

Tuberculoza și factorii ce influențează rata de succes în tratamentul acestei maladii

L. Capcelea

Center of Family Medicine from Cimisia

135, Alexandru cel Bun Street, Cimisia, Republic of Moldova

*Corresponding author: +373 241 26885, +373 69157047. E-mail: lucapelea@mail.ru

Manuscript received March 05, 2012; revised April 30, 2012

Notions of tuberculosis and the factors influencing the success rate in treating this disease

Tuberculosis is a serious infectious disease that is passed from an ill person to a healthy one. Today, one third of the population of the world is considered infected with Koch bacillus, and, from this, every year, for nearly 8,4 million people, it is transformed as a illness. Correctly treated, tuberculosis is cured without consequences for the majority of patients. That is why tuberculosis is considered the most recoverable infectious lung disease if it is correct treated and if the factors that can influence the successful treatment are minimized.

Key words: tuberculosis, risk factors, treatment.

Туберкулез и факторы, влияющие на успех в лечении этого заболевания

Туберкулёз является инфекционным заболеванием, которое передаётся от больных людей здоровым. В настоящее время считается, что треть населения земного шара инфицирована бациллой Koch, из них ежегодно около 8,4 млн. человек заболевают туберкулёзом. Правильное лечение ведёт к оздоровлению большинства больных туберкулёзом. Считается, что туберкулёз легочной системы является инфекционной болезнью с самым высоким уровнем выздоровления, если лечить её правильно и если свести к минимуму все факторы, которые влияют на успех лечения.

Ключевые слова: туберкулёз, факторы риска, лечение.

Introducere

Tuberculoza este o boală contagioasă, care se transmite pe cale aeriană, de la un bolnav de tuberculoză pulmonară la o persoană neinfectată, susceptibilă. Boala are o infecțiozitate redusă (numai o parte din persoanele ce vin în contact cu un bolnav de tuberculoză iau infecția). Tuberculoza se manifestă ca o boală endemică, numărul de îmbolnăviri fiind relativ constant pe parcursul unui an și variind puțin de la un an la altul. Infecția tuberculoasă nu conferă imunitate absolută. 5-10% dintre persoanele infectate sunt supuse unui risc de a face tuberculoză activă în decursul întregii lor vieți. Riscul este mai mare în primii doi ani după infectare. Dintre cei care fac tuberculoză activă, doar 50% fac forme contagioase. Se estimează, că un bolnav contagios infectează circa 10-15 persoane pentru a produce un nou caz de tuberculoză contagioasă și a menține aceeași incidență într-o populație.

Perioada de latență a bolii este lungă și poate varia de la ani la zeci de ani, astfel încât persoanele infectate, la un moment dat, asigură rezervorul de infecție pe o perioadă foarte lungă de timp. La persoanele imunodeprimite, riscul de evoluție a unei infecții tuberculoase latente spre tuberculoză activă este mai mare. Infecția HIV este cel mai important factor de risc pentru progresarea spre tuberculoza activă.

Studiul epidemiologic al tuberculozei permite evaluarea amplitudinii bolii și evoluția ei în timp ca urmare a aplicării Programelor Naționale de Control al Tuberculozei. Prioritățile politicii globale de control al tuberculozei sunt reducerea mortalității prin tuberculoză, scăderea incidenței bolii și, în final, reducerea transmiterii infecției.

Republica Moldova este una din țările, unde tuberculoza este destul de răspândită. În anul 2006, în RM, nivelul prevalenței prin

TB a constituit 149,6‰, iar a incidenței fiind de 130,0‰. Nivelul mortalității a fost de 19,1‰ [6]. Pe parcursul ultimilor ani s-au produs schimbări pozitive la acest compartiment, dar cu un tempou de stabilizare destul de lent. În anul 2011, în RM nivelul prevalenței prin TB a constituit 151,2 ‰, iar a incidenței fiind de 93,8 ‰. Nivelul mortalității a fost de 16,1‰ [6]. Prezentare grafică în figura 1.

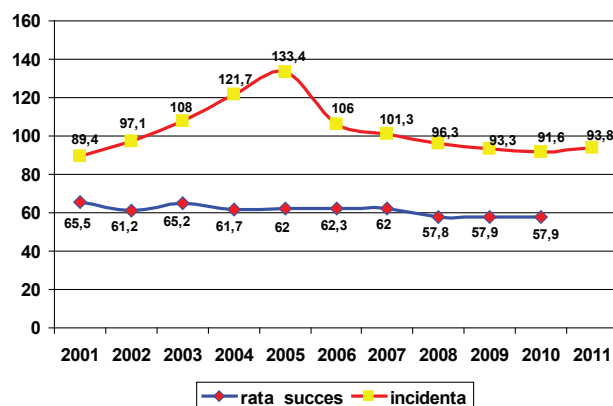


Fig. 1. Rata de succes și incidența a tuberculozei.

În opinia reprezentanților Ministerului Sănătății factorii esențiali, care influențează asupra nivelului morbidității prin TB sunt [6, 9]: criza socio-economică, migrația masivă a populației, șomajul, stresul social cronic, prezența unui rezervor masiv de infecție în populația adultă, existența bolnavilor tratați insuficient în anii de până la 2001, alimentarea insuficientă a majorității

ții bolnavilor de tuberculoză la etapa de ambulatoriu, patologia concomitentă la 60% dintre bolnavii de tuberculoză, un număr impunător de bolnavi, care trăiesc sub nivelul sărăciei.

Trei dintre componentele importante ale realizării Programului Național de Control al Tuberculozei sunt: organizarea tratamentului antituberculos, organizarea depistării tuberculozei, prevenția tuberculozei și a infecției tuberculoase. Pentru aplicarea acestora, în activitățile lor medicii se conduc de următoarele definiții primordiale [5]:

Infecția tuberculoasă – infecția latentă cu MTB, fără manifestări clinice, radiologice sau bacteriologice.

Tuberculoza activă (boala) - prezența manifestărilor clinice și/sau radiologice, determinate de multiplicarea MTB în organismul uman și de răspunsul acestuia.

Cazul de tuberculoză – pacientul cu tuberculoză activă, confirmată bacteriologic sau diagnosticată de un medic pneumolog, care decide inițierea tratamentului antituberculos.

Fiecare caz de tuberculoză poate fi definit în unul din următoarele [10]:

Cazul nou – un pacient care nu a urmat niciodată un tratament antituberculos sau care a urmat un tratament antituberculos pentru mai puțin de patru săptămâni.

Recăderea – un pacient care a fost declarat în trecut vindecat de către medic după un tratament corect antituberculos și care redevine pozitiv la examenul sputei.

Eșec terapeutic 1 – pacientul care rămâne sau redevine pozitiv la examenul bacteriologic, după mai mult de cinci luni de la începutul tratamentului.

Eșec terapeutic 2 – pacientul care prezenta inițial, înainte de începerea tratamentului, o baciloscopie negativă și, după a doua lună de tratament, prezintă baciloscopie pozitivă.

Tratament după abandon – pacientul care întrerupe tratamentul pentru mai mult de două luni și se întoarce cu baciloscopie pozitivă (sau negativă dar aspect evolutiv clinico-radiologic).

Caz cronic – pacientul care rămâne sau redevine pozitiv la baciloscopie după repetarea unui regim terapeutic, administrat sub supraveghere.

Mai sunt distinse definițiile acceptate de majoritatea organizațiilor internaționale, inclusiv OMS [3]:

Bacilii acid-alcool-rezistenți (BAAR) – micobacterii care rămân impregnate cu anilină după ce au fost colorate și spălate într-o soluție acidă; acestea includ micobacterii tuberculoase și non-tuberculoase, care pot fi detectate la microscop.

Chimioterapie standard – tratamentul antituberculos pe o perioadă medie de 6-8 luni, bazată pe asocierea a cel puțin 4 medicamente majore, administrate pe o perioadă de 2-3 luni, în timpul fazei intensive a tratamentului și urmată de asocierea a cel puțin 2 medicamente administrate pe o perioadă de 4-6 luni, în timpul fazei de continuare a tratamentului, având ca scop distrugerea sau prevenirea multiplicării micobacteriei TB în organismul pacientului.

Factorii de risc pentru TB – un aspect al comportamentului sau al stilului de viață personal, expunerea la mediul înconjurător sau anumite caracteristici congenitale sau moștenite, bazate pe evidențe epidemiologice, asociate cu TB.

Sistemul Național de control al TB/Programul Național al TB – sistem de combatere a TB, definit în funcție de fiecare țară și bazat pe rețeaua națională a unităților de TB și pe serviciile de medicină generală, inclusiv asistența medicală primară, ale căror

politici, planuri de activități sunt organizate în scopul depistării cazurilor noi și tratamentului eficient al pacienților cu TB.

Strategia OMS în controlul TB (DOTS) – o combinație de cinci componente tehnice și manageriale, care asigură disponibilitatea unei rețele de diagnostic și tratament ușor accesibile în rândul populației și care pune accentul pe un management de calitate al programului, bazat pe responsabilitate, supervizare și evaluare trimestrială a depistării cazurilor și a analizei de cohortă a rezultatelor tratamentului.

Tratament sub observare directă (DOT) – o strategie de tratament în care un cadru medical, instruit în mod specific, supraveghează pacientul în timp ce acesta își înghite medicamentele.

TB multidrorezistentă (MDR-TB) – tulpini de *M. tuberculosis* rezistente la Isoniazidă și la Rifampicină, două dintre cele mai eficiente medicamente antituberculoase.

Vaccin BCG (*Bacillus Calmette-Guerin*) - vaccin activ cu bacili atenuați de *Mycobacterium bovis*.

Prevenția primară a tuberculozei este asigurată prin izolarea și tratarea bolnavilor cu tuberculoză pulmonară activă.

Prevenția secundară este realizată prin prevenirea evoluției spre boală a persoanelor deja infectate și cuprinde două măsuri: vaccinarea BCG și chimioprofilaxia pentru persoanele din grupurile de risc.

Grupurile de risc sunt acele grupuri, la care fie riscul de a contracta infecția tuberculoasă este mai mare decât în populația generală, fie cei infectați au o probabilitate mai mare a de a evolua spre boală.

Persoane expuse surselor de infecție sunt:

1. Cercul familial al cazurilor index. Riscul cel mai mare îl au contacții pacienților cu tuberculoză activă (mai ales a celor cu M+), în special cei care trăiesc în aceeași locuință.

2. Instituții medicale. În acest grup sunt incluse persoane imunodeprimare spitalizate în același timp cu pacienții cu tuberculoză activă, cât și personalul medical care lucrează în unități sanitare de îngrijire a pacienților cu tuberculoză sau în laboratoare de bacteriologie unde se efectuează culturile pentru MTB.

În grupul persoanelor imunodeprimare sunt incluși cei infectați HIV sau care au SIDA; pacienți cu alte boli: silicoză, limfoame, diabet zaharat; persoane imunodeprimare, mai ales cei cu transplant de organ.

Persoanele marginalizate social sunt cele fără locuințe; care trăiesc în penitenciare sau aziluri; imigranții și refugiații din țări cu incidență mare a tuberculozei, cât și grupurile pauperizate. Aceste persoane comportă riscul de a fi fost deja infectați în țara de origine.

Tratamentul tuberculozei a constituit unul din primele domenii clinice importante, în care s-au realizat studii randomizate controlate, care au comparat diferite regimuri terapeutice. Acest lucru a permis confirmarea eficienței unor regimuri terapeutice și, în același timp, a impus standardizarea tratamentului, adică administrarea unor regimuri standard la marea majoritate a pacienților.

Unul din principalii factori ce influențează succesul tratamentului antituberculos este organizarea corectă a acestui tratament. În acest scop, este necesar ca tratamentul să permită asigurarea administrării regimurilor standardizate de scurtă durată, în funcție de istoricul terapeutic al pacientului și de tipul de boală, prin folosirea, de preferință, a combinațiilor medicamentoase și sub observarea directă a cadrului medical, pentru excluderea

cazurilor de întrerupere neargumentată a tratamentului. De asemenea, pentru obținerea succesului în tratament este necesară asigurarea continuă cu medicamente de linia I. Nerespectarea acestor condiții (organizarea corectă a tratamentului, asigurarea continuă cu medicamente, monitorizarea bună a tratamentului), precum și migrarea în masă a populației, duc la creșterea numărului de bolnavi, la care boala se cronicizează sau la care apare MDR. Aceștia, la rândul lor, duc la lărgirea rezervorului de infecție TB și condiționează succesul tratamentului pentru pacienții cu cazuri noi și recidive.

Vorbind despre factorii ce influențează rezultatul tratamentului TB, nu putem trece cu vederea un așa factor cum ar fi co-infecțarea bolnavilor de TB cu HIV-SIDA. Aceștia, în final, decedează din cauza maladiilor de bază, sporind rata de insucces al tratamentului antituberculos.

Succesul în tratamentul TB, de asemenea, este condiționat de factori sociali, economici și psihologici.

Un lucru important, pe care nimeni nu-l poate ignora în rezolvarea problemelor vizate, este și responsabilitatea, atât din partea pacientului cât și din partea lucrătorilor medicali.

Pentru sporirea ratei de succes al tratamentului TB este necesară inițierea mai multor măsuri:

- Creșterea accesibilității pacienților (atât la medici, cât și din punct de vedere financiar).
- Implicarea mai activă a medicilor de familie în monitorizarea eficientă a pacienților.
- Rezolvarea problemelor de transport.
- Necesitatea elaborării de ghiduri pentru pacienți și familiile lor.
- Asigurarea organizării bune a tratamentului.
- Lucrul în echipe multidisciplinare pentru rezolvarea cazurilor complicate.
- Îmbunătățirea comunicării cu pacientul (antrenarea personalului în perfecționarea tehnicilor de comunicare cu pacientul).
- Evaluarea tratamentului în cazul fiecărui pacient, care trebuie să fie încadrat în una din categoriile:
 - **Vindecat:** pacienții confirmați bacteriologic cu tratament corect efectuat, care au cel puțin două controale bacteriologice de spută negative (unul la sfârșitul fazei intensive și altul în timpul ultimei luni de tratament).
 - **Tratament încheiat:** pacienții cu tratament corect efectuat, dar care nu au toate controalele bacteriologice ale sputei.
 - **Eșec terapeutic:** pacienții care sunt încă pozitivi la sfârșitul lunii a patra de tratament.

- **Deces:** pacienții decedați din orice cauză în timpul tratamentului antituberculos.
- **Abandon:** pacienții care au întrerupt tratamentul pentru cel puțin 2 luni consecutive sau cumulate.
- **Pierdut:** pacienții care nu au toate datele pentru a fi evaluați.

Monitorizarea tratamentului antituberculos este necesară pentru aprecierea aderenței la tratament, eficacității tratamentului și efectelor adverse.

Concluzii

1. Tuberculoza trebuie să constituie unul din domeniile prioritare de sănătate publică, întrucât afectează potențial întreaga comunitate și are implicații economice majore.
2. Controlul tuberculozei trebuie efectuat în baza unui program național de control, care să cuprindă ținte și obiective clare, precum și un plan de acțiune și un buget articular pe acest plan.
3. La îndeplinirea obiectivelor din program este necesar de implicat personal din mai multe departamente, lucrul fiind organizat în echipă multidisciplinară.
4. Este necesar de efectuat tratamentul antituberculos în baza unei bune organizări, care ar lua în considerație factorii ce influențează rata succesului acestui act terapeutic.

Bibliografie

1. Actualități în diagnosticul și tratamentul tuberculozei și bolilor pulmonare nespecifice: Articole: [Materialele activității șt.-practice a Inst. de Ftiziopneumologie]. Inst. de Ftiziopneumologie. Chișinău, 2003;256.
2. Actualități în ftziopulmonologie. Metode de limfologie clinică și reabilitare endoecologică în pneumologie, ftziologie și terapie generală: Materialele conf. int. șt.-practice, 19-20 sept. 2006. Vol. I, II. Chișinău: Tipogr. AȘM, 2006.
3. Îndrumar pentru controlul tuberculozei pentru furnizorii de asistență medicală primară. Pentru țările din regiunea europeană a OMS cu o incidență medie și înaltă a tuberculozei. World Health Organization, 2004.
4. Hotărârea Guvernului „Cu privire la situația epidemiologică a tuberculozei în republică și măsurile de redresare a ei” din 27 aprilie 2007.
5. <http://www.pneumo-iasi.ro/articole/Ghid%20tbc>
6. Protocolul OMS pe managementul clinic al Tuberculozei și Co-infecțării cu HIV. World Health Organization, 2005.
7. Tuberculoza. Curs pentru studenți. Implementarea strategiei DOTS de control al tuberculozei în România. România, 2005.
8. Romanița – simbolul luptei cu tuberculoza din 1912. *Buletin informativ*. 2007;14-17.
9. Ordinul Ministerului Sănătății nr.180 din 08.05.2007 „Cu privire la optimizarea activităților de profilaxie și control al tuberculozei”
10. Notă informativă despre realizarea Programului Național de Control și Profilaxie a tuberculozei în 2006–2010.
11. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 571 din 14.07.2011 „Cu privire la realizarea Programului Național de Control și Profilaxie a Tuberculozei pentru 2011-2015”.