

TUBERCULOZA

11.1. ASPECTE GENERALE. ELEMENTE DE EPIDEMIOLOGIE DESCRIPTIVĂ

Îngrijorarea noastră față de tuberculoză este îndreptățită, întrucât tuberculoza este una dintre maladiile care pot fi prevenite, dar încă omoară milioane de oameni în fiecare an. Tuberculoza este o boală cunoscută de omenire din timpuri străvechi. În antichitate, legea regelui Hammurapi conținea paragraful, în care se stipula, că soțul poate să-și părăsească soția bolnavă de „cihotcă”. Din monumentele arhitecturale ale Chinei Antice observăm, că TBC era cunoscută cu 6 secole î.Hr., sub denumirea de „ceao-ping”. Hippocrate a descris forma clinică a bolii numind-o „ftizia”. Așadar, TBC a fost cunoscută din timpuri străvechi, iar datorită particularităților de manifestare ea a rămas actuală pe parcursul mai multor secole, deși în ultimele decenii pare a fi o problemă medico-socială, care din nou amenință sănătatea omenirii.

Preocupările de combatere a TBC continuă să aibă o pondere înaltă datorită faptului că în ultimii ani s-a semnalat o creștere considerabilă a acestui flagel. Astăzi există un număr enorm de bolnavi cronici și baciliferi, care impun societății serioase probleme de sănătate și epidemiologie.

Recunoscând, că tuberculoza este una dintre cele mai uitate amenințări ale sănătății și că epidemia de TBC a ieșit de sub controlul multor părți ale lumii, OMS în aprilie 1993 a proclamat-o totuși primejdie globală. Conform calculelor, numărul total de bolnavi pe Glob atinge 15-20 mln. de oameni, în fiecare an îmbolnăvinduse încă 4-5 mln., dintre care 3-4 mln. decedează anual. 2/3 din toți bolnavii și decedații sunt din țările în curs de dezvoltare: din Asia, Africa și America de Sud, unde tuberculoza poate fi atribuită bolilor epidemice, fără vreo tendință vizibilă de diminuare. Cei mai mulți bolnavi au fost înregistrați în țările Asiei Mijlocii, cărora le revin sub 50% din cazuri, regiunii de Vest a Oceanului Pacific – 20%, țărilor Africii – 11% și în jur de 7% regiunii de Vest a Mării Mediterane, Europei și Americii.

Nici o țară din lume nu poate ignora pericolul actual al epidemiei de TBC pentru sănătatea populației sale. În următorii 10 ani se vor înregistra aproximativ 90 mln. de cazuri noi de tuberculoză, majoritatea din ele fiind în grupa populației apte de muncă (20-40 de ani). Dacă atitudinea față de problema în cauză nu se va modifica radical, aproape 30 mln. din cei care se vor îmbolnăvi vor deceda în aceiași 10 ani.

Conform recomandărilor OMS, tuberculoza poate fi considerată lichidată doar atunci când morbiditatea formelor infecțioase va fi egală cu un caz la 1 mln. de locuitori. Pentru comparație, în Republica Moldova avem în prezent 689 bolnavi la 1 mln. de locuitori.

În Europa, tuberculoza în sec. al XIX-lea a avut o tendință de creștere, fiind o cauză tragică a deceselor. În operele „La Boheme” și „La Traviata” ambele eroine mor de tuberculoză. De tuberculoză decedează și romanticul poet englez Shelly. În Galeria de artă de la Oslo, pictura datată cu sec. al XIX-lea „Copilul bolnav” clar o fetiță murind de tuberculoză.

Pe Tera, în fiecare secundă o persoană este infectată, în fiecare 4 sec 1 persoană se îmbolnăvește și în fiecare 10 sec. o persoană decedează de tuberculoză. O persoană netratată poate infecta anual alte 10-15 persoane. 25% de decese din grupul de populație economic productivă sunt cauzate de TBC.

Conform estimărilor în a. 2020 circa 1 mld. de oameni se vor infecta, 200 milioane se vor îmbolnăvi și 70 de milioane vor muri din cauza TBC, dacă lupta contra tuberculozei nu va lua amploare.

Conform datelor buletinului TBC al OMS, a. 2000, incidența cu TBC a sporit în ultimii 5 ani în SUA, Norvegia cu 20%, în Italia, Spania cu 28%, în multe țări ale Africii, Asiei, Americii Latine incidența cu TBC a depășit considerabil nivelul de 200 de cazuri la 100 000 de persoane (India, Nigeria, Peru, Africa de Sud, Filipine, Bolivia, Zambia etc.).

Care sunt cauzele principale ale acestui fenomen?

– Mărirea bruscă a migrației, care a cauzat ieșirea de sub observația medicilor a unor grupe de populație.

– Înrautățirea măsurilor de combatere, de profilaxie și depistare precoce a TBC, mai ales în grupele unde există riscul sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză.

– Mărirea numărului de îmbolnăviri cu progresarea formelor distructive și a celor rezistente, care condiționează dezvoltarea tuberculozei ireversibile cu o letalitate foarte înaltă. Circa 50 mln. de oameni anual pot fi infectați cu forme rezistente. Recent, OMS a numit 15 țări, în care ponderea bolnavilor cu forme rezistente constituie de la 4 la 22%. Printre ele sunt Rusia, Ucraina, Bielorus, Moldova și câteva țări din Transcaucazia și din Asia Mijlocie.

– Situația social-economică, sărăcia, șomajul, subfinanțarea sistemelor de sănătate în general și a serviciului fiziatric în special, lipsa de medicamente, etc.

11.2. COLABORAREA INTERNAȚIONALĂ ÎN PROBLEMA COMBATERII TBC

Morbiditatea tuberculoasă în țările Europei de Est, Europei Centrale și în țările – foste republici ale URSS pe parcursul ultimilor 5 ani a crescut destul de considerabil. Cele mai mari niveluri ($\%_{\text{1000}}$) s-au înregistrat în România (87,0 cazuri), Turkmenistan (70,2), Kazahstan (61,7), Moldova (59,9), Kârgâzstan (56,0), Lituania (50,4), Horvatia (50,5), Uzbekistan (44,7). Cele mai mici niveluri s-au înregistrat în Armenia (16,8), Albania (18,8), Bosnia (18,6), Cehia (18,1).

Prima organizație internațională, care a început să se ocupe sistematic de combaterea TBC în diferite țări și de coordonarea cercetărilor științifice în acest domeniu, a fost Uniunea Internațională de Combatere a TBC (UIC TBC), înființată în 1920 din inițiativa savanților și a medicilor din 33 de țări.

Obiectivele de bază a acestei uniuni au fost:

1. Organizarea și desfășurarea conferințelor internaționale pe problemele de combatere a TBC.

2. Informatizarea pe larg despre cercetările efectuate în diferite țări privitor la profilaxia și tratamentul TBC.

3. Acumularea și studierea informației statistice despre răspândirea TBC. Începând cu 1959, UIC TBC activează în comun cu OMS.

Activitatea OMS în combaterea TBC.

Această activitate are următoarele obiective:

1. Realizarea cercetărilor epidemiologice în ceea ce privește afectarea populației cu această maladie și a legităților de răspândire a ei.

2. Planificarea și coordonarea programelor naționale de combatere a TBC.

3. Elaborarea și aplicarea în practică a metodelor efective de imunoprofilaxie, desăvârșirea vaccinului BCJ.

4. Strategia DOTS (Duality Observed Treatment Short course).

5. Pregătirea cadrelor.

6. Asigurarea cu literatură.

Activitatea OMS în combaterea TBC se desfășoară în două direcții:

Prima direcție se rezumă la efectuarea profilaxiei specifice a TBC, adică realizarea măsurilor de combatere a TBC printre populația sănătoasă. Aceste măsuri includ vaccinarea BCJ, imunoprofilaxia și microradiografia.

Direcția a doua include realizarea măsurilor în scopul diminuării „rezervorului de infecții”. Esența acestei măsuri se exprimă în depistarea precoce a bolnavilor cu TBC și a persoanelor, la care progresarea procesului poate produce eliminarea de bacili.

Actualmente TBC este considerată mai mult o maladie de caracter social. Aspectele biologice și medicale ale problemei în cauză sunt secundare și joacă un rol nesemnificativ în ameliorarea stării epidemiologice la aceste maladii. Această, însă, nu înseamnă, că nu trebuie de studiat aspectele medicale și biologice de combatere a TBC, atât în plan științific, cât și în plan practic. Trebuie să reținem faptul că aspectele sociale sunt prioritare și principale în combaterea TBC.

Evident este faptul că asupra esenței sociale a tuberculozei nu influențează intensitatea activității serviciului fiziatric. O anumită influență asupra acesteia o au doar măsurile statale.

Factorii social-igienici de bază, care influențează morbiditatea TBC:

1. Condițiile de trai.

2. Condițiile de muncă.

3. Nivelul culturii sanitare.

4. Nivelul general de cultură.

Caracterul social al TBC se determină prin:

1. Nivelul de răspândire (morbiditate, mortalitate).

2. Influența asupra indicilor demografici și indicilor sănătății publice.

3. Prejudiciile economice (costul unui caz în SUA – 2 000\$ per pacient, costul unui caz rezistent – 250 000\$ per pacient).

Caracterul medical:

1. Dificultăți în diagnostic.

2. Tratament îndelungat.

3. Forme rezistente.

Printre persoanele bolnave primar de TBC 0,5% sunt săracii și vagabonzii, 10-20% – cei reînțorși din închisori, 20-50% – alcoolicii. Un rol deosebit în sporirea morbidității cu TBC îl joacă migrația populației (5-10%), locuitorii căminelor (10-15%) și nocivitatea profesională. În legătură cu aceasta, în cazul adresării la medic cu orice întrebare de sănătate, categoriile sus numite de persoane trebuie investigate obligator la TBC.

Influența serviciului medico-sanitar, inclusiv și ftiziatic asupra indicilor epidemiologici ai TBC se referă preponderent la ameliorarea activității diagnostice și curative. Una din probleme este rezistența medicamentoasă a TBC față de preparatele utilizate acum în practică (tratamentul formei rezistente este de 2,5 ori mai costisitor).

S-a stabilit, că bărbații se îmbolnăvesc mai frecvent decât femeile și mai ales în vârsta de peste 40 de ani. Populația rurală se îmbolnăvește de 1,5 ori mai frecvent decât cea urbană. Aceasta se explică prin volumul și eficacitatea insuficientă a măsurilor de combatere a TBC la sate, legate de unele dificultăți obiective (factorii geografici, demografici, ecologici, profesionali și socio-psiologici).

Factorii de risc:

1. Malnutriția, persoanele în vârstă, săracii.
2. Migrația, refugiații.
3. Fumatul, alcoolismul.
4. Patologiile cronice, HIV, diabetul, silicoza.

DEPISTAREA TBC

Depistarea TBC se efectuează prin diferite metode. Examenul profilactic, care include: radiografia, diagnosticul tuberculinic și examenul bacteriologic, condiționează depistarea tuberculozei la 40-45% din pacienți. Încă 40-45% din cazurile de TBC se depistează în cadrul examenelor de ambulatoriu asupra persoanelor care solicită asistență medicală pentru afecțiuni ale aparatului respirator, iar 10-15% din pacienți sunt internați în staționările somatice, unde se stabilește diagnosticul de TBC. Uneori ftizia poate fi detectată prin investigații instrumentale, chirurgicale, anatomomorfofopatologice.

Căile de depistare:

1. Căutarea tuberculozei la toți pacienții, care solicită asistență medicală:

Depistarea precoce a TBC depinde nu numai de medicii ftiziatri, dar în mare măsură și de medicii instituțiilor medicale de alte specialități, din punctele medicale ale școlilor și ale altor instituții preșcolare. 70-80% dintre bolnavii luați în evidența dispensarelor sunt depistați de CMF.

2. Examinarea contactilor. La dispensarul ftiziatric se invită toți cei care sunt în contact cu bolnavul la domiciliu și la serviciu. Prin această metodă se depistează circa 5% din bolnavi.

3. Examenul medical profilactic:

- a) Examenul profilactic este obligatoriu pentru:
 - copii și adolescenți;
 - lucrătorii instituțiilor preșcolare și școlare;
 - elevi;
 - studenți;

- lucrătorii cu nocivități profesionale;
- lucrătorii din alimentația publică, frizerii, conducătorii auto.

b) Examenе profilactice pentru restul populației: 1 dată în doi ani.

În ultimul timp se depistează mai mulți bolnavi din subgrupa „b”, decât din „a”.

c) Microradiografia (fluorografia).

Adresarea tardivă a bolnavilor la dispensarul fiziatric se explică prin:

1. Lipsa simptomelor în faza inițială a bolii.
2. Atitudinea incorectă a bolnavului față de sine și față de sănătatea proprie.
3. Incompetența medicilor (*este necesar de a organiza conferințe clinice pe problemele cazurilor netratate la timp cu invitarea medicilor fiziatru pentru dezbateri*).
4. Refuzul de la efectuarea microradiografiei.
5. Pericolul radiologic.

În ultimii ani depistarea precoce a TBC este dificilă din următoarele cauze:

1. Există părerea, că microradiografia în masă nu este efectivă, deoarece pentru a depista un bolnav trebuie să se investigheze 5 000 de persoane. O atare situație epidemiologică se observă în țările dezvoltate ale Europei și Americii. Cu toate acestea, părerea discutată nu poate fi extinsă pe teritoriile, unde un bolnav de tuberculoză se depistează la 800-1 000 de persoane.

2. Pericolul radiologic. În cazul microradiografiei efectuate o dată pe an, nivelul radiologic general se mărește de 1,5 ori. Acest fapt timp îndelungat n-a provocat nici o panică. Însă teoria acțiunii ireversibile a radiației ionizante a produs spaimă. A fost stabilit, că doza de radiație nu întotdeauna determină nivelul efectului biologic: o doză comparativ mare poate fi inofensivă, iar alta mică – să producă afecțiuni. În acest context, unii cercetători și-au exprimat părerea privind legătura dintre investigațiile radiologice și sporirea morbidității oncologice și dereglările embriogenezei.

CONTROLUL ȘI PREVENIREA TBC

1. Profilaxia specifică (include vaccinarea și revaccinarea). Plenitudinea imunizării nou-născuților trebuie să constituie 93%.

Rolul vaccinării în profilaxia TBC. Vaccinul BCJ din bacteriile Kalmet-gheren se fabrică din tulpina vie atenuată de *Micobacterium bovis*. Acest vaccin este utilizat în scopul profilaxiei TBC din a. 1921. În 1993 au fost vaccinați circa 85% din copii (în 172 de țări unde se utilizează imunizarea BCJ).

În ultimii 10 ani au fost efectuate 14 cercetări în 12 țări privind eficacitatea vaccinului BCG. Rezultatele atestă mari variabilități în ceea ce privește problema în cauză. Astfel, s-a ajuns la concluzia, că vaccinarea BCG influențează slab rezultatele globale de combatere a TBC.

Deoarece eficacitatea BCG este destul de variabilă, ea trebuie să fie examinată ca un compartiment suplimentar în programele naționale de combatere a TBC.

2. Depistarea cazului.
3. Chimioprofilaxia (cu virajul probei TBC a contactilor).
4. Educația pentru sănătate (emisiuni radiofonice, TV, prelegeri etc.).
5. Profilaxia socială – ameliorarea condițiilor de trai, aranjarea la lucru etc.

11.3. ACTIVITATEA CMP ÎN COMBATAREA TBC

Activitatea Centrelor de Medicină Preventivă în combaterea TBC prevede:

1. Intensificarea profilaxiei specifice a TBC prin lărgirea vaccinării și revaccinării.
2. Ameliorarea activității în focarele de TBC. Focarul trebuie să fie vizitat în decurs a 3-7 zile de către fiziateru și epidemiolog, care clarifică următoarele probleme:
 - tratamentul bolnavului (ambulatoriu sau staționar);
 - concretizează numărul de persoane care locuiesc împreună cu bolnavul, vârsta lor, ocupația și locul de muncă;
 - examinează condițiile de trai și materiale ale familiei;
 - realizează măsuri antiepidemice și profilactice.
3. Depistarea TBC la etapa inițială a bolii.
4. Evidența strictă a bolnavilor cu forme contagioase.

Profilaxia specifică în cadrul CIE.

1. Întocmirea planului de vaccinare și revaccinare pe raion, oraș, republică. Planurile se întocmesc ținând cont de numărul de populație și structura pe vârste.
2. Împreună cu instituțiile fiziaterice se întocmesc planurile de examinare radiologică a contingentelor decretate:
 - lucrătorii instituțiilor pentru copii;
 - lucrătorii maternităților;
 - lucrătorii care muncesc în condiții nocive;
 - conducătorii auto și controlorii;
 - lucrătorii din alimentația publică, magazine, ospătării;
 - frizerii.

11.4. PROGRAMUL NAȚIONAL ANTITBC

Programul național antiTBC a fost adoptat în octombrie 1996 și este bazat pe strategia OMS – DOTS, pe care Banca Mondială a recunoscut-o ca unul dintre cele mai eficiente programe medicale din punct de vedere economic.

Programul dat reprezintă o varietate a asistenței antiTBC în RM, care se bazează pe cooperarea dintre sectoare și dezvoltarea asistenței medicale primare.

Scopul programului:

- De a stopa epidemia TBC cu reducerea până în anul 2005 a indicilor de incidență și mortalitate și prevenirea formelor rezistente.

Obiectivele:

- Atingerea descoperirii celor 70% din pacienți cu frotiu pozitiv.
- Tratarea a 85% de cazuri noi de TBC pulmonar microscopic pozitiv.

Principiile implementării:

- Angajamentul guvernului.
- Detectarea pasivă dintre simptomatici după spută de pe frotiu examinată la microscop.
- Chimioterapia DOTS a tuturor pacienților cu formă evolutivă și pacienților cu frotiu pozitiv.
- Oferirea regulată și neîntreruptă a medicamentelor.
- Monitorizarea îndeplinirii și evaluarea Programului.

ELEMENTELE-CHEIE ALE PROGRAMULUI:

1. Definirea cazului de TBC:
 - locul bolii TBC;
 - dificultatea bolii;
 - rezultatul sputei la BAAK;
 - istoria tratamentului precedent.
2. Detectarea TBC:
 - prin intermediul evidenței pasive printre populația simptomatică prin cooperarea dintre MF și ftiziopulmonologi,
 - programul nu recunoaște microradiografia topografică ca metodă de determinare a TBC, profilul pozitiv este o analiză mai bună.

Algoritmul depistării TBC, organizarea serviciului bacteriologic „Ghidul examinării microscopice a sputei în diagnosticul TBC” sunt elaborate de MS.

3. Scheme standardizate de tratament – DOTS:
 - aplicarea schemelor standard;
 - tratament observat direct de personalul medical;
 - urmarea tratamentului pe toată perioada.
4. Oferirea medicamentelor:
 - procurarea centralizată;
 - aprovizionarea în cantitatea și sortimentul necesar;
 - promovarea controlului calității medicamentelor;
 - oferirea gratuită a modului antiTBC pentru pacienți,
5. Monitorizarea tratamentului, criteriile:
 - evoluția bacteriologică;
 - monitorizarea administrării medicamentelor;
 - evoluția pacienților clinici;
 - monitorizarea X-ray.
6. Organizarea serviciilor de control.

Presupune stabilirea unui sistem decentralizat de diagnostic și tratament în baza instituțiilor medicale existente și integrarea acestuia în sisteme AMP. Sunt prevăzute 3 niveluri:

- nivelul central – Institutul de Ftiziopulmonologie;
- nivelul raional – cabinete ftiziopulmonologice;
- nivelul primar – MF, de asemenea reducerea numărului de paturi până în anul 2005.

TBC și HIV/SIDA

HIV/SIDA cauzează 1/3 din cazurile de TBC din lume. În ultimii 5 ani acestea sunt considerate un „cuplu blestemat”.

Acțiuni în această direcție.

- Analiza permanentă a cazurilor TBC – SIDA.
- Testarea tuturor pacienților cu TBC la HIV.
- Testarea pacienților HIV seropozitivi la TBC.
- Chimioterapia după indicații la persoanele infectate cu HIV și TBC.

TBC în instituțiile penitenciare.

- de a aplica o strategie de supraveghere a TBC printre deținuți.

Supravegherea epidemiologică a teritoriului va fi realizată prin colaborarea serviciului ftziopulmonologic, medicină primară și medicină preventivă.

Suportul social al pacienților.

Din partea Guvernului și a administrației publice locale:

- ameliorarea generală a condițiilor socio-economice;
- implicarea administrației publice locale în ameliorarea condițiilor sociale;
- implicarea ONG-lor;
- stimularea administrării tratamentului la locul de trai;
- stimularea pacienților pentru o cooperare mai bună în timpul cursului de tratament prin pachete;
- oferirea familiilor pacienților cu TBC neangajați în câmpul de muncă a unui suport material echivalent cu salariul mediu pe țară pe durata tratamentului.

Educația pentru sănătate a populației:

- campanii mass-media audio-vizuale;
- materiale educaționale publicate;
- organizarea de conferințe, simpozioane.

Educarea și antrenarea personalului:

- programe pentru studenți, rezidenți, personalul medical, conferințe, Programul Nou Național.

Finanțare:

- Guvernul;
- Fondul global.