacienți (eșantionul de studiu - 125 pacienți cu tuberculoză pulmonară și eșantionul de referință 65 pacienți cu pneumonie comunitară severă). A fost demonstrat că vârsta comparativ mai tânără, adresarea directă către medicul de familie, simptomatologia specifică de lungă durată a sindromului de intoxicație endogenă și bronhopulmonar (astenia, scăderea vădită în greutate, subfebrilitatea, transpirații profuze, tusea non-responsivă la medicația simptomatică) sunt particularități ale infiltratului pulmonar de geneză tuberculoasă. Iar vârsta înaintată, debutul simptomatic acut, starea generală grav alterată condiționată de dispnee de grad înalt și febră caracterizează infiltratele pulmonare din pneumonia comunitară. Afectarea polisegmentară și bilaterală a plămânilor, cu componentele distructive și de diseminare au caracterizat radioimagic infiltratele pulmonare din tuberculoza pulmonară. Afectarea unui număr redus de segmente pulmonare, uni sau bilateral, nefiindacompaniate de destrucții și diseminare au definit radioimagic infiltratele pulmonare din pneumoniile comunitare. Evoluția rapid pozitivă spre o resorbție considerabilă cu o ulterioară vindecare a predominat la bolnavii cu pneumonii comunitare, iar rata înaltă a deceselor și a bolnavilor pierduți din supravegherea medicală a caracterizat evoluția finală a tuberculozei.

Cuvinte-cheie: tuberculoza, pneumonia, factori de risc, morfopatologie

Summary. Clinical and morphopathological features of pulmonary infiltrates of different genesis

Tuberculosis is a big challenge for public health in R.Moldova, with an incidence ranking it on the third place among high TB burden countries. Pneumonia is a distinct nosologic entity with an impact on public health, showing a high risk for a poor outcome. Material and methods: The conducted study was retrospective selective and descriptive realised on a sample of 194 patients (study group-125 patients with pulmonary tuberculosis and reference group – 65 patients with community acquired pneumonia). Results: It was established that younger age, direct addressing to general practitioner, long lasting specific intoxication and broncho-pulmonary symptomatology (asthenia, loss of weight, fever, night sweats, cough) are the features of tuberculous pulmonary infiltrate. Old age, acute onset of the symptoms, bad general condition, dyspnea and fever characterised the pulmonary infiltrate from community acquired pneumonia. Polisegmentary localisation, affecting both lungs, with destruction and dissemination characterised pulmonary infiltrate from pulmonary tuberculosis. Localisation in a limited number of segments, with unilateral and bilateral localisation, without accompanied destruction and dissemination define infiltrates from community acquired pneumonia. Rapid evolution to a considerable resorption with healing predominated in community acquired pneumonia, high rate of deaths and patients lost from supervision characterised final evolution in tuberculosis.

Key words: tuberculosis, pneumonia, morphopathology, risk factors

Резюме. Клиническая и морфопатологическая характеристики легочных инфильтратов различного генеза

Туберкулез является важной проблемой общественного здравоохранения в Республике Молдова и располагается на 3-ем месте среди стран с высоким уровнем заболеваемости туберкулезом. Пневмонии представляют особую нозологическую форму патологии связанную с высоким риском смертности и приводящую к экономическому и социальному ущербу общественному здоровью. Материал и методы: исследование проводилось на 194 больных (125 больных туберкулезом легких в группе исследования и 65 пациентов с тяжелой пневмонией в группе сравнения). Было продемонстрировано, что сравнительно молодой возраст, непосредственное обращение к семейному врачу, симптомокомплекс, характеризующийся длительной эндогенной интоксикацией в сочетании с бронхолегочными симптомами (усталость, снижение веса, субфебрильная температура, обильное потоотделение, кашель не реагирующий на симптоматическое лечение) присущи легочному инфильтрату туберкулезной этиологии. Пожилой возраст, острое начало, тяжелые нарушения общего состояния, выраженная одышка, лихорадка характерны для легочных пневмонических инфильтратов. Полисегментарное, двустороннее поражение легких наличие деструктивных изменений и диссеминации являются характерными радиологическими признаками туберкулеза легких. Вовлечение небольшого числа сегментов легких, одностороннее или дву-

стороннее поражение, не сопровождающееся деструктивными процессами, являются радиологическими признаками пневмонических инфильтратов внебольничной пневмонии. Для пациентов с внебольничной пневмонией характерен благоприятный прогноз с быстрой резорбцией и выздоровлением, а для пациентов с перерывами в лечении туберкулеза был выявлен высокий уровень смертности.

Ключевые слова: туберкулез, пневмония, морфопатология, факторы риска

Introducere. Tuberculoza reprezintă o cauză majoră a morbidității și mortalității populației la nivel global, fiind declarată de către OMS urgență mondială în 1993 [10]. Conform raportului OMS actual o treime din populația mondială este infectată cu *M.tuberculosis*, anual înregistrându-se peste 9 milioane de cazuri noi de tuberculoză și 2 milioane de decese prin progresia tuberculozei. Republica Moldova se situează pe locul 3 din cele 18 țări cu povară înaltă a tuberculozei din Regiunea Europeană [10]. Evoluția tuberculozei a căpătat caracter epidemic în anii 1990, cauzând valoarea maximă a incidenței în anul 2006 de 134 la 100.000 populație și o mortalitate de 19 la 100.000 populație. Acești indici manifestă o descreștere lentă, ca în anul 2013 să se înregistreze o incidență a tuberculozei de 110 la 100.000 populație și o mortalitate de 11 la 100.000 populație. În 2001 R. Moldova a adoptat strategia recomandată de OMS, numită DOTS (Directly Observed Treatment Short Course Chemotherapy). Programul Național de Control al Tuberculozei, la baza căruia stă strategia DOTS este adoptat la fiecare 5 ani și are la bază 2 obiective: să atingă depistarea 70% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară prin microscopia frotiului sputei și să vindece cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoza pulmonară. În pofida tuturor investițiilor financiare, măsurilor de optimizare a depistării bolnavilor de tuberculoză și instruirea personalului asistenței medicale primare, nici depistarea prin microscopia frotiului sputei și nici rata succesului terapeutic nu a atins obiectivele stabile [6]. Conform datelor raportate ponderea formelor de tuberculoză pulmonară bacilară în R. Moldova rămâne în platou fără modificări semnificative: 2007 – 44,1%, 2008 – 44,1%, 2009 – 39,5%, 2010 – 38,1%, 2011 – 37,4%, 2012 – 39,2%, deși se atestă o rată îngrijorător de mare a formelor de tuberculoză pulmonară cu destrucții parenchimatose: 2007 – 43,7%, 2008 – 46,3%, 2009 40,1%, 2010 40,3%, 2011 – 38,0%, 2012 – 37,3%. Conform Protocolului Clinic Național-123 diagnosticul tuberculozei se efectuează conform unui algoritm bine stabilit, ce include examenul sputei prin colorația Ziehl-Neelson, radiografia toracică, cultura bacteriologică și testarea sensibilității pentru preparatele antituberculoase de linia 1-a [8]. Actualmente a fost inclus în acest algoritm testarea sensibilității la rifampicină prin intermediul testului Xpert-MTB/RIF. În pofida unui algoritm de diagnostic bine prestabilit, în circa 30%

din cazurile de tuberculoză, diagnosticul prezumptiv eronat stabilit de „pneumonie comunitară” cauzează tergiversarea depistării tuberculozei, astfel condiționând dezvoltarea formelor severe, extinse, cronice cu evoluție rapid fatală [3]. Însă, gravitatea majoră a bolnavilor cu diagnostic eronat constă în pericolul epidemiologic pe care aceștia îl expun asupra populației sănătoase în calitate de sursă de infecție tuberculoasă.

Pneumonia reprezintă o entitate nozologică distinctă printre patologiiile respiratorii cu impact asupra sănătății publice având un risc major pentru o evoluție nefavorabilă [2]. Astfel în țările Regiunii Europene, pneumonia se situează pe locul IV în structura generală a mortalității fiind precedată de boala ischemică, bolile cerebrovasculare și cancerul pulmonar [1]. De asemenea pneumonia este complicația terminală, determinantă a decesului la pacienții cu afecțiuni oncologice, cardiovasculare, infecțioase și chirurgicale preexistente [2]. Multiplele studii epidemiologice au constatat o incidență înaltă a bolii la adulți (5-16 cazuri la 1000 populație), cu valori variind în dependență de grupurile de vârstă, comorbidități și regiuni geografice [1]. Astfel că la vârstnici este înregistrată în 25-40 cazuri la 1000 populație. În R. Moldova în ultimii 10 ani incidența pneumoniilor variază mult cu tendință spre majorarea de la 19177 până la 23022 cu un indice a morbidității de la 4 la 5,9 la 1000 populație. În SUA anual se înregistrează 3-4 mln cazuri de pneumonii (indicele morbidității 10-16 la 1000 locuitori), dintre care 900000 se spitalizează.

Anual, în lume se înregistrează peste 3 mln cazuri de îmbolnăviri prin pneumonie. Estimativ se consideră că acest număr este determinat de formele cu evoluție moderată și severă, deoarece formele ușoare sunt tratate în condiții de ambulator, unde diagnosticul de „pneumonie” este subapreciat. Conform PCN investigațiile obligatorii realizate pacientului cu opacități infiltrative pulmonare sunt: hemoleucograma, glicemia, examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente, analiza sputei la BAAR, sumarul urinei, spirometria și puls-oximetria. Investigațiile recomandabile sunt: analiza biochimică a sângelui, bacterioscopia sputei precedată de evaluarea citologică, examenul bacteriologic al sputei (doar în pneumonii cu evoluție severă și de gravitate medie). În cazurile anterior menționate se pot recomanda selectiv, în dependență de anamneză și particularități clinice aprecierea antigenilor spe-

cifici urinari (ELISA, testul imunocromatografic) ai legionelei și pneumococului, hemoculturi, toracocenteza, gazimetria sângelui arterial, examenul ecografic al organelor interne, ECG și doar în cazuri complicate cu dificultăți de diagnostic, se recomandă tomografia computerizată [7]. În pofida tuturor investițiilor manageriale și financiare, în activitatea clinică, specificitatea infiltratului pulmonar nu este apreciată în o treime din cazuri datorită tabloului clinic necaracteristic, dar mai mult ca atât, informativitatea redusă a metodelor microbiologice utilizate [3].

Scopul cercetării. Studiarea particularităților clinice și morfopatologice ale tuberculozei pulmonare infiltrative și pneumoniei comunitare. **Obiective:** studierea particularităților generale, clinice, morfopatologice și ale indicatorilor de laborator ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară infiltrativă și pneumonie comunitară; elucidarea dificultăților de diagnostic diferențial ale infiltratelor pulmonare de diferită geneză.

Material și metode. A fost îndeplinit un studiu retrospectiv, selectiv și descriptiv a unui volum total de 194 bolnavi cu infiltrate pulmonare parenchimoase, în vârstă de 18 - 70 de ani, internați în IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013, distribuiți în 2 eșantioane: eșantionul de studiu – 192 de bolnavi de tuberculoză pulmonară infiltrativă și eșantionul de comparație 65 bolnavi de pneumonie comunitară. Criteriile de includere în eșantionul de studiu: vârsta de > 18 ani; tip pacient „caz nou”; înregistrat și tratat în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013; eșantion de comparație – 65 de bolnavi de pneumonie comunitară de vârstă de > 18 ani; tratați în cadrul IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” în perioada 01.01.2011-01.01.2013. Pentru colectarea materialului primar a fost utilizată metoda extragerii informației din fișele de observație. Metodele de analiză: de comparație; de sinteză; determinarea veridicității; analiza discriminantă; Prelucrarea matematico-statistică a materialului a fost efectuată prin verificarea cantitativă și calitativă a materialului acumulat, mai apoi s-a procedat la repartizarea materialului în grupări simple și grupări complexe. Materialul prelucrat a fost tabelat, folosind tabele simple, de grup și combinate. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat, utilizând aplicațiile programelor Microsoft Excel XP și Statistica 10,0.

Rezultate și discuții. Particularități generale și manageriale ale bolnavilor cu opacități infiltrative pulmonare. Conform repartiției după gen am apreciat o predominare semnificativă a bărbaților comparativ cu femeile în ambele eșantioane, astfel că în eșan-

tionul de studiu au fost 97 (75,19 ± 3,80%) bărbați și 41 (63,07 ± 5,98) femei, iar în cel de comparație 41 (63,07 ± 5,98%) bărbați și 24 (36,92 ± 5,98%) femei, cu același grad de concludență $p < 0,01$. Comparând raportul de genuri (bărbați/femei) am constatat că acesta a fost similar în ambele eșantioane (2,31 în eșantionul de studiu și 1,71 în eșantionul de comparație). Vârsta medie a pacienților eșantionului de studiu a constituit 35,6 ani și a eșantionului de comparație 54,5 ani, cu diferență semnificativă atestată ($p < 0,01$). După locul de trai, am apreciat o predominare majoritară a pacienților veniți din mediul rural în eșantionul de comparație (54 (83,07±4,65%) bolnavi comparativ cu 77 (59,69±4,31%) bolnavi din eșantionul de studiu, $p < 0,001$). Această constatare demonstrează accesibilitatea redusă a serviciilor medicale a populației rurale și aglomerarea surselor de infecție tuberculoasă în grupurile populaționale urbane.

Studiind managementul cazului am constatat că nu este vreo diferență semnificativă între tipul personalului medical calificat care a identificat și diagnosticat bolnavii cu pneumonie sau cu tuberculoză. Majoritatea acestora s-au adresat serviciilor medicale primare pentru acordarea îngrijirilor în sănătate (95 (73,64±3,87%) bolnavi ai eșantionului de studiu și 51 (78,46±5,09%) bolnavi ai eșantionului de comparație). Specialistul pneumoftiziolog a confirmat mai frecvent diagnosticul de pneumonie comunitară în cercetarea expusă (14 (21,53±5,09%) cazuri) decât a depistat cazurile de tuberculoză (13 (10,07±2,65%) cazuri), însă gradul de concludență statistică nu a fost atins. O particularitate distinctă este durata de evoluție a simptomatologiei evocatoare. Astfel o simptomatologie evocatoare cu o durată de până la 7 zile a predominat în eșantionul pneumoniilor comunitare 61 (93,84±2,98%) cazuri, iar o simptomatologie cu o durată de mai mult de 1 lună a predominat în eșantionul bolnavilor cu tuberculoză în 110 (85,27±3,12%).

Deoarece severitatea stării clinice este un criteriu al calității vieții am constatat că starea clinică mediu alterată a bolnavilor a predominat ne semnificativ în eșantionul de studiu: 31 (24,03±3,76%) cazuri și respectiv 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul de comparație. Iar în eșantionul de comparație au predominat bolnavii în stare gravă 33 (50,76±6,20%) cazuri și extrem de gravă în 21 (32,30±5,80%) cazuri, comparativ cu 53 (41,08±4,33%) și respectiv 45 (34,88±5,80%). Deci, gravitatea stării generale este particularitate definitorie a pneumoniei comunitare tratate în condiții de staționar.

Diferențierea aspectelor clinice a determinat o prezență similară a sindromului de intoxicație și bronhopulmonar la întreg contingentul ambelor eșantioane 129 (100%) cazuri în eșantionul de stu-

diu și 65 (100%) cazuri în eșantionul de comparație. Anumite componente ale sindromului de intoxicație au fost similar repartizate între eșantioane, precum: astenia 129 (100%) cazuri în eșantionul de studiu și 65 (100%) cazuri în eșantionul de comparație, inapetența în 114 (88,37±2,82%) cazuri în eșantionul de studiu și 53 (81,53±4,81%) cazuri în eșantionul de comparație.

Scăderea în greutate, ca indicator al persistenței sindromului de intoxicație s-a constatat la majoritatea pacienților cu tuberculoză pulmonară 109 (84,49±3,18%) cazuri și doar la o mică parte din cei cu pneumonie 8 (12,30±4,07%) cazuri. Transpirațiile profuze ca componentă a sindromului de intoxicație tuberculoasă s-au identificat la fiecare al doilea pacient al eșantionului de studiu (76 (58,91 ± 4,33%) bolnavi) și doar la o mică parte din eșantionul de comparație în 16 (24,61±5,34%) cazuri, atingând un prag înalt al concluziei statistice ($p < 0,001$). Febra, ca indicator al unui proces infecțios acut și indicator al severității lui a predominat în eșantionul de comparație (54 (83,07±4,85%) cazuri comparativ cu 26 (20,15±3,53%) cazuri în eșantionul de studiu), pe când subfebrilitatea s-a apreciat într-o proporție similară în ambele eșantioane (11 (8,52±2,45%) cazuri în eșantionul de studiu și 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul de comparație). Explicăm prezența subfebrilității în eșantionul de comparație ca o febră decapitată de antibioterapie și antipiretice, iar în eșantionul de studiu ca un indicator al intoxicației tuberculoase. Spectrul clinic a fost expus în tabelul 1.

În privința componentelor sindromului bronhopulmonar am constatat prezența acestora la întregul contingent al ambelor eșantioane. Repartiția componentelor acestuia nu a demonstrat diferențe

semnificative între eșantioane, fapt ce demonstrează că aparatul respirator răspunde quasiidentific în orice afecțiune bronhopulmonară. Deci, tusea s-a determinat la întregul contingent de bolnavi. Expectorările seromucoase s-au identificat într-o proporție similară în ambele eșantioane, în eșantionul de studiu în 40 (31,00±4,07%) cazuri și 19 (29,23±5,64%) cazuri în eșantionul de comparație, expectorațiile mucopurulente au predominat în eșantionul de comparație în 46 (70,76±5,64%) și în 75 (60,00±4,38%) cazuri și eșantionul de studiu, durerea toracică s-a apreciat similar în 8 (6,20±2,12%) cazuri în eșantionul de studiu și 3 (4,61±2,60%) cazuri în eșantionul de comparație, hemoptiziile s-au apreciat similar între eșantioane 14 (10,85±2,73%) cazuri în eșantionul de studiu și 5 (7,69±3,30%) cazuri în eșantionul de comparație. Însă, este necesar de menționat că hemoptiziile în tuberculoză au avut aspectul unor filamente de sânge proaspăt integrate în spută, iar în pneumonie au avut aspectul unei spute ruginie.

Este importantă ponderea bolnavilor cu dispnee în eșantionul de comparație (59 (90,76±3,59%) cazuri comparativ cu 95 (73,64±3,87%) cazuri în eșantionul de studiu, $p < 0,01$). Această constatare devine o particularitate evidentă a eșantionului cu pneumonii tratate în condiții de staționar. Diferențind gradul dispneei conform criteriilor MRC, am apreciat că dispneea la efort fizic de urcare pantă (gradul II) a predominat semnificativ în eșantionul de studiu (45 (47,36±5,12%) cazuri comparativ cu 6 (10,16±3,93%) cazuri în eșantionul de comparație), dispneea la mers de 100 m (gradul III) a predominat în eșantionul de comparație (39 (66,10±6,16%) cazuri față de 40 (42,10±5,06%) cazuri în eșantionul de studiu), iar dispneea de repaus (gradul IV) a predo-

Tabelul 1

Spectrul simptomatologiei clinice

Semne clinice	Eșantion de studiu n = 129		Eșantion de comparație n = 65		P
	Abs.	M ± m (%)	Abs.	M ± m (%)	
Astenie	129	100	65	100	>0,05
Scădere în greutate	109	84,49±3,18	8	12,30±4,07	<0,001
Inapetență	114	88,37±2,82	53	81,53±4,81	>0,05
Transpirații	76	58,91±4,33	16	24,61±5,34	<0,001
Febră	26	20,15±3,53	54	83,07±4,85	<0,001
Subfebrilitate	11	8,52±2,45	11	16,92±4,65	>0,05
Tuse	129	100	65	100	>0,05
Expectorații seromucoase	40	31,00±4,07	19	29,23±5,64	>0,05
Expectorații mucopurulente	75	58,14±4,34	46	70,76±5,64	>0,05
Durere toracică	8	6,20±2,12	3	4,61±2,60	>0,05
Hemoptizii	14	10,85±2,73	5	7,69±3,30	>0,05
Dispnee	95	73,64±3,87	59	90,76±3,59	<0,01
Dispnee MRC2	45 din 95	47,36±5,12	6 din 59	10,16±3,93	<0,001
Dispnee MRC3	40 din 95	42,10±5,06	39 din 59	66,10±6,16	<0,001
Dispnee MRC4	10 din 95	10,52±3,14	20 din 59	33,89±6,16	<0,001

minat în eșantionul de comparație (20 (33,89±6,16%) cazuri, comparativ cu 10 (10,52±3,14%) cazuri în eșantionul de studiu).

Datele examenului obiectiv pulmonar a determinat o pondere majoritară a bolnavilor cu ralurilor crepitante în eșantionul de comparație (53 (81,53±4,81%) vs 21 (16,27±3,25%) cazuri în eșantionul de studiu, acestea fiind semn obiectiv al condensării alveolare). Iar ralurile subcrepitante, marker al prezenței secretului lichid în căile aeriene mici au predominat la bolnavii eșantionului de studiu (88 (68,21±4,10%) vs 3 (2,40±1,36%) în eșantionul de comparație). Indicatorul obiectiv al sindromului bronhoobstructiv (ralurile sibilante) au fost auscultate predominant în eșantionul de studiu. Deci, asocierea ralurilor subcrepitante și sibilante au fost auscultate mai frecvent în eșantionul de studiu 15 (11,62±2,82%) vs 9 (7,20±2,31%) cazuri în eșantionul de comparație). Suflu amforic, care denotă prezența unei cavități subiacent zonei de auscultatie s-a apreciat doar în eșantionul bolnavilor cu tuberculoză 2 (1,60±1,12%) Datele sunt prezentate în tabelul 2.

Studiind aspecte radiologice am constatat afectarea extinsă pe mai mult de 3 segmente a parenchimului pulmonar la întreg contingentul bolnavilor investigați 129 (100%) cazuri în eșantionul de studiu și 52 (80,00±4,96%) cazuri în eșantionul de comparație.

În cadrul eșantionului de studiu localizarea bilaterală a predominat semnificativ statistic în 120 (93,02±2,24%) cazuri comparativ cu cea unilaterală în 9 (6,97±2,24%) cazuri, $p < 0,001$. Iar în eșantionul de comparație ambele tipuri de localizări au fost practic similar identificate 35 (53,84±6,18%) cazuri bilaterală și 30 (46,15±6,18%) cazuri unilaterală. Comparând eșantioanele am apreciat că localizarea bilaterală a predominat semnificativ în eșantionul de studiu (120 (93,02±2,24%) vs (53,84±6,18%) în eșantionul de comparație), iar localizarea unilaterală a predominat în eșantionul de comparație (30 (46,15±6,18%) vs 9 (6,97±2,24%) în eșantionul de studiu, la același gradient statistic, $p < 0,01$.

Opacități infiltrative de intensitate medie, de diferite dimensiuni, confluențe cu sectoare de destrucție au fost identificate la toți pacienții eșantionului

de studiu. În cadrul eșantionului de comparație opacități infiltrative segmentare s-au determinat la 53 (81,53±4,81%) pacienți, iar de tip reticulo-nodular (semn al afectării interstițiale) la 12 (18,46±4,81%) pacienți. Destrucții parenchimotoase s-au descris la toți pacienții eșantionul de studiu și doar la 2 (3,07±2,14%) pacienți ai eșantionului de comparație. Opacități micronodulare și nodulare de dimensiuni medii, indicator al diseminației canaliculare s-au constatat la întreg eșantionul de studiu și la nici un pacient al eșantionului de comparație. Deci, destrucția parenchimotoasă și diseminația s-au adevărat particularitățile radiologice definitorii ale bolnavilor cu tuberculoză pulmonară. Fibroza pulmonară, semn radiologic al evoluției îndelungate a procesului inflamator s-a descris predominant în eșantionul de studiu (32 (24,80±3,80%) vs 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul de comparație, fără a atinge concludența statistică). Iar aderențele pleurale au fost descrise mai frecvent în eșantionul de comparație (15 (23,07±5,22%) vs 10 (7,75±2,35%) cazuri în eșantionul de studiu, $p < 0,05$) probabil datorită antecedentelor infecțioase respiratorii predecesoare actualei pneumonii. Evoluția infiltrației pneumonice în fibroză pulmonară a predominat în eșantionul de studiu (32 (24,80±3,80%) vs 11 (16,92±4,65%) cazuri în eșantionul de comparație). Aderențele pleurale s-au identificat la proporție mică de cazuri (10 (7,75±2,35%) cazuri în eșantionul de studiu și 15 (23,07±5,22%) cazuri în eșantionul de comparație). Datele sunt prezentate în tabelul 3.

Am apreciat evoluția tabloului radiologic sub acțiunea tratamentului, constatând că la finele fazei intensive a tratamentului s-a identificat o resorbție parțială a infiltratelor pulmonare mai frecventă în eșantionul de studiu 93 (72,09±3,94%) comparativ cu 12 (18,46±4,81%) $p < 0,001$. Iar resorbția considerabilă a condensărilor parenchimotoase a fost apreciată mai frecvent în eșantionul proceselor infecțioase nespecifice 48 (73,84±5,45%) comparativ cu 5 (3,87±1,69%) în eșantionul de studiu, $p < 0,001$. Intervenim anticipat cu afirmația că în cadrul eșantionului de comparație 2 a survenit trei decese în primele ore de la internare. În eșantionul de studiu n-au fost evaluați în dinamică radiologică 17 pacienți (decedați și pierduți din su-

Tabelul 2

Datele examenului obiectiv al aparatului respirator

Semne obiective	Eșantion studiu n = 125		Eșantion comparație n = 65		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Crepitante	21	16,27±3,25	53	81,53±4,81	<0,001
Subcrepitante	88	68,21±4,10	3	2,40±1,36	<0,001
Subcrepitante și sibilante	15	11,62±2,82	9	7,20±2,31	>0,05
Sibilante	3	2,32±1,32	0	0	>0,05
Suflu amforic	2	1,60±1,12	0	0	>0,05

Tabelul 3

Particularitățile radiologice și evolutive

Semne radiologice	Eșantion de studiu n =129		Eșantion comparație n= 65		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
2 segmente	0	0	13	20,00±4,96	<0,001
≥ 3 segmente	129	100	52	80,00±4,96	<0,001
Unilateral	9	6,97±2,24	30	46,15±6,18	<0,01
Bilateral	120	93,02±2,24	35	53,84±6,18	<0,01
Infiltrație	129	100	65	100	>0,05
Distrucție	129	100	2	3,07±2,14	<0,001
Diseminație	129	100	0	0	<0,001
Fibroză pulmonară	32	24,80±3,80	11	16,92±4,65	>0,05
Aderențe pleurale	10	7,75±2,35	15	23,07±5,22	<0,05

praveghere). Iar progresarea infiltratelor pulmonare au survenit la un număr similar de mic în ambele eșantioane. Evoluția fără dinamică radiologică s-a apreciat doar la 9 (6,97±2,24%) cazuri din eșantionul de studiu (tabelul 4).

Analizând sintetic datele anterior expuse, constatăm că particularitățile radiologice ce demonstrează everitatea procesului specific este localizarea extinsă a tuberculozei, cu afectarea ambilor plămâni. Fibroza pulmonară poate fi apreciată ca particularitate deoarece demonstrează capacitatea de reabilitare limitată a funcției pulmonare.

Particularitățile bacteriologice ale bolnavilor cu pneumonie severă și tuberculoză severă sunt incomparabile. Astfel, încât spectrul etiologic al pneumoniilor comunitare a fost într-o mare măsură stabilit prin microscopia sputei și cultura adaptată germenilor identificați. Totalitatea pacienților luați în studiu, în urma notificării și înregistrării diagnosticului de caz nou de tuberculoză pulmonară au fost supuși tratamentului antituberculos. Eșantionul de comparație a fost tratat conform protocolului clinic în vigoarea pe-

rioadei date. Rezultatele tratamentului au demonstrat o eficacitate terapeutică net superioară în eșantionul de comparație, unde au fost vindecați 62 (95,38±2,60) bolnavi. Decese s-au înregistrat mai frecvent semnificativ în eșantionul de studiu 14 (10,85±2,73%) cazuri și doar 3 (4,61±2,6%) cazuri în eșantionul de comparație 2 (p <0,001), tabelul 5.

Examenul morfopatologic al prelevatelor țesutului pulmonar obținut de la bolnavii decedați de tuberculoză pulmonară severă au pus la iveală prezența formelor extinse distructive – pneumonie cazeoasă. Aspectul microscopic a fost dominat de prezența a multiplelor focare de necroză cazeoasă de culoare alb-gălbui, de formă ovalară cu diametru 2-5 cm, circumscrise de cordoane groase de celule (leucocite, celule epitelioid, macrofage, celule gigante Langhans). Pe alocuri focarele de necroză comunicau cu alveolele pulmonare și lumenul bronșiilor. Pneumonia cazeoasă era confirmată prin confluarea focarelor de necroză cazeoasă cu formarea unor infiltrate masive gălbui, „brânzoase”. Parenchimul pulmonar era hi-

Tabelul 4

Evoluția semnelor radiologice la finele tratamentului

Semne radiologice	Eșantion studiu n = 129		Eșantion comparație n=65		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Resorbție parțială	93	72,09±3,94	12	18,46±4,81	<0,001
Resorbție considerabilă	5	3,87±1,69	48	73,84±5,45	<0,001
Progresare	5	3,87±1,69	2	3,07±2,14	>0,05
Staționar	9	6,97±2,24	0	0	<0,001
Neevaluat	17	13,17±2,97	3	4,61±2,60	<0,05

Tabelul 5

Rezultatele finale ale tratamentului

Semne radiologice	Eșantion studiu n = 129		Eșantion comparație 2 n =65		P
	n	M ± m (%)	n	M ± m (%)	
Succes terapeutic	75	58,14±4,34	62	95,38±2,60	<0,001
Eșec terapeutic	12	9,30±2,55	0	0	<0,001
Abandon	6	4,54±1,85	0	0	>0,05
Deces	14	10,85±2,73	3	4,61±2,60	<0,001

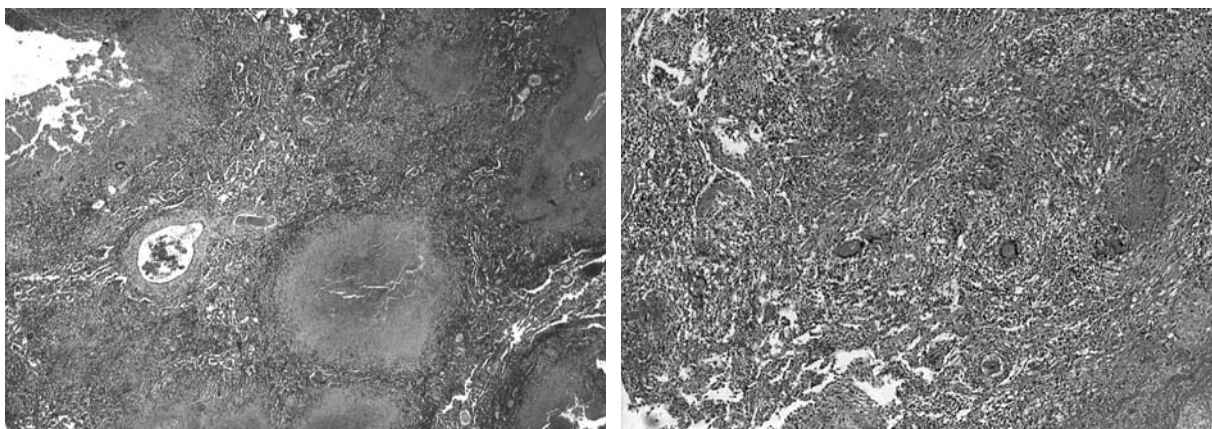


Fig. 1. Aspect microscopic de pneumonie cazeoasă (colorație hematoxină-eozină x 40)

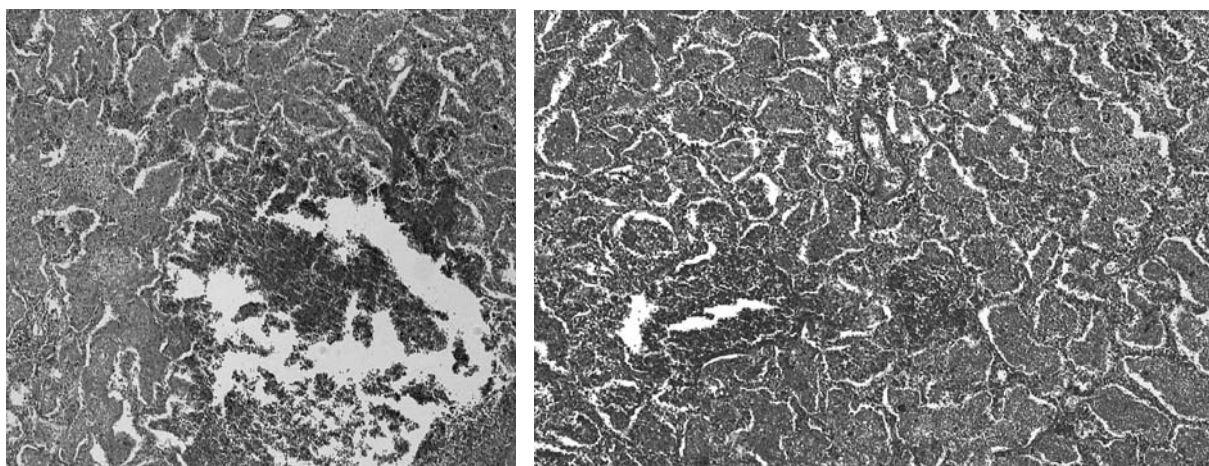


Fig. 2. Aspect microscopic de pneumonie (colorație hematoxină-eozină x 40)

peremiat, pe alocuri cu proliferări de țesut conjunctiv și cu atelectazii lobulare (figura 1).

Examenul histologic al secțiunilor țesutului pulmonar prelevate din cadavrele bolnavilor decedați de pneumonie comunitară severă au evidențiat multiple focare de inflamație și acumulări de exudat, mucus, neutrofile, macrofage, eritrocite în alveole. Septurile interalveolare au fost îngroșate printr-un infiltrat celular nespecific. Pe alocuri deteriorarea septurilor intralveolare, au permis dezvoltarea microabceselor (figura 2).

Concluzii. Aprecierea rezumativă a particularităților generale, de management și clinice ale bolnavilor cu procese infiltrative pulmonare de diferită genă a demonstrat, că vârsta comparativ mai tânără, adresabilitatea directă către medicul de familie, simptomatologia specifică de lungă durată a sindromului de intoxicație endogenă și bronhopulmonar (astenia, scăderea vădită în greutate, subfebrilitatea, transpirațiilor profuze, tusea non-responsivă la medicația simptomatică) sunt particularități ale infiltratului pulmonar de genă tuberculoasă. Iar vârsta înaintată, debutul simptomatic acut, starea generală grav alterată condiționată de dispnee de grad înalt și febră caracterizează infiltratele pulmonare din pneumonia comunitară.

Afectarea polisegmentară și bilaterală a plămânilor, cu componente distructive și de diseminare au caracterizat radioimagnostic infiltratele pulmonare din tuberculoza pulmonară. Afectarea unui număr redus de segmente pulmonare, uni sau bilateral, nefiind acompaniate de destrucții și diseminare au definit radioimagnostic infiltratele pulmonare din pneumoniile comunitare.

Evoluția rapid pozitivă spre o resorbție considerabilă cu o ulterioară vindecare a predominat la bolnavii cu pneumonii comunitare, iar rata înaltă a deceselor și a bolnavilor pierduți din supravegherea medicală a caracterizat evoluția finală a tuberculozei.

Examenul morfopatologic al prelevatelor țesutului pulmonar a detectat forme extinse distructive de tuberculoză, cu aspecte tipice de multiple focare de necroză cazeoasă de culoare alb-gălbui, de formă ovalară, circumscrise de cordoane groase de celule, confluențe, cu formarea unor infiltrate masive gălbui, „brânzoase”. În secțiunile histologice din prelevatele cu pneumonie comunitară severă s-au evidențiat focare de inflamație nespecifică, acumulări de exudat, mucus, neutrofile, macrofage, eritrocite în alveole, pe alocuri confluențe cu dezvoltarea microabceselor.

Bibliografie

1. Bolile aparatului respirator [Respiratory diseases]. Chișinău, 2001, 637 p.
2. Botnaru V. Pneumonia extraspitalicească la adult: recomandări practice [Community acquired pneumonia: practical recommendations]. Chișinău, 2004, 67 p.
3. Ciobanu S., Kavtaradze M. Raport de studiu: Analiza comună a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Tuberculozei din R. Moldova [Commune analysis of National Tuberculosis Control and Prophylaxie of Programme of Tuberculosis]. Chișinău: Imprintstar, 2010;46.
4. Protocol Clinic Național - 3 Pneumonia Comunitară la Adult [National Clinical Protocol Community acquired pneumonia in adults]. Chișinău, 2014: 43.
5. Protocol Clinic Național - 123 Tuberculoza la Adult [National Clinical Protocol Tuberculosis in adults]. Chișinău, 2014;24.
6. Global tuberculosis report. WHO, Geneva, Switzerland, 2014.