

## VII TORUL BOLNAVI LOR CU TUBERCULOZĂ PULMONARĂ CAVITARĂ TRATATĂ CU TUBERCULOSTATICE

dr. C. Ionescu

Tuberculoza este obișnuit oprită în evoluția ei cînd se tratează corect cu tuberculostatice. Dintre criteriile de apreciere a rezultatelor terapeutice în tuberculoză, timpul fiind cel mai important, explică preocupările actuale pentru a cunoaște evoluția tuberculozei tratate cu tuberculostatice. Pe linia acestor preocupări am socotit util să analizăm : evoluția clinică a tuberculozei pulmonare cavitare tratate cu tuberculostatice, cauzele de eșec și unele aspecte ale reabilitării.

## Material și metodă

Au fost studiați 240 de bolnavi, internați de la 1 ianuarie 1959 pînă la 30 decembrie 1966, pentru o tuberculoză pulmonară cavitară cu diametrul de peste 2 cm, uni- sau bilaterală, cu bacili Koch (b. K.) prezenți; bolnavi care au fost tratați pentru prima dată cu tuberculostatice peste 5 luni în spital. Tratamentul s-a făcut cu 10 mg/kilocorp/zi izoniazidă (HIN), 1 g streptomycină (SM) și 12 g acid paraaminosalicilic (PAS) în asociație triplă (208) sau dublă (32), administrate în perfuzie (130), sau pe alte căi. La 65 de cazuri, în funcție de antibiogramă (ABG) și unele efecte toxice, tuberculostaticele clasice au fost înlocuite cu produse de ordinul doi.

La externare din cei 240 de bolnavi: 84,6% (203) au fost rezolvați, 11,66% (28) ameliorați, 3,33% (8) neinfluențați, iar 0,41% (1) au decedat. Din lotul bolnavilor ameliorați, 8 operați nu figurează în studiu

După externare, la cei 231 de bolnavi rămași în evidența dispensarelor anti-tuberculoase, tratamentul a fost continuat cu HIN+PAS 12 luni și apoi numai cu HIN încă alte 6 luni la 197 de bolnavi; în restul cazurilor, tratamentul a fost incorect.

Reîncadrarea în muncă, făcută după 12 luni de concediu medical s-a făcut pe baza datelor clinice, radiologice, bacteriologice, uneori de explorare funcțională.

Evoluția procesului pulmonar în timp s-a examinat de către dispensarele teritoriale, parte din bolnavi fiind examnați și la Clinica fiziologică-Iași. Cînd nu s-au putut obține informații directe (prin examenul bolnavului), s-a recurs la scrisori- chestionar adresate dispensarelor, sau bolnavilor. Observația s-a încheiat la 15 decembrie 1967

## Rezultate

Cele 231 de cazuri, tratate cu tuberculostatice, în medie 18 luni, observate apoi 1—8 ani, au prezentat următoarea situație: 85,23% rezolvări; 4,32% cronicizări și 3,46% decese (tabelul 1).

Tabelul nr. 1.

Cazuri observate %	Rezolvați	Hipercronici	Decese	Pierduți din obs.
231	85,23	4,32	3,46	6,93

Evoluția pe ani de observație, a loturilor de bolnavi stabilite la părăsirea spitalului, este consemnată în tabelul 2.

Analizînd cauza deceselor am constatat: în 6 cazuri insuficiență pulmonară cu leziuni de tuberculoză activă evolutivă; în alte 2, decesul a survenit după un abdomen acut și neoplasm mamar. Așadar, în cadrul eșecurilor, la sfîrșitul perioadei de observație, s-au găsit 10 cazuri cu leziuni hipercronizate și 6 decese prin tuberculoză. Analiza unor factori posibili de a fi incriminați ca răspunzători de eșec, cum ar fi: vîrsta, sexul, profesia, vechimea bolii, aspectul radiologic, bolile asociate, nu s-a soldat cu stabilirea unor relații stricte de cauzalitate. Menționăm că printre cauzele de eșec figurează și prezența rezistenței primare constatată la 3 cazuri, precum și tratamente incorecte la domiciliu la 11.

Preocuparea pentru reîncadrare a interesat 180 de bolnavi: 74 muncitori, 44 funcționari, 31 tehnicieni și 31 studenți și elevi. Pentru agricultori, casnice și fără profesie nu au fost preocupări în vederea reîncadrării.

Conform recomandărilor făcute la părăsirea spitalului, salariații au fost reîncadrați după 12 luni de concediu medical, cu program de muncă redus. La

Tabelul nr. 2.

Ani de observație								
Evoluția procesului pulmonar la:	1	2	3	4	5	6	7	8
<b>203 bolnavi considerați rezolvați:</b>	201	201	196	193	189	186	186	186
— Hipercronici	—	—	—	1	1	2	—	—
— Decese	1	—	1	1	—	1	—	—
— Pierduți din obs.	1	—	4	1	3	—	—	—
<b>20 bolnavi ameliorați:</b>	21	17	8	3	—	—	—	—
— Rezolvați	—	3	2	3	1	—	—	—
— Hipercronici	—	—	4	—	—	—	—	—
— Decese	—	—	—	1	1	—	—	—
— Pierduți din obs.	—	—	3	1	2	—	—	—
<b>8 bolnavi neinfluențați:</b>	8	7	4	4	3	2	1	—
— Rezolvați	—	1	1	—	—	—	—	—
— Hipercronici	—	—	2	—	—	—	—	—
— Decese	—	—	—	—	1	1	—	—
— Pierduți din obs.	—	—	—	—	—	—	1	1

sfârșitul celor 12 luni de concediu medical, dispensarele antituberculoase au reîncadrat la vechiul loc de muncă: 87,84% (65 din 74) muncitori; 84,10% (37 din 44) funcționari și 87,10% (27 din 31) tehnicieni. Studenții și elevii și-au continuat activitatea încă în cursul spitalizării, iar apoi sub controlul medical al Preventoriului pentru studenți. 9 muncitori, 7 funcționari și 4 tehnicieni au fost pensionați temporar, întrucât imaginea cavității se menținea vizibilă (13), procesul era activ-evolutiv (4) sau bolnavii prezentau disfuncții ventilatorii mari (3).

La sfârșitul perioadei de observație au fost reîncadrați: 91,9% (67) muncitori; 93,1% (41) funcționari și 96,7% (30) tehnicieni. Global, se poate afirma că din cei 149 salariați (muncitori, funcționari și tehnicieni) 92,61% (138) au fost reîncadrați în vechiul loc de muncă, la care se mai adaugă lotul de studenți și elevi. Pe parcurs, la 7 bolnavi reîncadrați au apărut recidive (4 la muncitori și 3 la funcționari), dintre care 2 la salariații care au frecventat concomitent și cursurile serale școlare

#### Discuții

Rezultatele obținute în tuberculoza pulmonară cavității tratată pentru prima dată cu tuberculostatice, aproximativ 18 luni, pot fi interpretate ca favorabile. Chiar dacă presupunem că tratamentul ar fi eșuat la toți bolnavii pierduți din observație (16), rezultatele favorabile ating proporția de 85,23%.

Întrucât s-a constatat că numai 6 decese pot fi imputate ineficienței tratamentului și că este puțin probabil ca tratamentul să fi eșuat la toți bolnavii pierduți din observație, se poate presupune că proporția bolnavilor rezolvați oscilează între 85,23—92,48%.

Irén Barát, Zoltán Bárász (1960) analizând rezultatele tardive (3—7 ani) la 88 de bolnavi cavitari tratați în spital cu asociație triplă, în medie 6 luni, din care numai 11 au făcut și un tratament ambulator (de peste 3 luni) au constatat închi-

deri cavitare la 80% din cazuri și recidive la 6,5%. *Rabuhtn* (1960) a găsit 88% succese după 1—5 ani în diverse forme de tuberculoză, (printre care și 92 forme cavitare) tratate peste 6 luni cu streptomycină, ftivazidă și PAS. După acest autor, recidivele au fost determinate de: forma cavitara, durata tratamentului și aspectele radiologice de la sfârșitul perioadei de tratament

Evoluția bolnavilor în timp a demonstrat că viitorul este în funcție de rezultatul obținut în spital, după 5—6 luni de tratament. Astfel, bolnavii stabiliți în momentul părăsirii tratamentului au rămas ca atare în perioada de observație, în procent de 92% pe cind la cei ameliorați s-a găsit un număr mai redus de rezolvări. Acest fapt a fost constatat și de C. *Anastasatu* și colab. (1964), care după un an de la terminarea tratamentului au găsit că rezultatele etichetate favorabile s-au menținut la aproximativ 90%. Observația în timp a mai evidențiat faptul că hiper-cronicii (1,98%), proveniți de la lotul inițial considerat stabilizat, se desprind după al patrulea an de observație, practic după ce au ieșit de sub efectul terapeutic al chimioterapicelor. Bolnavii hipercronici proveniți de la celelalte loturi au intrat treptat în această grupă, evoluind torpid sau către decese.

Noțiunea de eșec terapeutic s-a definit ținind cont de doi factori: prezența cavernei și persistența b. K. la sfârșitul tratamentului de 18 luni, sau pe parcursul perioadei de observație, la care se adaugă și decesele prin tuberculoză

În practică s-a dovedit dificilă stabilirea cauzei eșecurilor (J. R. *Bignall*, 1965). În general se incriminează: extinderea leziunilor, cointeresarea bronhiilor, existența altor afecțiuni, rezistența la tuberculostaticele clasice etc.

În cazurile noastre menționăm că rezistența primară a intervenit de trei ori, iar incorectitudinea tratamentului ambulator de 11 ori, ceilalți factori apărînd foarte dispersați.

Ceea ce considerăm necesar să remarcăm este faptul că bolnavii cu persistența imaginii cavitare după un tratament inițial în spital au constituit sursa principală de alimentare a hiper-cronicilor și a deceselor. Mai devreme sau mai tîrziu, bolnavii cu persistența imaginii cavitare (un prim factor de eșec) își vor pozitiva sau menține pozitivă expectorația (al doilea factor de eșec) aproape constant cu b. K. rezistenți la tuberculostatice (al treilea factor de eșec).

În vederea reabilitării bolnavului de tuberculoză, trebuie asigurată (conform indicațiilor U.I.C.T. din 1957), o rezolvare cît mai bună a capacității funcționale a fostului bolnav, sub raport fizic, psihic, profesional, social și economic. Posibilitatea de a reabilita bolnavul de tuberculoză a sporit după introducerea corectă a tratamentelor cu tuberculostatice. Încercările noastre care s-au referit la: menținerea unui tonus psihic ridicat pentru reîncadrare, introducerea unor preocupări de ordin intelectual, continuarea studiilor de către elevi și studenți în timpul spitalizării, utilizarea explorărilor funcționale în vederea cunoașterii mai exacte a posibilităților de muncă ș. a. pledează pentru o preocupare susținută privind reîncadrarea bolnavului de tuberculoză. Aceste măsuri, alături de supravegherea la locul de muncă și dispensarizarea îndelungată, s-au alăturat metodelor terapeutice, pentru a profita foștii bolnavi față de recidive. Frecvența acestora (3,46%) întărește concret necesitatea preocupărilor de reabilitare.

În *concluzie* se poate afirma că rezultatul final în tuberculoza pulmonară cavitara tratată cu chimioterapice este în funcție în primul rînd de corectitudinea tratamentului inițial în spital, la care se adaugă măsurile de supraveghere a tratamentului la domiciliu (minimum 18 luni) și a reabilitării în cele mai bune condiții.

*Sosit la redacție: 28 septembrie 1968.*

#### *Bibliografie*

1. ANASTASATU C., KAUFMAN S., BERCIU O., CEICU AL., CONSTANTIN ST., MARCOVICI M., ULIPIAN C.: Probleme de tuberculoză (1964), 5, 183; 2. BARRAT IRÉN, BÁRÁSZ ZOITÁN: Tuberkulózis (1960), 13, 327; 3. BOQUET A., LUIZY I., ABELS D.: Revue de tuberculose et de pneumologie (1960), 12, 1352; 4. BROUET

C. : Path. et Biol. (1960), 8, 1639; 5. BUMBĂCESCU N., IONESCU C., MIARCA PI-ROJINSCHII, DUDA R. : Ftiziliogia (1966), 4, 311; 6. BUMBĂCESCU N., IONESCU C.: Rev. Med. Chir. Iași (1963), 1, 33; 7. CADRA J., DELANDE A.: Thérapie (1960), 15, 897; 8. FOX WALLACE: Adv. Tuberc. Res. (1963), 12, 28, 9. TEREBEY S. H., MOUNT F, W. : Amer. Rev. Resp. Dis. (1962), 4, 490; 10. KUMABE HIDEO, IVASAKI TATSURA, KUZOKAWA NOBUO : Bull. Un. Int. Tuberc. (1960), 30, 395; 11. MAYERS H. D., CAMBELL H. A : Med. J. Austr. (1960), 47, 2, 250; 12 NEUMANN G. : Brit. Klin. Tuberc. (1961), 39, 1855; 13. MATTEI Gh., LAVAL P., BALOZET P., BARBÉ A., BAILLE J. : Revue de tuberculose et de pneumologie (1961), 11, 1187; 14. OUDET P. : Röntgen und Lab. Prax. (1961), 14, 52; 15. RABUHINE A. Bull. Un. Int. Tuberc. (1960). 30, 407; 16. SELBY T : Med. J. of Austr. (1960), 47, 2, 1007; 17 VIDAL J., CUIN J. J.: Rev. Tuberc. (1960), 24, 869; 18. WASH Mc. DERMOTT Bull. W. H. O. (1960), 23, 427