

CZU: 616.24-002:578.828HIV

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.1-69.27>

CARACTERISTICA CLINICO-PARACLINICĂ A TUBERCULOZEI PULMONARE ASOCIATĂ CU VIRUSUL IMUNODEFICIENȚEI UMANE

Vasile ANTIPA, dr. în șt. med., conf. cercet., Valeriu DJUGOSTRAN, dr. hab. în șt. med., prof. cercet.,
Lucia CEAPA-CĂTANĂ

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Chișinău, R. Moldova

e-mail: antipava@yahoo.com

Rezumat

Materiale și metode: A fost efectuată analiza publicațiilor științifice selectate din bazele de date HINARI, MEDLINE, EMBASE, etc. **Rezultate și concluzii:** În ultimii ani, în lume, tuberculoza asociată cu virusul imunodeficienței umane constituie una din cele mai grave probleme de sănătate publică, care contribuie la mărirea cazurilor morbidității, a persoanelor inapte de muncă și a mortalității. De obicei, boala se dezvoltă la persoane tinere, cu modul de viață asocial, cu imunitatea compromisă, etc. Cea mai frecventă manifestare a tuberculozei la adulții infectați cu HIV e cea pulmonară. Inițial procesul tuberculos afectează părțile superioare pulmonare, unde pot apărea: cavități, fibroze, micșorarea volumului și calcificarea plămânului. Când imunodeficiența crește tusea devine mai rară, ganglionii limfatici intratoracici se lizează mai frecvent, iar procesul afectează deja lobii pulmonari inferiori. Pentru prevenirea tuberculozei la acest contingent de bolnavi e necesar dispensarizarea lor cu examinarea necesară de două ori pe an, indicând la timp terapia antiretrovirală și chimioprofilaxia.

Cuvinte-cheie: tuberculoza asociată cu virusul imunodeficienței umane, caracteristica clinico-paraclinică, indicatorii epidemiologici, tratamentul antiretroviral, chimioprofilaxia tuberculozei.

Summary. Clinical-paraclinical characteristics of pulmonary tuberculosis associated with human immunodeficiency virus

Materials and methods: The analysis of selected scientific publications from the HINARI, MEDLINE, EMBASE, etc. **Results and conclusions:** in recent years, in the world, tuberculosis associated with the human immunodeficiency virus is one of the most serious public health problems, contributing to the increase in cases of morbidity, incapacity for work and mortality. Usually, the disease develops in young people, with the asocial lifestyle, with compromised immunity, etc. The most common manifestation of tuberculosis in HIV-infected adults is pulmonary. Initially, the tuberculous process affects the upper lungs, where cavities, fibrosis, shrinkage and calcification of the lung can occur. When the immunodeficiency increases, the cough becomes rarer, the intrathoracic lymph nodes become lysed more frequently, and the process already affects the lower lung lobes. To prevent tuberculosis in this contingent of patients it is necessary to dispense them with the necessary examination twice a year, indicating timely antiretroviral therapy and chemoprophylaxis.

Key-words: tuberculosis associated with human immunodeficiency virus, clinical-paraclinical feature, epidemiological indicators, antiretroviral treatment, tuberculosis chemoprophylaxis.

Резюме. Клинико-параклиническая характеристика туберкулеза легких, ассоциированного с вирусом иммунодефицита человека

Материалы и методы: Проведен анализ избранных научных публикаций из баз данных HINARI, MEDLINE; EMBASE и др. **Результаты и выводы.** В последние годы в мире туберкулез, связанный с вирусом иммунодефицита человека, является одной из самых серьезных проблем общественного здравоохранения, способствуя увеличению случаев заболеваемости, нетрудоспособности и смертности. Обычно заболевание развивается у молодых людей, ведущих асоциальный образ жизни, с ослабленным иммунитетом и т. д. Наиболее частым проявлением туберкулеза у взрослых ВИЧ-инфицированных является легочное. Первоначально туберкулезный процесс поражает верхние отделы легких, где могут возникать каверны, фиброз, сморщивание и кальцинаты легкого. При нарастании иммунодефицита кашель становится реже, внутригрудные лимфатические узлы поражаются чаще, и процесс уже затрагивает нижние доли легких. Для профилактики туберкулеза у этого контингента больных необходимо дважды в год обследовать, назначая вовремя антиретровирусную терапию и химиофилактику.

Ключевые слова: туберкулез, ассоциированный с вирусом иммунодефицита человека, клинико-пара клиническая характеристика, эпидемиологические показатели, антиретровирусное лечение, химиофилактика туберкулеза.

Introducere. Persoanele infectate cu virusul imunodeficienței umane (HIV) constituie una dintre grupele prioritare de risc sporit pentru tuberculoză (TB) în rândul populației, iar TB la aceștea este principala boală secundară și cauză de deces în stadiul sindromului imunodeficienței umane (SIDA) [1,2,3].

Apariția HIV a făcut dificilă diagnosticarea tuberculozei. Diagnosticul greșit al tuberculozei a devenit mai frecvent la pacienții care suferă de alte infecții asociate cu tulburările legate de HIV. Oportunitățile de a rezolva sau chiar de a contura această problemă importantă sunt foarte limitate. Cu toate acestea, numărul de diagnostice fals pozitive de tuberculoză este doar o mică parte din toate cazurile de tuberculoză înregistrate, ceea ce nu infirmă creșterea uriașă a ratei de tuberculoză în zonele endemice pentru infecția cu HIV [4].

Materiale și metode. A fost efectuată analiza publicațiilor științifice selectate din bazele de date HINARI, MEDLINE, EMBASE, etc.

Rezultate și discuții. Tuberculoza pulmonară este cea mai frecventă manifestare a tuberculozei la adulții infectați cu HIV. Tuberculoza poate apărea în orice stadiu al dezvoltării infecției cu HIV, iar manifestările sale clinice corespund în mod clar gradului de afectare a stării imune a pacientului. În stadiile incipiente ale infecției HIV, când starea imună a pacientului e perturbată parțial, procesul tuberculos se manifestă într-un tablou tipic pentru aceasta. Procesul afectează preponderent părțile superioare ale plămânilor, se formează cavități și, în general, tuberculoza pare a fi aceeași ca în perioada de dinaintea apariției HIV. Pe măsură ce imunodeficiența crește, manifestările tuberculozei devin din ce în ce mai atipice. Apar semne caracteristice perioadei primare a infecției tuberculoase, tot mai frecvent devin leziunile ganglionilor limfatici intratoracici, localizarea procesului în lobii inferiori, procesele extrapulmonare și diseminate. [5,6].

Pacienții cu tuberculoză asociată cu infecția HIV acuză tuse mai rar, care ar putea fi cauzată de dezvoltarea mai lentă a cavităților pulmonare, diminuarea reacțiilor inflamatorii și de iritarea mucoasei bronșice ca urmare a scăderii imunității celulare [7], iar hemoptizia devine mai rară fiind cauzată de severitatea slabă a proceselor de necroză cazeoasă a arterelor bronșice la acest contingent de bolnavi [8].

Conform datelor literaturii, la adulți, testele cutanate cu tuberculină în diagnosticul tuberculozei au o valoare limitată deși sunt foarte informative în studiul prevalenței tuberculozei în comunitate. În tuberculoza activă, reacțiile cutanate la tuberculină pot deveni negative. Un studiu al tuberculozei la persoanele infectate cu HIV efectuat în Zair a arătat că reacțiile negative la tuberculină au apărut doar la 8% dintre pacienții cu un conținut de limfocite CD4 în sânge mai mare de 500 la un mkl, iar frecvența acestora a crescut până la 54% la cei cu conținutul acestor celule sub 200 mkl [9].

Este cunoscut, că bacterioscopia frotiurilor de spută rămâne pilonul principal în diagnosticul tuber-

culozei, chiar și în zonele cu o prevalență ridicată a infecției cu HIV. Studiile sistematice efectuate în regiunea de sud de Sahara au arătat că micobacteriile în frotiurile de spută se găsesc la majoritatea pacienților cu co-infecție. Cu toate acestea, numărul cazurilor cu rezultate negative ale bacterioscopiei frotiului sputei la pacienții cu tuberculoză pulmonară asociată cu HIV este mai mare decât la pacienții doar cu tuberculoză [5,10]. În afară de aceasta, în frotiurile de spută de la bolnavii infectați cu HIV de obicei se determină mai puține micobacterii decât la pacienții HIV-negativi. Din această cauză, micobacteriile pot rămâne neobservate dacă n-a fost privită la microscop întreaga zonă a frotiului la o mărire ridicată [8].

Conform unor publicații de specialitate micobacteria tuberculozei (MBT) la acest contingent de bolnavi se determină de la 33,3% cazuri [11], până la 70-80% cazuri [12,13].

Radiografia toracică trebuie efectuată la toți pacienții cu suspiciune la tuberculoza pulmonară, cu rezultate negative ale bacterioscopiei frotiurilor sputei și cu absența unui efect curativ în rezultatul administrării antibioticelor cu spectru larg de acțiune. Bronșitele și pneumoniile cauzate de diverse bacterii se dezvoltă foarte des la persoanele infectate cu HIV. Semne radiologice patognomonice doar pentru tuberculoza pulmonară nu există, deși reperate clasice în această boală sunt localizarea apicală a procesului, formarea cavităților, fibroza, micșorarea și calcificarea plămânului. Tablou radiologic acemănător se observă și la pacienții infectați cu HIV cu imunitatea încă relativ păstrată. Pe măsură ce imunodeficiența crește, imaginea modificărilor pulmonare devine din ce în ce mai atipică. Modificările infiltrative tot mai des se localizează în părțile inferioare ale plămânilor, iar ganglionii limfatici intratoracici se măresc. Deseori, tabloul radiologic al plămânilor rămâne normal [5,10]. Astfel, modificări ale radiogramelor toracice nu s-au apreciat la 21% dintre pacienții infectați cu HIV și tuberculoză observați în Statele Unite ale Americii. În același timp, toți pacienții au rămas eliminatori de micobacterii în conformitate cu datele bacterioscopice și/sau culturale, iar numărul limfocitelor CD4 din sânge a fost mai puțin de 200 într-un mkl [14].

Bolile pulmonare netuberculoase la astfel de pacienți se pot manifesta și ca o imagine radiologică caracteristică și atipică. Această circumstanță trebuie luată în considerare în diagnosticul diferențial, în special la pacienții cu rezultate negative ale bacterioscopiei frotiului sputei. Cele mai frecvente leziuni pulmonare asemănătoare tuberculozei la pacienții infectați cu HIV sunt pneumonia bacteriană, pneumonia provocată de *Pneumocystis carini*, sarcomul Kaposi, infecțiile fungice și nocardioza [8].

Riscul de îmbolnăvire de tuberculoză printre persoanele HIV-infectate e de 10-15 mai mare, decât la cei cu HIV-negativ [1,2,15,16].

Experții Organizației Mondiale a Sănătății, atenționează că în ultimul timp, în lume, TB asociată cu HIV sunt printre cele mai severe probleme de sănătate publică, care în anul 2017 au constituit 465 000 cazuri [17]. Și în alte publicații se accentuează actualitatea acestei probleme [15,18,19,20], care contribuie la deminuirea calității vieții, la mărirea numărului persoanelor inapte de muncă și a mortalității [21,22].

În structura cazurilor noi a bolnavilor de TB persoanele cu infecția HIV au constituit de la 0,17 până la 8,1% cu o tendință de creștere din anul 2001 până în 2010 [16,23], iar în Republica Moldova printre cazurile noi și recidive a TB în anul 2016 ponderea coinfecției TB/HIV a alcătuit 301 cazuri (8,5%), în 2017 – 281 (8,4%), iar în 2018 – 248 cazuri (8,2%) [17].

Tot odată, în unele publicații s-a menționat că infecția cu HIV nu are niciun efect asupra evoluției tuberculozei la pacienții cu un număr inițial de limfocite CD4 de peste 500 celule/mkl, deși leziunile ganglionilor limfatici apar mai des decât la pacienții fără infecția cu HIV [24].

Tuberculoza apare de obicei la persoanele tinere peste 2-4 ani după infectarea cu HIV [12, 21], iar cele mai frecvente forme clinice a tuberculozei sunt cea infiltrativă în faza de distrucție [12, 25] și diseminată [25, 26, 27].

Evoluția tuberculozei asociată cu infecția-HIV adesea e fulminantă cu tendință spre generalizare hematogenă a procesului tuberculos [1, 16, 21, 23, 26, 28, 29, 30, 31].

La bolnavii de TB în stadiul tardiv al infecției cu HIV, procesul generalizat au fost înregistrate la 25% [23], iar la acei și cu tuberculoza pulmonară deseminată – la 33,3-69,2% dintre pacienți [25, 30, 32, 33].

Conform datelor literaturii de specialitate printre bolnavii decedați de TB anual crește rata pacienților cu infecția HIV, care a atins în anul 2010 22,9% [23], iar în lume în 2017 au decedat circa 300 mii bolnavi de tuberculoză asociată cu infecția-HIV [17], dintre care cel mai frecvent au decedat acei cu vârsta de până la 30 de ani, mai ales celebrarii, persoanele care au stat în penitenciare, care au dus un mod de viață asocial, la care starea imună era compromisă, etc [34, 35].

A.M. Mihailovschi și coaut., 2011 au studiat 2-ă loturi de pacienți cu tuberculoză asociată cu

infecția HIV, care se deosebeau prin manifestările și formele clinice a TB și a modificărilor pato-morfologice:

- primul eșantion: infecția HIV e secundară, TB e mai puțin „agresivă”. Speranța medie de viață a bolnavilor din această grupă TB/HIV după determinarea infecției cu HIV a fost de 4 ani;

- cohorta a doua – infecția HIV e maladie primară. Pacienții se caracterizează prin forme primitive de TB cu leziuni ale tuturor ganglionilor limfatici și cu procese diseminate localizate în mai multe organe. Speranța medie de viață era de 0,9 ani (11 luni) [31].

În ultimii ani instituțiile de profil se confruntă cu sarcina de optimizare a activității de prevenire și diagnosticare la timp a TB la persoanele infectate cu HIV prin cabinetele de boli infecțioase ale policlinicilor [23].

Prevenirea prevalenței tuberculozei la pacienții cu HIV este o problemă complexă, cu mai multe fațete, care, în ciuda interesului mare al medicilor în oferirea îngrijirilor medicale a acestor bolnavi, e dificil de o rezolvat [3, 16].

Strategia luptei cu tuberculoza la persoanele HIV-infectate include profilaxia, determinarea și tratamentul lor, concomitent cu conlucrarea între medicina primară, serviciul ftiziopneumologic și centrul HIV/SIDA [3, 12, 21].

Printre măsurile profilactice îndreptate întru diagnosticarea tuberculozei la persoanele HIV-infectate, sunt organizarea și efectuarea dispensarizării și a examinării de 2 ori pe an, indicând la timp terapia antiretrovirală și chimioprofilaxia [36, 37].

Concluzii

Analizând materialele tematice de referință am constatat, că:

- în lume, cât și în Republica Moldova datorită incidenței înalte a morbidității, desabilității și a mortalității acestor comorbitați problemă dată rămâne actuală;

- printre măsurile de prevenire, diagnosticare și tratament a acestor maladii sunt: conlucrarea la nivel între medicina primară, serviciul fiziologic și centrul HIV/SIDA cu efectuarea dispensarizării și a examinării de 2 ori pe an, indicând chimioterapia și medicația antiretrovirală.

Publicație realizată în cadrul proiectului cu cifrul 20.80009.8007.31, Progam de Stat 2020-2023.

Bibliografie

1. Гусева В.А., Коломиец В.М., Кудинов С.М., Шахова Ю.И. *ВИЧ-инфицированные как группа риска по туберкулезу*. Туберкулез и болезни легких. 2011;4:114-115.

2. Долгова Е.А., Альварес Фигероа М.В., Лобашева Г.П. и др. *Определение лекарственной устойчивости к рифампицину у больных туберку-*

лезом, находящихся на стадии вторичных заболеваний ВИЧ-инфекции. Туберкулез и болезни легких. 2011;4:129-130.

3. Морозова Т.И., Паролина Л.Е. Выявление, диагностика и профилактика туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:58-59.

4. Tanue EA, Nsagha DS, Njamen TN, Assob NJC. Tuberculosis treatment outcome and its associated factors among people living with HIV and AIDS in Fako Division of Cameroon. PLoS One. 2019 Jul 30;14(7):e0218800.

5. Raviglione M.C. et al. Tuberculosis and HIV: current status in Africa. AIDS, 1997;11:S115-S123.

6. Иванов А.К., Шевырева Е.В., Скрынник Н.А. и др. Лечение больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией в стационаре дневного пребывания. Туберкулез и болезни легких. 2019;10:19-24.

7. Elliot A.M. et al. Impact of HIV on tuberculosis in Zambia: a cross-sectional study. British Medical Journal, 1990;301:412-415.

8. Харрис Э. Чем отличается диагностика туберкулеза у лиц, инфицированных ВИЧ, от постановки диагноза у лиц, не инфицированных ВИЧ? Туберкулез выявление, лечение и мониторинг по К.Томену. Вопросы и ответы/Пер. с англ. – 2-ое издание. 2004;96-99.

9. Mukadi Y. et al. Spectrum of immunodeficiency in HIV-1 infected patients with pulmonary tuberculosis in Zaire. Lancet, 1993;342:143-146.

10. Harries A.D. Tuberculosis in Africa: clinical presentation and management. Pharmacology and Therapeutics, 1997;73:1-50.

11. Владимиров К.Б., Марфина Г.Ю., Карасева Е.В. и др. Возможности этиологической верификации туберкулеза при синдроме системного воспаления у больных ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2019;3:26-30.

12. Левагина Е.Ю., Бородулина Е.А., Хохлова Г.Я. и др. Туберкулез легких у ВИЧ-инфицированных в г. Самаре. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:23-23.

13. Мусатова Н.В., Кузьмина Н.В. Особенности клинической картины и иммунологического статуса у ВИЧ-инфицированных больных диссеминированным туберкулезом. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:62-62.

14. Greenberg S.D. et al. Active pulmonary tuberculosis in patients with AIDS: spectrum of radiographic findings (including a normal appearance). Radiology, 1994;193:115-119.

15. Бабаева И.Ю., Демихова О.В., Кравченко А.В. Проблемы диагностики и лечения диссеминированного туберкулеза легких у больных ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2010;8:57-71.

16. Пантелеева Л.Г., Асанов Б.М., Молафеев А.Н. Туберкулез органов дыхания и ВИЧ-инфекция в Ульяновской области. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:98-99.

17. Valentina Vilc, Sofia Alexandru, Valeriu Crudu și al. Răspunsul la epidemia de tuberculoză în Republica

Moldova. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2019;3(63):28-35.

18. Тилляшахов М.Н., Белоцерковец В.Г., Парпиева Н.Н. и др. Лечение больных с сочетанной инфекцией ВИЧ/туберкулез. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:183-185.

19. Чернов М.Т., Смердин С.В., Фролова О.П. Критерии оценки работы отделения диагностики и лечения туберкулеза, сочетанного с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:223-224.

20. Нечаева О.В. Мониторинг и оценка изменений эпидемиологических показателей по туберкулезу в Российской Федерации. Туберкулез и болезни легких. 2012;8:16-22.

21. Низамов Р.М., Чернышева И.О., Давыдова Р.Р. Анализ смертности ВИЧ-инфицированных пациентов в туберкулезном стационаре. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:73-73.

22. Русановская Г.Ф., Минаева С.В., Сидорова Н.Н. и др. Результаты химиопрофилактики туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией на территории Нижегородской области. Туберкулез и болезни легких. 2019;9:28-32.

23. Атаминава И.Н., Азаматова М.М., Гольянова Н.И. и др. Туберкулез у больных ВИЧ-инфекцией в г. Уфе. Туберкулез и болезни легких. 2011;4:43-43.

24. Зимина В.Н., Батыров Ф.А., Кравченко А.В. и др. Клинико-рентгенологические особенности течения впервые выявленного туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией в зависимости от исходного количества СВ4-лимфоцитов. Туберкулез и болезни легких. 2011;12:35-41.

25. Сафарян М.Д., Николаян Л.Т., Азизян Н.Г., Стамболцян Е.П. ВИЧ-ассоциированный туберкулез в Армении по данным туберкулезного стационара. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:150-150.

26. Бабаева И.Ю., Демихова О.В., Земскова З.С. и др. Патоморфологические особенности диссеминированного туберкулеза на разных стадиях ВИЧ-инфекции. Туберкулез и болезни легких. 2011;4:44-45.

27. Конончук О.Н., Копылова И.Ф., Сибиль К.В. Частота и распространенность поражения легочной ткани у больных туберкулезом и ВИЧ-инфекцией (Результаты рентгенологического обследования) Туберкулез и болезни легких. 2011;4:204-205.

28. Пантелеев А.М. Туберкулез органов дыхания с ВИЧ-инфекцией. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2010;1:16-22.

29. Зайцева Е.В., Владимиров К.Б., Иванов А.К. Лекарственная устойчивость микобактерий туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в пенитенциарной системе Санкт-Петербурга и Ленинградской области. Туберкулез и болезни легких. 2010;9:25-28.

30. Алибаев А.С., Аминев Х.К., Агафарова Р.К. Туберкулез у ВИЧ-инфицированных больных в пенитенциарных учреждениях Республике Башкортостан. Туберкулез и болезни легких. 2011;4:29-29.

31. Михайловский А.М., Сазыкин В.Л., Лепеха Л.Н. Эпидемиологическая ситуация по сочетанной патологии ТБ-ВИЧ в Оренбургской области. Туберкулез и болезни легких. 2011;5:47-48.

32. Владимиров К.Б., Марфина Г.Ю., Иванов А.К. Роль флюорографического обследования в выявлении туберкулеза у больных ВИЧ-инфекцией в пенитенциарных учреждениях. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессия. 2015;7(2):69-76.

33. Вострокнутов М.Е., Сысоев П.Г. Динамика эпидемиологических показателей сочетанной патологии „туберкулез и ВИЧ-инфекция” среди лиц отбывающих наказание. Здоровье и образование в XXI в. 2016;19(11):181-186.

34. Вдоушкина Е.С., Кузнецова А.Н., Бородулин Б.Е., Еременко Е.П. Значение социальных факторов при летальных исходах у пациентов с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции. Туберкулез и болезни легких. 2019;12:61-62.

35. Вострокнутов М.Е., Дюжева Е.В., Кузнецова А.В., Сенько О.В. Факторы риска госпитальной летальности

больных с сочетанием туберкулеза и ВИЧ-инфекции в учреждениях уголовно-исполнительной системы. Туберкулез и болезни легких. 2019;7:34-41.

36. Зимина В.Н., Василева И.А., Кравченко А.В. и др. Профилактика туберкулеза у больных с ВИЧ-инфекцией. Туберкулез и болезни легких. 2013;10:3-8.

37. Загдын З.М., Вербицкая Е.В., Соколович Е.Г., Беляков Н.А. Комплексная оценка эффективности системы противодействия распространению ВИЧ-инфекции туберкулеза на Северо-Западе России. Туберкулез и болезни легких. 2019;3:6-15.

38. Коломиец В. Профилактика ВИЧ-ассоциированного туберкулеза в отдельном регионе Российской Федерации. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. 2019;3:201-205.

CZU: 616.24

<https://doi.org/10.52692/1857-0011.2021.1-69.28>

ABORDĂRI ACTUALE ALE TRATAMENTULUI MICOBACTERIOZELOR NON-TUBERCULOASE

Irina VOLOȘCIUC, Serghei PISARENCO, dr. hab. în șt. med., Aliona DAVID, dr. în șt. med.,
Diana CONDRĂȚCHI, Diana BOTNARU, Nelly CIOBANU

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganuic”, Chișinău, R. Moldova

e-mail: volosciuc15@gmail.com

Rezumat

Termenul de micobacterii nontuberculoase (MNT) întrunește numeroase specii de micobacterii, altele decât cele incluse în *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricatta*, *M. mungi*) și altele decât cele ce provoacă lepra (*M. leprae*, *M. lepromatosis*). Rata infecției pulmonare cu MNT crește odată cu vârsta și variază considerabil în diferite țări. MNT sunt agenți patogeni oportuniști care pot provoca boala, în special, la pacienții imunocompromiși sau cu boală pulmonară preexistentă. Decizia de inițiere a tratamentului este bazată pe evaluarea potențialelor riscuri și beneficii, individual pentru fiecare pacient. Scopul tratamentului este de a lichida/ameliora manifestările clinico-funcționale, de a reduce leziunile pulmonare cu restabilirea capacității de muncă. Tratamentul pacienților cu micobacterioze este unul complex (polichimioterapie, la necesitate și tratament chirurgical etc.), de lungă durată, sub directă observare, administrat în condiții de ambulator și/sau staționar. Schema de tratament este aleasă funcție de specia implicată, tabloul radiologic, comorbidități, sensibilitate la medicamente etc.

Cuvinte-cheie: micobacterii nontuberculoase, tratament, chimioterapie.

Summary. Current approaches of the treatment of nontuberculous mycobacteriosis

The term nontuberculous mycobacteria (NTM) includes different species of mycobacteria, other than *Mycobacterium tuberculosis complex* (*M. bovis*, *M. africanum*, *M. microti*, *M. canetti*, *M. caprae*, *M. pinnipedii*, *M. suricatta*, *M. mungi*) and other than those that cause leprosy (*M. leprae*, *M. lepromatosis*). The rate of lung infection with NTM increases with age and varies considerably in different countries. NTM are opportunistic pathogens that can cause the disease, especially in immunocompromised patients or in those with preexisting lung disease. The decision to initiate the treatment is based on an assessment of the potential risks and benefits, individually for each patient. The aim of the treatment is to liquidate/improve the clinical and functional manifestations, to reduce the lung lesions and to restore work capacity. The treatment of patients with mycobacteriosis is a complex one (polychemotherapy, if necessary – surgical treatment etc.), long-term, under direct observation, administered in the hospital and/or at home. The treatment regimen is chosen depending on the species involved, radiological picture, comorbidities, drug sensitivity etc.

Key-words: nontuberculous mycobacteria, treatment, chemotherapy.