

CZU:616.24-002.5-036.22

FACTORII DE RISC
DE DECES LA PACIENȚII CU
TUBERCULOZĂ PULMONARĂ

Vasile POPA,
Evelina LESNIC, Cristina JOVNOVSCHI,
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Risk factors for death of patients with pulmonary tuberculosis

Tuberculosis represents one of 10 causes of premature death worldwide. Socioeconomical crisis, malnutrition, overcrowding, shortness in financing of public health programmes, decreasing of support measures of socio-vulnerable groups and epidemic extension of MDR-TB patients contributes in the actuality of reaserch studies of predicitive assessment of risk factors of premature death of tuberculosis patients. The aim of the study was the comparative assessment of risk for death and treatment succes of 111 pulmonary tuberculosis patients, distributed in one group of 22 new pulmonary tuberculosis patients died in the period 1.01.2016 – 31.12.2016 and the second group of 89 patients which succesfully finished the treatment. It was established that death due to tuebrculosis ocured more frequently in man, patients with more than 45 years old, with socio-economical vulnerable state, low educational degree, civil solitar. Hig risk groups were low represented. At the autopsy it was identified extensive processes, bilatelally localized, with multiple complications. It was established that the major risk factors for death were: low level of education, poverty, unemployment, chronic or alcohol abuse, active smoking, poverty, extensive and complicated tuberculous process.

Keywords: tuberculosis, risk factors, mortality

Резюме

Факторы риска преждевременной смерти пациентов с туберкулезом легких

Туберкулез представляет собой одну из 10 причин преждевременной смерти во всем мире. Социально-экономический кризис, нехватка в финансировании программ в области общественного здравоохранения, снижение мер поддержки социально-уязвимых групп населения и расширение эпидемии МЛУ-ТБ определяют актуальность исследований и оценки факторов риска преждевременной смерти пациентов с туберкулезом легких. Цель исследования – сравнительная оценка риска смертности у 111 больных туберкулезом легких, распределенных в одной группе 22 новых случаев с туберкулезом легких, умерших в период 1.01.2016 – 31.12.2016, а вторая группа – из 89 пациентов с законченным лечением. Было установлено, что смерть в результате туберкулеза легких происходила чаще у мужчин, у пациентов в возрасте более 45-ти лет, с социально-экономической уязвимом состоянии, с низким уровнем образования. При вскрытии были выявлены обширные процессы, с множественными осложнениями. Установлено, что основными факторами риска смерти были: низкий уровень образования, бедность, хронический алкоголизм или злоупотребление алкоголем, активное курение, обширный туберкулезный процесс с множественными осложнениями.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, смертность

Introducere

Mortalitatea, în calitate de indicator epidemiologic, este cel mai vechi reper disponibil pentru monitorizarea epidemiei de tuberculoză într-o anumită regiune și perioadă calendaristică. Tuberculoza reprezintă una dintre cele 10 cauze ale decesului în lume [9]. După Summitul Mileniului din anul 2000, cele 191 de state-membre ale Organizației Națiunilor Unite au adoptat în unanimitate opt *Obiective de Dezvoltare ale Mileniului* (ODM), care au dictat principalele direcții ale eforturilor globale în atingerea indicatorilor propuși. O dimensiune majoră au căpătat activitățile de reducere a sărăciei severe (obiectivul 1) și de combatere a HIV/SIDA, malariei și tuberculozei (obiectivul 6). Deși au fost obținute progrese importante în atingerea indicatorilor în cadrul ODM, pe data de 15.09.2015 au fost adoptate noile 16 obiective – *Obiectivele de Dezvoltare Durabilă ale Mileniului* (ODDM), orientate spre eradicarea completă a sărăciei și a inegalităților, guvernanta democratică, protecția planetei și asigurarea prosperității pentru toți, preconizate a fi realizate în următorii 15 ani [5].

Abordarea comprehensivă a tuberculozei în cadrul mai multor obiective durabile, precum în obiectivul 1 – eradicarea sărăciei extreme și a foamei, 6 – combaterea HIV/SIDA, malariei și tuberculozei, 7 – asigurarea dezvoltării durabilității comunității (ținta – îmbunătățirea programelor naționale de sanitație, tuberculoză ș.a.), 8 – crearea parteneriatului global în dezvoltare (ținta – suportul terapeutic al bolnavilor de HIV/SIDA, tuberculoză etc.), demonstrează amploarea activităților implementare în combaterea acestei boli [5]. Ca un răspuns imediat la ODD, Organizația Mondială a Sănătății a adoptat în 2014 *Strategia End TB*, care stipulează reducerea cu 90% a deceselor prin tuberculoză și reducerea cu 80% a incidenței până în anul 2030, comparativ cu 2015 [8].

Eficacitatea Programului Național de Control al Tuberculozei este evaluată conform mortalității, prevalenței și ponderii

cazurilor cu chimiorezistență [1]. Implementarea chimioterapiei antituberculoase pe scară largă a contribuit la reducerea mortalității, determinând promovarea politicilor de sănătate publică în eradicarea bolii. Odată cu demararea evenimentelor globale asociate anilor '90 (criza socioeconomică profundă, malnutriția populației, supraaglomerarea, stresul), reducerea finanțării programelor de promovare a sănătății publice, reducerea măsurilor de suport al păturilor vulnerabile și extinderea epidemică a TB-MDR au adus în actualitate cercetările menite să identifice factorii predictivi ai mortalității bolnavilor de tuberculoză.

Mortalitatea prin tuberculoză, în calitate de indicator standardizat, este calculată prin raportul numărului de decese prin tuberculoză la numărul de locuitori din teritoriul respectiv la 1 iulie a anului respectiv, înmulțit la 100.000 locuitori [4]. Acest indicator în MDA depășește semnificativ indicatorul din vestul și centrul continentului european, fiind de 2-3 ori mai mare decât în UE, în funcție de anul evaluat. Dinamica mortalității a crescut în perioada 1990-2000 de 3 ori (anul 1990 – 4,86/100.000; a. 2000 – 17,2/100.000), după care a avut loc o tendință de creștere lentă (2001 – 15,5/100.000, 2007 – 20,2/100.000), urmată de o diminuare continuă începând cu anul 2008 – 17,4/100.000, astfel că ultimul indicator înregistrat a fost 10 /100.000 în 2015 [8, 9].

O imagine mai clară este oferită de indicatorii variabili. Evaluând ponderea formelor bacteriologic confirmate la pacienții decedați, a fost stabilită o tendință de stabilizare a indicatorului pe durata ultimilor cinci ani (2011 – 66,2%; 2012 – 70,7%; 2013 – 62,4%; 2014 – 65,4%; 2015 – 53,6%). Aceste cifre demonstrează pericolul epidemiologic al focarului infecțios din care face parte bolnavul cu risc pentru deces și necesitatea unei sănății eficiente și complete a habitatului după decesul bolnavilor.

Ponderea TB-MDR la bolnavii decedați în MDA în ultimii cinci ani s-a redus substanțial datorită implementării tratamentului cu medicamente de linia a doua (anul 2011 – 51,7%; 2012 – 47,2%; 2013 – 46,0%; 2014 – 34,6%; 2015 – 23,2%). Ponderea cazurilor decedate în primul an de la depistare se menține la același nivel, fără devieri semnificative (2011 – 23,2%; 2012 – 22,0%; 2013 – 19,5%; 2014 – 21,0%, 2015 – 28,6%) [1]. Această constatare identifică ineficiența măsurilor de depistare timpurie a suspectilor și menținerea unui grad înalt de pericol epidemiologic la nivel comunitar.

Un indicator al severității situației epidemiologice a tuberculozei în comunitatea generală îl constituie ponderea bolnavilor diagnosticați cu tuberculoză post-mortem. Fiecare al zecelea bolnav

decedat în perioada 2011-2015 a fost diagnosticat cu tuberculoză la examenul morfopatologic (anul 2011 – 15,2%; 2012 – 12,6%; 2013 – 12,9%; 2014 – 13,5%; 2015 – 13,3%) [1]. Acest indicator demonstrează mai elocvent gradul pericolului epidemiologic, deoarece derularea anchetei epidemiologice nu poate avea loc, iar depistarea cazurilor noi din jurul bolnavului este practic irealizabilă.

Un indicator important în contextul epidemiologic actual este ponderea infecției TB-HIV în totalitatea bolnavilor decedați, care crește progresiv în fiecare an (2011 – 15,4%; 2012 – 12,8%; 2013 – 11,8%; 2014 – 20,8%; 2015 – 20,7%) [1]. Aceasta demonstrează activitatea slabă a Programului Național de Control al Infecției HIV și ITS, prin acoperirea nesatisfăcătoare cu medicamente antiretrovirale a pacienților infectați HIV. Totuși, anumiți factori ce țin de managementul cazului influențează rata mortalității de tuberculoză.

Țările care au pus la baza diagnosticului de tuberculoză rezultatul pozitiv al examenului microbiologic al sputei vor prezenta indicatori ai mortalității reduși, prin omiterea a mai mult de o pătrime din cazuri. În țările Comunității Statelor Independente, indicatorul va fi crescut, deoarece se pune accentul pe metodele clinico-radiologice de diagnostic și pe examenul histopatologic al materialului prelevat de la bolnavul decedat, fapt ce favorizează hiperdiagnosticul tuberculozei stabilite post-mortem.

Un alt factor care eronează indicatorul mortalității este decesul bolnavului de tuberculoză prin decompensarea bolilor preexistente. Divergența diagnosticului clinic față de cel stabilit morfopatologic variază în funcție de regiune, categoria de instituție medico-sanitară și locul unde s-a produs decesul bolnavului. Decesul în condiții de ambulatoriu, precum și în alte circumstanțe (stradă, detenție, țara de emigrare), și refuzul familiei de a oferi acordul pentru examenul necroptic al membrului decedat diminuează semnificativ indicatorul mortalității. Luând în considerație cele relatate, nu am stabilit elocvent factorii de risc de deces al bolnavilor de tuberculoză la nivel local, fapt care a și reprezentat o premisă a acestui studiu.

Scopul cercetării a fost evaluarea comparativă a factorilor de risc de deces și a succesului tratamentului tuberculozei pulmonare. Obiectivele au fost: studierea factorilor de risc biologici, socioeconomi, epidemiologici ai bolnavilor decedați de tuberculoză pulmonară, comparativ cu pacienții tratați cu succes; evaluarea cantitativă și calitativă a factorilor de risc pentru decesul bolnavilor de tuberculoză pulmonară; stabilirea cauzelor decesului bolnavilor de tuberculoză conform expertizei anatomopatologice.

Material și metode

A fost efectuat un studiu de tip selectiv, descriptiv și retrospectiv, în care au fost incluși 111 bolnavi de tuberculoză pulmonară, înregistrați drept „caz nou” în perioada 1.01.2016 – 31.12.2016. Pacienții au fost distribuiți în două eșantioane: eșantionul pacienților cu tratament încheiat (ETÎ) a fost format din 89 cazuri noi de tuberculoză pulmonară, care au încheiat tratamentul antituberculos standardizat, și eșantionul pacienților decedați (ED), format din 22 cazuri noi de tuberculoză pulmonară internate în subdiviziunile clinice ale IMSP Spitalul Municipal de Ftiziopneumologie și decedate în perioada studiată.

Pacient cu „tratament încheiat” a fost considerat bolnavul care a urmat o cură completă, nu posedă criteriile pentru evaluare ca „eșec” și nu are înregistrare care să demonstreze că examenul microscopic și cultura sputei în ultima lună de tratament și cel puțin un examen anterior sunt negative. Pacient „decedat” a fost considerat bolnavul care a decedat din orice cauză în timpul tratamentului antituberculos. În această categorie au fost incluși pacienții care au decedat din cauza progresării tuberculozei și cei care au decedat de altă cauză. În cadrul studiului au fost evaluate datele obținute din examinarea fișei de observație clinică a bolnavului și a formularului nr. 089 1/e *Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit de caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului*.

Cazurile au fost investigate conform Protocolului Clinic Național *Tuberculoza la Adult – 123*. 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. Pentru a identifica puterea de influență a factorului de risc asupra exodului nesatisfăcător, s-a calculat raportul probabilităților (engl. *Odds Ratio*). Astfel, nivelul mic al riscului a fost integrat între valorile $OR=1,1-1,59$, nivelul mediu – $OR=1,6-2,59$ și nivel mărit a fost considerat dacă $OR>2,6$. Până la 1 an de la stabilirea diagnosticului au decedat 14 ($63,36\pm 10,25\%$) persoane.

Rezultate și discuții

Analizând particularitățile biologice ale bolnavilor eșantioanelor selectate, am constatat că eșantionul pacienților decedați a fost constituit preponderent din bărbați, cu raportul bărbați/femei=4,5/1, iar eșantionul bolnavilor care au încheiat tratamentul a înregistrat un raport bărbați/femei=1,61/1. Analiza comparativă a demonstrat că ponderea bărbaților în ambele eșantioane a fost statistic semnificativ mai mare decât a femeilor, iar comparând eșantioanele între ele, am constatat că ponderea bărbaților a fost semnificativ mai mare în

eșantionul bolnavilor decedați. Analizând indicatorul prin raportul probabilităților, am determinat că sexul masculin a reprezentat un factor de risc mare pentru deces ($OR=2,78$, $Î\ 95\%: 0,86-8,91$). Datele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Distribuția conform indicatorilor de tip sex, vârstă și demografie

Indicatori	ETÎ n=89 (P±ES%)	ED n=22(P±ES%)	P
Bărbați	55 (61,78±5,15)	18 (81,81±8,22)	<0,001
Femei	34 (38,21±5,15)	4 (18,18±8,11)	<0,001
18–44 ani	41 (46,07±5,28)	3 (13,67±7,31)	<0,001
45–64 ani	34 (38,20±5,15)	13 (59,09±10,48)	>0,05
>65 ani	14 (15,73±3,90)	6 (27,27±9,49)	>0,05
urban	60 (67,42±4,92)	17 (77,27±8,93)	>0,05
rural	20 (22,47±4,24)	5 (22,72±8,93)	>0,05
FLT	9 (10,11±3,19)	6 (27,28±9,49)	<0,05

Notă. ETÎ – eșantionul bolnavilor cu tratament încheiat, ED – eșantionul bolnavilor decedați; P±ES – valori procentuale ale mediei aritmetice și eroarea-standard; FLT – fără loc de trai.

Distribuind pacienții în grupuri de vârstă, am determinat o repartizare fără devieri semnificative între eșantioanele cercetate. Totuși, s-a constatat predominarea semnificativă a grupului de pacienți tineri (18–44 ani) în eșantionul bolnavilor care au încheiat tratamentul și a grupului celor cu vârstă de 45–65 de ani în eșantionul celor decedați. Respectiv, fiecare al doilea pacient cu tuberculoză a fost de vârstă tânără (18–44 ani), fapt ce demonstrează că această vârstă este cu risc ftiziogenic. Deoarece pacienții vârstnici au predominat în eșantionul bolnavilor decedați, a fost apreciat că vârsta peste 45 de ani conferă un risc mărit de deces ($OR=5,41$, $Î\ 95\%: 1,49-19,59$). Deci, pacienților peste 44 de ani li se vor aplica măsuri de reducere a riscului rezultatului nesatisfăcător al tratamentului prin optimizarea terapiei suportive a funcțiilor vitale.

Evaluând reședința pacienților selectați, nu am identificat vreo diferență semnificativă între eșantioane, totuși reședința urbană a predominat nesemnificativ în eșantionul bolnavilor decedați. Evaluând ponderea bolnavilor fără loc de trai stabil, respectiv fără viză de reședință și acces la serviciile medicale, am constatat predominarea lor în eșantionul bolnavilor decedați, această caracteristică oferind o valoare de factor de risc mare pentru deces: $OR=3,33$, $Î\ 95\%: 1,04-10,67$. Așadar, severitatea bolii determină spitalizarea boschetarilor pentru oferirea îngrijirilor medicale, însă survenirea decesului nu poate fi prevenită. În consecință, se poate afirma că tratamentul antituberculos trebuie administrat oriunde îi convine bolnavului: la colț de stradă, în bar sau în adăpost.

Pacienții au fost evaluați conform nivelului de instruire, fiind repartizați în grupurile: studii primare și studii medii incomplete, studii medii complete

(studii medii generale), studii medii speciale și studii superioare. Am determinat că studiile primare și cele medii incomplete au predominat semnificativ în eșantionul bolnavilor care au decedat, iar studiile generale s-au stabilit majoritar la bolnavii din eșantionul care a finalizat cu succes terapia. Deși s-a înregistrat o pondere mai mare a studiilor medii speciale în eșantionul pacienților care au încheiat tratamentul, aceasta nu s-a diferențiat semnificativ față de eșantionul bolnavilor decedați. Evaluarea nivelului educațional, care influențează factorul intelectual, a constatat că nivelul redus de școlarizare (studii primare și medii incomplete) predispune spre decesul bolnavului și reprezintă un factor de risc major (OR=10,2, ÎI 95%: 2,87-36,31). Datele sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2

Distribuția pacienților conform nivelului de instruire

Indicator	E ETÎ n=89 (P±ES%)	ED n=22 (P±ES%)	P
SP sau MI	10 (11,23±3,34)	10 (45,45±10,61)	<0,001
Medii generale	51 (57,31±5,24)	5 (22,72±8,93.s)	<0,001
SMS	17 (19,10±4,16)	4 (18,18±8,22)	>0,05
Superioare	7 (7,86±2,85)	2 (9,09±6,13)	>0,05
Neinstruit	4 (4,49±2,19)	1 (4,54±4,41)	>0,05

Notă. ETÎ – eșantionul bolnavilor cu tratament încheiat, ED – eșantionul bolnavilor decedați; SP sau MI – studii primare sau medii incomplete, SMS – studii medii speciale; P±ES – valori procentuale ale mediei aritmetice și eroarea-standard.

Tuberculoza este o boală care afectează orice clasă socială, însă persoanele pauperizate prezintă un risc mare de infecție și îmbolnăvire de tuberculoză, cu o dificultate majoră de finalizare optimă a tratamentului antituberculos. Evaluând statutul social-economic al bolnavilor eșantionați, am constatat că bolnavii neangajați, deci fără sursă financiară proprie de existență, au predominat în eșantionul celor decedați, iar statutul pe persoană cu sursă financiară bugetară salarială a predominat în eșantionul pacienților cu tratament încheiat. Deci, statutul de persoană neangajată a reprezentat un factor de risc mare pentru deces (RR=7,89, ÎI 95%: 1,96-62,55). Datele sunt prezentate în tabelul 3.

Luând în considerație totalitatea persoanelor neîncadrate în câmpul de muncă (neangajați, invalizi și pensionați), am constatat predominarea lor în eșantionul pacienților decedați – 63 (70,78±4,82) versus 21 (95,45±4,44), p<0,001. Deci, suportul financiar este obligatoriu tuturor bolnavilor de tuberculoză, indiferent de stagiul de muncă și cotizație, pentru finalizarea optimă a tratamentului specific. Sumând totalitatea persoanelor neangajate, fără poliță de asigurare medicală obligatorie și asistență socială, și a celor angajate, invalizi, pensionați cu poliță de asigurare medicală obligatorie și asistență socială,

am identificat că ponderea persoanelor fără protecție medico-socială a predominat nesemnificativ în eșantionul bolnavilor decedați.

Tabelul 3

Evaluarea statutului socioeconomic și a prezenței protecției medico-sociale

Stabil	Indicator	ETÎ (P±ES%)	ED (P±ES%)	P
Stabil	Angajat	26 (29,21±4,82)	1 (4,54±4,41)	<0,001
	Asigurat	36 (40,45±5,21)	5 (22,72±8,93)	>0,05
Vulnerabil	Neangajat	56 (62,92±5,12)	17 (77,27±8,93)	<0,05
	Pensionat	5 (5,62±2,44)	3 (13,63±7,31)	>0,05
	Invalid	2 (2,25±1,57)	1 (4,54±4,41)	>0,05
	Neasigurat	50 (56,18±5,26)	17 (77,27±8,93)	>0,05
	CVN	10 (11,24±3,49)	19 (85,35±7)31	<0,001

Notă. ETÎ – eșantionul bolnavilor cu tratament încheiat, ED – eșantionul bolnavilor decedați; P±ES – valori procentuale ale mediei aritmetice și eroarea-standard; CVN – condiții de viață nesatisfăcătoare.

Apreciind condițiile de viață ale bolnavilor de tuberculoză, am vizat următoarele criterii de clasificare a condițiilor satisfăcătoare de trai: prezența domiciliului stabil, accesul la grupul sanitar comun, prezența obligatorie a electrocasnicelor și a încălzirii centralizate. Respectiv, lipsa criteriilor menționate a caracterizat condițiile de trai nesatisfăcătoare. Bolnavii locatari ai habitatelor cu condiții de trai nesatisfăcătoare au constituit majoritatea covârșitoare a eșantionului celor decedați. Luând în considerație ponderea bolnavilor fără loc de trai, am determinat că fiecare al treilea pacient decedat a trăit în condiții de pauperitate maximă (sub limita a 2000 kcal/zi). Pauperitatea a fost apreciată ca factor de risc major de deces, identificat cu OR=15,71, ÎI 95%: 2,61-8,81. Datele obținute confirmă că suportul medical și cel social trebuie să fie asigurate pe toată durata tratamentului tuturor pacienților cu tuberculoză, pentru menținerea aderenței terapeutice și prevenirea rezultatului nefast al tratamentului antituberculos.

Distribuția pacienților conform statutului matrimonial a clasificat cazurile în categoriile: *căsătorit, celibatar, divorțat și văduv*. Comparând eșantioanele, am constatat că statutul civil de persoană în cuplu (prin căsătorie sau concubinaj) a predominat statistic semnificativ în eșantionul cu tratament încheiat, iar statutul civil de persoană solitară (celibatar, divorțat sau văduv) a predominat statistic semnificativ în eșantionul bolnavilor decedați – 17 (77,27±8,93%) vs 34 (38,21±5,15%), p<0,001. Evaluând ponderea persoanelor cu statut solitar, am constatat că acesta reprezintă un factor de risc major de deces, apreciat cu OR=5,5, ÎI 95%: 1,86-16,28. Așadar, suportul familiei și al comunității de rudenie este important în viața bolnavului de tuberculoză pentru depășirea

barierelor ce țin de tratament și stigmatizare, astfel reducând riscul decesului. Datele sunt prezentate în tabelul 4.

Tabelul 4

Distribuția cazurilor conform statutului matrimonial

Indicator	ETÎ (P±ES%)	ED (P±ES%)	P
Căsătorie/concubinaj	56 (62,92±5,12)	9 (40,91±10,48)	<0,05
Celibatar	21 (23,59±4,51)	7 (31,81±9,93)	>0,05
Divorțat/văduv	12 (13,48±3,62)	6 (27,27±9,49)	>0,05

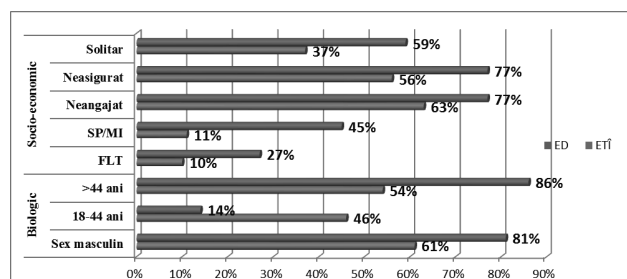
Notă. ETÎ – eșantionul bolnavilor cu tratament încheiat, ED – eșantionul bolnavilor decedați; P±ES – valori procentuale ale mediei aritmetice și eroarea-standard.

Apreciind sintetic particularitățile cazurilor ce favorizează evoluția spre deces, am grupat caracteristicile cu impact negativ asupra rezultatului terapeutic. Astfel, luând în considerație predominarea semnificativă a bărbaților în eșantioanele cu rezultat nesatisfăcător al tratamentului, această particularitate de sex a fost considerată ca factor de risc. Vârsta tânără, care a inclus grupele 18-44 de ani, a predominat semnificativ în eșantionul cu succes terapeutic, iar vârsta 45-65 și peste 65 de ani a predominat semnificativ în eșantionul bolnavilor decedați. Deci, vârsta înaintată reprezintă un factor predispozant pentru deces.

În privința nivelului educativ, am constatat că pacienții cu un nivel jos al studiilor (școala primară sau studii medii incomplete) au predominat în eșantionul pacienților decedați. Vulnerabilitatea socială și statutul economic precar au predominat tot în eșantionul bolnavilor decedați, la fel ca și statutul civil de persoană solitară, celibatară, divorțată sau văduvă.

Apreciind totalitatea particularităților cu impact negativ, am constatat predominarea persoanelor de sex masculin, a pacienților cu vârstă înaintată, cu studii primare sau incomplete, neangajați în câmpul de muncă și cu statut civil de persoană solitară în eșantionul bolnavilor decedați (vezi figura).

Particularitățile cu impact negativ asupra rezultatului terapeutic (%)



Notă. ETÎ – eșantionul bolnavilor cu tratament încheiat, ED – eșantionul bolnavilor decedați; FLT – fără loc de trai, SP/MI – studii primare sau medii incomplete.

Corelația strânsă dintre riscul îmbolnăvirii și deprinderile sociale nocive este bine afirmată.

Deprinderile nocive care periclitează rezultatul terapeutic sunt: tabagismul, consumul de alcool și utilizarea ilicită a stupefiantelor. Fumatul activ, neîntrerupt pe durata tratamentului a predominat semnificativ în eșantionul bolnavilor decedați. Fumatul activ a reprezentat un factor de risc mare de deces, apreciat cu OR=44, ÎI 95%: 11,10-174,27. Consumul cronic sau abuziv de alcool a predominat, însă cu un grad mai mic de semnificație, în eșantionul celor decedați și a fost apreciat ca factor de risc mare pentru deces: OR=3,23; ÎI 95%: 1,71-9,08. Astfel, concluzionăm că măsurile de sevraj al fumatului și consumului de alcool ar putea reduce riscul decesului bolnavilor de tuberculoză. Datele sunt prezentate în tabelul 5.

Tabelul 5

Structura grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire

Indicator	EST (P±ES%)	ED (P±ES%)	P
Tabagism activ	54 (60,67±5,18)	21 (95,45±4,41)	<0,001
CCA	3 (3,37±1,91)	6 (27,27±9,49)	<0,05
CTB	11 (12,36±3,49)	1 (4,54±4,41)	>0,05
Migrație	10 (11,23±3,34)	0	<0,001
Istoric de detenție	0	1 (4,54±4,41)	>0,05
Comorbidități	34 (38,21±5,15)	10 (45,45±10,61)	>0,05
Infecția HIV	3 (3,37±1,91)	2 (9,09±6,12)	>0,05
DZ	2 (2,25±1,57)	0	>0,05
TIS	1 (1,12±1,17)	0	>0,05
Neoplazie	1 (±)	0	>0,05
Bpsi	2 (2,25±1,57)	0	>0,05
Altele	25 (38,09±4,76)	8 (36,35±10,25)	>0,05

Notă. TA – tabagism activ, CCA – consumator cronic de alcool, CTB – a fost în contact cu un bolnav de tuberculoză, DZ – diabet zaharat, TIS – tratament imunosupresiv cronic, Bpsi – boli psihiatrice; P±ES – valori procentuale ale mediei aritmetice și eroarea-standard.

Studiul grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire a determinat lipsa diferenței statistice între eșantioane conform prezenței contactului tuberculos. Acest fapt demonstrează o activitate de screening nesatisfăcătoare în focarul tuberculos. Au fost constatate persoane migrante doar în eșantionul bolnavilor care au încheiat tratamentul, fapt ce demonstrează implicarea și a altor factori cu impact asupra rezultatului terapeutic. Sintetizând particularitățile ce țin de statutul social, economic, educațional al contingentului bolnavilor selectați, am constatat că factorii de risc mare de deces sunt: nivelul jos de școlarizare, fapt corelat cu nivelul intelectual redus; pauperitatea, statutul de persoană neangajată și fără protecție medicală și socială, pauperitatea și prezența deprinderilor nocive (consumul cronic/abuziv de alcool și tabagismul activ). Aceste constatări subliniază necesitatea fortificării măsurilor de suport social (alocații sociale), a intervențiilor educaționale, a măsurilor de sevraj al fumatului, alcoolismului și narcomaniei în grupurile-țintă în calitate de măsuri de reducere a riscurilor de deces.

Tablel 6

Predictibilitatea pentru deces prin tuberculoză pulmonară

Factor de risc	OR (ÎI 95%)	Gradul riscului
Sexul masculin	2,78 (0,86-8,91)	Mediu
Vârsta peste 45 ani	5,41 (1,49-19,59)	Mare
Nivel redus de școlarizare	10,2 (2,87-36,31)	Mare
Dezavantajul economic (neangajat)	7,89 (1,96-62,55)	Mare
Statut de persoană solitară	5,5 (1,86-16,28)	Mare
Tabagism activ	44 (11,10-174,27)	Mare
Consum cronic sau abuziv de alcool	3,23 (1,71-9,08)	Mare
Absența locului stabil de trai	3,33 (1,04-10,67)	Mare
Pauperitate	15,71 (2,61-8,81)	Mare

Apreciind particularitățile de management al cazului de tuberculoză, am constatat că în eșantionul pacienților care au încheiat tratamentul au predominat persoanele depistate de către medicul de familie în calitate de simptomatici (27 sau 30,33±4,87%) și în cadrul screeningului activ (18 sau 20,22±4,25%), iar de către specialist – 18 (20,22±4,25%) pacienți au fost depistați ca fiind simptomatici și 10 (11,23±3,34%) în cadrul screeningului activ. Adresarea directă la instituțiile specializate în ftziopneumologie a contribuit la stabilirea diagnosticului la 16 (17,97±4,08%) bolnavi.

În eșantionul bolnavilor decedați a predominat depistarea bolnavilor simptomatici de către specialiștii-pneumoftiziologi în cadrul consultațiilor interdisciplinare (9 sau 40,91±10,48% cazuri), urmată de adresarea directă a bolnavilor la instituțiile specializate (6 sau 27,27±9,45% cazuri), depistarea de către medicul de familie a fost efectuată într-un număr redus de cazuri (2 sau 9,09±10,48% bolnavi) și depistarea în alte condiții decât cele enumerate a avut loc în 5 (22,72±8,93%) cazuri.

Analizând diagnosticul clinico-radiologic stabilit de către specialistul-pneumoftiziolog, am constatat că în majoritatea covârșitoare a cazurilor care au încheiat tratamentul a fost confirmat diagnosticul de tuberculoză infiltrativă și doar cazuri unice au fost cu tuberculoză diseminată (3 sau 3,37±1,91%) și fibrocavitară (2 sau 2,24±1,57% cazuri).

Analizând rezultatul expertizei anatomopatologice, la toți pacienții decedați s-au identificat procese pulmonare extinse, fiind localizate în ambii plămâni și asociate cu destrucții ale parenchimului pulmonar la 21 (95,45±4,41%) persoane. Aderențe pleurale, fibrotorace, epanșamente pleurale au fost identificate în 10 (45,45±10,61%) cazuri. Pacienții cu fibroză pulmonară, cord pulmonar cronic și hemoptizii repetate, care însă nu au fost cauze de deces, au constituit o pondere mai mică – 5 (27,72±8,93%) cazuri. La

examenul morfopatologic s-a identificat distrofia protidică a organelor interne în 19 (86,36±7,31%) cazuri, coagulare intravasculară diseminată în 11 (50,00±10,66%) și semne de insuficiență hepatică în 8 (36,36±10,25%) cazuri.

Concluzii

1. Decesul prin progresarea tuberculozei a survenit mai frecvent la bărbați, pacienți cu vârstă mai mare de 45 de ani.
2. Statutul socioeconomic vulnerabil, deși identificat într-o proporție majoritară în ambele eșantioane, a fost mult mai grav în eșantionul pacienților decedați.
3. Nivelul educațional jos și statutul de persoană celibatară au predominat în eșantionul pacienților decedați de tuberculoză care, având și anumite deprinderi nocive, au demonstrat un comportament stereotipic de neglijență față de propria sănătate și de comunitate.
4. Grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire au fost slab reprezentate, din cauza calității nesatisfăcătoare a depistării și profilaxiei tuberculozei.
5. La pacienții decedați de tuberculoză, la examenul necroptic au fost depistate procese extinse, localizate bilateral, cu multiple complicații.
6. Factorii de risc major de deces au fost: nivelul jos de școlarizare, pauperitatea, statutul de persoană neangajată, consumul cronic/abuziv de alcool, tabagismul activ, procesul pulmonar extins și complicat.
7. Suportul social, intervențiile educative și tehnicile de sevraj al deprinderilor nocive, în asociere cu tratamentul patogenetic de recuperare și menținere a funcțiilor vitale, sunt metodele de reducere a riscului decesului pacienților cu tuberculoză pulmonară.

Bibliografie

1. Centrul Național de Management în Sănătate, Chișinău, 2015.
2. C.H. Lin, C.J. Lin, Y.W. Kuo. *Tuberculosis mortality: patient characteristics and causes*. In: BMC Infectious diseases, 2014, nr. 14, p. 5.
3. R.A. Naini, A. Moghtaderi, M. Metanat et al. *Factors associated with mortality in tuberculosis patients*. In: J. Respiratory Medical Sciences, 2013, nr. 18(1), p. 52-55.
4. Spinei L., Badan V. *Biostatistica*. Chișinău, 2014.
5. United Nations. *The Millennium development goals 2015*.
6. World Health Organization. *Equity, social determinants and public health programmes*. Geneva, 2010.
7. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2011.
8. World Health Organization. *End TB Strategy*. Geneva, 2014.
9. World Health Organization. *Global tuberculosis report 2015*. Geneva, 2015.

Prezentat la 8.01.2017

Evelina Lesnic, dr. șt. med., asistent universitar, IP UMSF Nicolae Testemițanu, Chișinău, Moldova
e-mail: evelina.lesnic@usmf.md