

8. Stansberry SD. Tuberculosis in infants and children. *J Thorac Imaging* 1990; **5**: 17–27
9. Даулетова Я.А. и др. Особенности диагностики туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей/ Бюллетень СО РАМН, № 5 (139), 2009 г., с. 40–45
10. Лазарева Я.В., Ратобыльский Г.В., Серова Е.В. Рентгенодиагностика туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей. *Радиология – практика* № 4 2006, стр. 16 - 22
11. Лазарева Я.В. Компьютерная томография в диагностике туберкулезных аденопатий у детей // Актуальные проблемы пульмонологии. М., 2000. С. 449–455.
12. Лазарева Я. В. Значение компьютерной томографии в диагностике и классификации туберкулеза внутригрудных лимфатических узлов у детей // Пробл. туберк. и болезней легких. 2005. № 12. С. 14–19.
13. Тюрин И. Е. Компьютерная томография органов грудной полости. СПб., 2003. с. 371

PARTICULARITĂȚILE TUBERCULOZEI LA ADOLESCENȚI

Stela Kulcițkaia, Valentina Vilc, Ivanna Curatova
Catedra Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Features of tuberculosis in adolescents

The study included 202 cases of tuberculosis in adolescents in age from 14 up to 18 years diagnosed during the years 2007-2009. Prevailing method for detecting TB patients is passive - 109 (54%). Current epidemiological situation of tuberculosis in adolescents is characterized as a tense, high frequency of infiltrative pulmonary tuberculosis (68,7%), with destruction (27,7%) and dissemination (16,3%), presence of MDR TB (9,4%). Tuberculosis risk factors in adolescents are poor living conditions, failure of chemoprophylaxis, contact with TB patients, concomitant diseases, outbreak of TB deaths, non-vaccination or poor quality BCG vaccination, irregular chemoprophylaxis.

Keywords: tuberculosis, adolescents, clinical course, risk factors

Rezumat

În studiu au fost incluse 202 cazuri de tuberculoză la adolescenți în vîrsta de la 14 pînă la 18 ani depistați în perioada anilor 2007- 2009. Predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – 109 (54 %). Situația epidemiologică actuală a tuberculoză la adolescenți este caracterizată ca tensionată, cu frecvența înaltă a tuberculozei pulmonare infiltrative (68,7%), cu distrucție (27,7%) și diseminatie (16,3%), prezența TB MDR (9,4%). Factorii de risc a tuberculozei la adolescenți sunt: condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

Cuvinte-cheie: tuberculoza, adolescenții, evoluția clinică, factorii de risc

Actualitatea temei

Republica Moldova se plasează printre țările din Europa cu cea mai înaltă incidență prin tuberculoză. Tuberculoza la adolescenți în Republica Moldova nu este bine studiată, și datele cercetării sunt de mare relevanță. Rămâne relevantă studierea particularităților evoluției clinice a tuberculozei la adolescenți. Numărul de lucrări consacrate la această problemă este nesemnificativă [11, 15, 17, 19]. Rămân nerezolvate multe întrebări și probleme practice, cum ar fi cercetarea structurii clinice a tuberculozei la adolescenți, studiu privind rolul

tuberculinodiagnosticii, precum și particularitățile diferitelor forme clinice de tuberculoză la adolescenți.

Particularitatea vârstei de adolescență este cauzată în primul rând de o restructurare profundă a sistemului endocrin, imperfecțiunile și instabilitatea stării funcționale a principalelor sistemelor de reglementare a organismului, în special în sfera psiho-emoțională, care ne permite să le atribuim la grupa de risc, atât în patologia generală cât și, în fiziologie. Caracterul evoluției și progresarea procesului la acești pacienți este determinată nu numai de masivitatea infecției, durata contactului, dar și de starea de reactivitate nespecifică a organismului [5, 6, 17].

Cunoașterea factorilor care influențează infecția TB la adolescenți sunt importante pentru a evalua transmiterea infecției în comunitate și pentru a adapta activitățile de control a tuberculozei. Grupele de risc sunt acele grupuri la care fie riscul de a contracta infecția tuberculoasă este mai mare decât în populația generală, fie probabilitatea de a evolua spre boală odată infectați este mai mare. Factorii de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii și adolescenți sunt studiate de mulți savanți [1, 3, 4, 7, 9, 10, 12, 13, 14], dar ele nu sunt constante și sunt supuse schimbărilor dinamice permanente, în legătură cu ce este necesară modificarea și perfecționarea grupelor de risc în dependență de situația epidemiologică și social-economică din teren.

În ultimii ani, printre adolescenți, cât și printre adulți, crește numărul pacienților cu formele extinse a tuberculozei pulmonară cu evoluție progresivă. Incidență înaltă a tuberculozei la adolescenți din focare de infecție tuberculoasă și din contacte cu pacienții bacilari sugerează că regimurile de chimioterapie elaborate anterior, precum și durata de evidență și tratament nu furnizează întotdeauna efectul dorit [2, 8].

Una din cauzele ineficienței tratamentului este rezistența *M. tuberculosis* la preparatele antituberculoase. Conform A.Г.Хомеико, în anul 1999, rezistența la preparate antituberculoase în rândul cazurilor noi a fost identificată în 50,1%, la recidivă - la 81,2%, la cazurile cronice - în 90,2% dintre pacienți. Frecvența tulpinilor rezistente la preparate antituberculoase la adolescenți cu cazuri nou de tuberculoză pulmonară are tendința distinctă de creștere. În marea majoritate a cazurilor se evidențiază rezistența la preparatele antituberculoase de bază [2, 8, 16, 18]. În literatura sunt puține date privind gradul de rezistență a MBT la adolescenți, precum și semnificația sa, în evoluția tuberculozei și a eficacității tratamentului.

În literatura de specialitate sunt puține lucrări și cercetări științifice asupra cauzelor, creșterii continuă a formelor extinse a tuberculozei la adolescenți. Aceasta și a fost baza pentru un studiu mai detaliat a aspectelor de evoluție clinică a tuberculozei, determinarea factorilor de risc și aprecierea eficacității tratamentului tuberculozei la adolescenți.

Scopul studiului

Evaluarea particularităților evoluției clinice al tuberculozei la adolescenți și determinarea factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei pentru optimizarea metodelor de depistare precoce și îmbunătățirea activităților de control a tuberculozei.

Material și metode

Pentru aprecierea particularităților evoluției clinice, determinarea factorilor cu risc sporit de îmbolnăvire și eficacitatea tratamentului tuberculozei la adolescenți a fost analizate 202 cazuri de tuberculoză la adolescenți în vârstă de la 14 până la 18 ani spitalizați în Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal Ftizio pneumologie mun. Chișinău în perioada anilor 2007- 2009.

Pentru colectarea materialului primar a fost folosită metoda extragerii informației din formularele medicale și cele statistice. Diagnosticul tuberculozei a fost confirmat prin testarea tuberculinică, investigații bacteriologice și radiologice.

A fost utilizată analiza discriminantă pentru determinarea factorilor de risc ce duc la dezvoltarea tuberculozei la copii. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat

computerizat cu recurgerea la programele speciale (Microsoft Excel 2002 for Windows, versiunea Română).

Rezultatele obținute

Pentru aprecierea particularităților evoluției clinice, determinarea factorilor cu risc sporit de îmbolnăvire și eficacitatea tratamentului tuberculozei la adolescenți a fost analizate 202 cazuri de tuberculoză la adolescenți în vîrsta de la 14 pînă la 18 ani spitalizați în Instituția Medico-Sanitară Publică Spitalul Clinic Municipal Ftziopneumologie mun. Chișinău în perioada anilor 2007- 2009.

Repartizarea bolnavilor după vîrstă a fost următoarea: 25(13,4%) au avut vîrsta 14-15 ani, cu vîrsta de 15-16 ani au fost 41 (20,3%), 16 - 17 ani - 53 (26,2%) și de vîrsta 17-18 ani au fost 81 (40,1%), predominînd adolescenții în vîrsta de 17-18 (40,1%) ani. Băieții au suferit de tuberculoză mai des - 102 (50,5%) decît fetele - 100 (49,5%).

După localitate au predominat bolnavi din mediul rural - 132 (65,3%), decît bolnavi din mediul urban - 70 (34,7%).

Studiind datele despre încadrarea în procesul de studii s-a stabilit, că au predominat copiii organizați , alcătuiind 167 (82,7%), din care frecventau: licee - 123 (73,7%), școli profesionale - 29 (17,3%), colegii - 15 (9%). Adolescenți neorganizați au fost 35 (17,3%).

A predominat metoda pasivă de depistare a tuberculozei (prin adresare cu simptome caracteristice tuberculozei) - în 109 (54%) cazuri. S-a constatat, că din 93 adolescenți depistați prin control profilactic - 73 (78,5%) au fost depistați la examinarea sistematică a contingentului din focarele de tuberculoză, aflați la evidența fiziologului; 5 (5,4%) - la examinarea sistematică a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză și 15 (16,1%) copii prin control medical pentru studii.

În dependență de localizarea tuberculozei conform clasificării clinice propuse de OMS și aprobată în Republica Moldova deosebim tuberculoza: pulmonară, extrapulmonară și extrarespiratorie.

Diagnosticul de tuberculoza pulmonară a fost cel mai des stabilit - în 159 (78,7%) de cazuri, tuberculoza extrapulmonară a fost stabilită mai puțin decît tuberculoza pulmonară aproximativ de 4 ori, în 41 (20,3%) de cazuri. Tuberculoza extrarespiratorie comparativ cu tuberculoza pulmonară a fost de 80 ori mai puțin, s-a întîlnit în 2 (1%) cazuri.

Frecvența formelor clinice conform localizării procesului este prezentată în tabelul 1.

Tabelul 1

Frecvența formelor clinice după localizarea procesului (%)

Forme clinice	N	%
TB pulmonară	159	78,7
TB extrapulmonară	41	20,3
TB extrarespiratorie	2	1
Total	202	100

După patogeneză tuberculoza se divizează în primară și secundară. La adolescenți a predominat forma secundară, care de obicei este caracteristică pentru adulți. Tuberculoza primară a fost depistată în puține cazuri: complex tuberculos primar în 4 (2%) cazuri și TB ganglionilor limfarici intratoracici în 20 (10%) de cazuri. Cel mai des stabilit diagnostic a fost forma de tuberculoza secundară – TB pulmonară infiltrativă - 139 (68,7%) , cazuri de pleurezie exudativă au fost înregistrate 21 (10,3%) , au fost depistate 2 (1%) cazuri de tuberculoza diseminată și 1 (0,5%) caz de TB generalizată, TB renală - 2 (1%) cazuri, TB fibro-cavitară - 1 (0,5%) caz. Cazuri de TB bronșiilor au fost înregistrate la 12 (6%) bolnavi.

Au fost constatate și cazuri de tuberculoză cu complicații. Procesul s-a complicat cu hemoptezie în 12 (5,9%) cazuri. Cazuri de TB cu clinica manifestă, cauzate de multiple diseminații au fost 33 (16,33%) de cazuri, cu distrucție - 56 (27,72%) de cazuri, ce indică la adresare și depistare tardivă.

La adolescenții cu localizare pulmonară a procesului s-au studiat datele examenului radiologic. Extinderea procesului în cazurile de TB pulmonară a fost diversă: localizarea extinsă (afectarea a 3 segmente și mai mult) a fost în 47 (29,5%) cazuri, localizarea limitată (afectarea a 2 segmente) - în 112 (70,5%) de cazuri. Procesul în formele pulmonare a fost localizat unilateral în 93 (58,5%) cazuri, localizarea bilaterală, fiind în 66 (41,5%) cazuri.

Au fost analizate rezultatele examenului sputei pentru evidențierea BAAR. La 74 (36,6%) bolnavi examenul sputei pentru BAAR a fost pozitiv, dintre care prin microscopie directă la 24 (32,4%) bolnavi, prin cultură - la 32 (43,3%) și au fost cu rezultat pozitiv atât prin microscopie directă cât și prin cultură 18 (24,3%) adolescenți. Analiza sputei la BAAR prin microscopia directă a fost negativă la 128 (63,4%) adolescenți.

A fost analizată sensibilitatea la preparatele antituberculoase în cazurile culturilor cu rezultat pozitiv - la 168 (83%) pacienți. În 34 (17%) cazuri s-a constatat rezistență la preparatele antituberculoase de linia I, dintre care TB MDR a fost diagnosticată la 19 (56%) adolescenți, polirezistența la 9 (26,4%) și monorezistența a fost în 6 (17,6%) cazuri.

Aproximativ jumătatea din pacienți au avut diverse comorbidități. Pe prim plan din maladii concomitente s-au plasat anemiile, în 70 (67,9%) de cazuri, pe locul doi, în 15 (14,6%) cazuri s-au plasat maladiile tractului urinar (pielonefrite, cistite), urmate de maladiile bronhopulmonare în mod egal cu intervenții chirurgicale - câte 6 (5,9%) cazuri, diabet zaharat, pancreatita cronică și hepatita virală B s-au repartizat câte 2 (1,9%) cazuri (Tab. 2).

Tabelul 2

Maladii concomitente (%)

Maladii concomitente	n	%
Anemie	70	67,9
Maladiile tractului urinar (pielonefrita, cistita)	15	14,6
Maladiile bronhopulmonare (bronșite, pneumoniile)	6	5,9
Intervenții chirurgicale (toracotomie, devierea septului nazal)	6	5,9
Diabet zaharat	2	1,9
Pancreatita cronică	2	1,9
Hepatita virală B	2	1,9
Total	103	100

Studiind datele despre debutul maladiei la adolescenții depistați prin adresare și cu stabilirea ulterior a TB s-a stabilit debut acut la 96 (47,5%) pacienți. Boala a evoluat cu debut subacut la 79 (39,1%) adolescenți. Insidios maladia a debutat la 27 (13,4%) pacienți.

În cazurile depistate prin metoda activă - 93(46%) au fost aproximativ ¼ pacienți, care prezentau manifestări clinice la momentul examinării, dar nu s-au adresat la medic din diferite considerente.

Datele studiului au confirmat includerea manifestărilor clinice în două sindroame: sindrom de intoxicație, evidențiat la 173 (85,6%) pacienți și sindrom bronhopulmonar - la 123 (60,8%) pacienți. Astfel predomină manifestările clinice ale sindromului de intoxicație în pofida predominării localizării pulmonare a TB la adolescenți.

În procesul de stabilire a diagnosticului de tuberculoză, pînă la confirmare, a fost efectuat tratament nespecific (antibacterial nespecific, simptomatic) la 68 de pacienți, în special referitor la cazurile cu analiza sputei la BAAR prin microscopia directă negativă

Durata tratamentului nespecific în majoritatea cazurilor a fost de pînă la 1 săptămînă - 36 (53%), pînă la 2 săptămîni au primit tratamentului nespecific 24 (35,2%) adolescenți, tratamentul nespecific a durat pînă la 3 săptămîni la 5 (7,4%) pacienți și mai mult de 3 săptămîni a fost durata acestui tratament doar la 3 (4,4%) bolnavi.

S-au studiat datele despre administrarea chimioprofilaxiei. Adolescenți, care au primit chimioprofilaxia regulat au fost 55 (27,2%), neregulat au primit chimioprofilaxia 6 (3%). Nu s-a efectuat chimioprofilaxia la 141 adolescenți, diagnosticați ulterior cu TB, majoritatea fiind cei depistați prin metoda pasivă.

Rezultatele sensibilității tuberculice la adolescenți examinați a fost apreciată după proba Mantoux cu 2 UT PPD-L, care a fost efectuată la momentul stabilirii diagnosticului în policlinică sau în staționar. Testul tuberculinic demonstrează existența stării de hipersensibilitate a organismului la proteinele bacililor tuberculoși, mai des dobândită în rezultatul infectării cu *M.tuberculosis*.

În dependență de rezultatele obținute reacțiile tuberculice locale au fost apreciate ca negativă, pozitivă normoergică sau pozitivă hiperergică. Reacțiile pozitive cu normoergie au fost înregistrate la majoritatea adolescenților - 137 (67,9%) de cazuri, hiperergie - în 51 (25,2%) și în 14 (6,9%) cazuri - reacție locală negativă.

Imunizarea antituberculoasă a fost analizată conform prezenței semnelor postvaccinale pe brațul stîng la adolescenții bolnavi de TB. Majoritatea copiilor - 193 (95,5%) au fost vaccinați, dintre care o cicatrice aveau 73 (37,8%) și cu două cicatrice au fost 120 (62,2%). 9 (4,5%) pacienți nu au fost vaccinați cu BCG, nu prezentau semn postvaccinal. Din 193 (95,5%) adolescenți vaccinați 33(17,1%) au fost cu cicatrice mai mic de 4 mm, 160 (82,9%) au fost cu cicatrice mai mare de 4 mm.

La majoritatea copiilor, în 189 (93,5%) cazuri, s-a identificat în anamneză contact cu bolnav de tuberculoză, dintre care contact de familie a fost în 82 (43,5%) cazuri, contact de rudenie - în 29 (15,4%) cazuri, contact cu vecinii - în 10 (5,2%) cazuri, adolescenții care au avut contact cu colegii în instituții de învățămînt - în 14 (7,4%) cazuri. 54 (28,5%) adolescenți au fost depistați din focare de deces prin TB.

Analiza detaliată a sursei de infecție pentru adolescenții diagnosticați cu TB a denotat că, de regulă, sursa de infecție au fost părinții - mama și tata, urmează contagiiul cu sora sau fratele, mai rar bunicii - bunelul sau bunica și alte rude, apoi vecinii de domiciliu și colegii de liceu sau de școală profesională. Doar la 13 (6,5%) bolnavi adolescenți nu s-a constatat contact evident cu bolnavi de TB (tabelul 3).

Tabelul 3

Sursa de infecție TB pentru adolescenți (%)

Sursa	n	%
Familia	82	43,5
Rudele	29	15,4
Vecinii	10	5,2
Colegii	14	7,4
Focar deces	54	28,5
Total	189	100

Statul social al părinților, care în majoritatea cazurilor au servit drept sursă de infecție, a fost diferit.

Venitul material și, ca rezultat, calitatea alimentației adolescenților cu TB a reeșit și din numărul membrilor din familie: familii cu doi copii au fost în majoritate - 114 (56,4), iar familii numeroase, cu 3 copii și mai mult au fost 88 (44,6%).

Condiții nesatisfăcătoare de trai - cu locuințe nespațioase și aglomerate, au fost 165 (81,7%) și doar 37(18,3%) adolescenți locuiau în condiții satisfăcătoare.

În ½ din cazuri părinții adolescenților cu TB nu lucrau după specialitate sau efectuau lucru necalificat, dar erau încadrați în câmpul muncii: mamele aveau serviciu în 55 (13,%) și tații în 45 (11,1%) cazuri. La majoritatea copiilor părinții nu erau încadrați în câmpul muncii: mamele nu aveau loc de muncă în 120 (29,8%) și tații în 106 (26,2%) cazuri. Părinți cu grad de invaliditate au fost: mame - 8 (2%) și tați - 16 (4%). 54 adolescenți cu TB au fost din familii incomplete: fără mamă - 18 (4,4%), fără tată - 36 (8,9%).

Spitalizarea nu este recomandată de rutină la adolescenți. Nu este recomandată spitalizarea de lungă durată a bolnavilor cu TB pulmonară, deoarece aceștia devin necontagioși la scurt timp după inițierea tratamentului. Durata internării depinde de gravitatea afecțiunii,

imposibilitatea administrării tratamentului sub directă observare în ambulatoriu și alte condiții speciale.

După durata tratamentului în staționar s-a repartizat în felul următor: până 2 luni 26 (12,9%) pacienți, 2-3 luni - 53 (26,2%), 3- 4 luni - 47 (23,3%), 4-5 luni - 44 (21,8%), mai mult de 5 luni - 32 (15,8%) cazuri.

Repartizarea adolescenților diagnosticați cu TB după categorie conform strategiei DOTS a fost în felul următor: I categoria - 172 (85%), II categoria - 26 (13%), din categoria III nu au fost pacienți, IV categoria - 4 (2%). La studierea monitorizării tratamentului a fost folosit criteriul abacilării prin microscopie și s-au obținut următoarele date: în total pacienți abacilați - 56 (75,7%), dintre care la termen de 2 luni microscopic au fost abacilați 6 (10,7%), prin cultură - 30 (53,6%), microscopic și prin cultură - 8 (14,3%); la termen de 3 luni au fost abacilați microscopic și prin cultură 3 (5,35%); la 4 luni abacilare microscopic și prin cultură au fost 3 (5,35%) bolnavi.

Succesul tratamentului conform strategiei DOTS a fost stabilit cu aprecierea cazurilor: vindecat (abacilare la 5 și 6 luni de tratament) și tratament încheiat (efectuarea schemei de tratament) - în 173 (85,6%), eșec terapeutic - 13 (6,4%), abandon - 8 (4%), au prelungit tratamentul în programul DOTS Plus 8 (4%). Eficacitatea tratamentului a fost pozitivă în 173 (85,6%) cazuri.

Analiza factorilor de risc care favorizează dezvoltarea tuberculozei la adolescenți au arătat factori principali: contact cu bolnavi TB, condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, maladii concomitente, chimioprofilaxia neregulată, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă cu vaccinul BCG, părinții ne încadrați în câmpul muncii cu venit material insuficient, focar de deces TB.

În rezultatul analizei discriminante a factorilor de risc a tuberculozei la adolescenți a fost stabilită ierarhizarea acestor factori (Tab. 4). Analiza a arătat că cei mai mare coeficienți de corelație canonică au factorii de risc după cum urmează: condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

Tabelul 4

Ierarhizarea factorilor de risc în dezvoltarea tuberculozei la copii

Factorul de risc	Coeficientul corelației canonice	Ierarhizarea
Condiții de trai nesatisfăcătoare	0,692	1
Neefectuarea chimioprofilaxiei	0,663	2
Contact cu bolnavi TB	0,655	3
Maladii concomitente	0,603	4
Focar de deces TB	0,480	5
Nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG	0,435	6
Chimioprofilaxia neregulată	0,180	7

Factorii de risc a tuberculozei la adolescenți sunt: condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

Discuții

Rezultatele studiului efectuat a demonstrat că, predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – examinarea simptomaticeilor - 54% cazuri. Prin adresare se depistează în primul rând bolnavii cu clinica manifestă și cu forme avansate ale bolii cu distrucție și diseminare, complicată cu pleurezie și hemoptizie, ce ne vorbește despre depistarea tardivă. Cele mai grave forme, TB generalizată și TB diseminată miliară nu s-au depistat. TB extrarespiratorie,

care frecvent evaluează sub „măștile” altor maladii, s-au depistează la 2 copii la adresare cu evoluție sub masca Pielonefritei cronice. Rezultatele obținute sunt în concordanță cu datele literaturii care demonstrează, că dacă patologia specifică este depistată la adresare după ajutor medical în instituțiile medicale ea ca regulă, este diagnosticată tardiv.

Un număr mic de copii, care se aflau sub supravegherea medicilor ftiziopneumologilor sau a medicilor de familie până la depistarea tuberculozei (38,6%) caracterizează lucrul ineficient în grupele de risc.

Datele obținute încă odată confirmă despre densitatea înaltă a surselor de contaminare în populație și o parte din ele nu sunt depistate - la 39,6% impactul tuberculos n-a fost depistat. La acești copii, care s-au adresat la instituțiile medicale cu simptome caracteristice tuberculozei, sursa de infecție a fost depistată pe baza anchetei epidemiologice. Aceasta vorbește despre depistarea tardivă și insuficientă a focarelor de infecție tuberculoasă. Continuă să rămână cele mai mult predispuși riscului de infectare și îmbolnăvire copii din contactul familiar, unde contactul este îndelungat și strâns: contact de familie și contact de rudenie.

Datele obținute de noi corespunde cu datele literaturii, unde în 78-85% cazuri la copii sursa de infecție au survenit părinții sau rudele apropiate cu care contactul este strâns și de durată lungă.

După datele obținute am caracterizat statusul social a familiilor: aproximativ în 70% cazuri copiii erau din familiile social-dezadaptate (familii incomplete, alcoolismul părinților, modul de viață asocial, părinții fără loc de serviciu). Conform analizei discriminante efectuată de noi pe locul 4 în ierarhizarea factorilor de risc efectuată de noi se plasează maladiile concomitente, care au fost stabilite la 50,9% copii.

Mult cer de dorit și măsurile de profilaxie specifică: 4,5% de copii au rămas nevaccinați, dar la 16,3% vaccinarea este neeficace. Din 202 copii care au stat la evidența dispanserică numai 27,2% au primit chimioprofilaxia regulat.

Conform studiului efectuat s-au stabilit date, care corespund celor din literatura de specialitate. La adolescenți predomină formele de tuberculoză cu localizare pulmonară. După patogeneză au predominat formele secundare de tuberculoză la adolescenți, ce ne confirmă un contact cu sursa de infecție în perioada copilăriei precoce.

În literatura de specialitate se relatează depistarea BAAR prin microscopia directă, ceea ce am observat și în acest studiu. Abacilarea adolescenților în urma tratamentului efectuat corect este obținută în majoritatea cazurilor, date care coincid cu cele din literatură.

Eficacitatea tratamentului este înaltă la adolescenți în cazurile respectării schemelor de tratament.

Concluzii

- Situația epidemiologică actuală a tuberculoză la adolescenți este caracterizată ca tensionată, cu frecvența înaltă a tuberculozei pulmonare infiltrative (68,7%), cu distrucție (27,7%) și diseminație (16,3%), prezența multidrorezistenței MBT la preparatele antituberculoase (9,4%).
- Predomină metoda pasivă de depistare a TB la adolescenți – prin adresare cu simptome caracteristice tuberculozei – 109 (54 %), incluzând cazurile cu clinică manifestă și cu procese avansate ale bolii: cu diseminație și/sau distrucție, complicate cu hemoptezie, ce ne vorbește despre depistarea tardivă.
- Prin metoda activă TB la adolescenți a fost depistată la 93 (46 %) cazuri, dintre care control profilactic - 78,5% prin examinarea sistematică a contingentului din focarele de tuberculoză aflați la evidența ftiziologului, la examinarea sistematică a grupelor cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză - 5,4 % și 16,1 %- copii prin control medical pentru studii.
- Factorii de risc a tuberculozei la adolescenți sunt: condiții de trai nesatisfăcătoare, neefectuarea chimioprofilaxiei, contact cu bolnavi TB, maladii concomitente, focar de deces TB, nevaccinarea sau vaccinarea necalitativă BCG, chimioprofilaxia neregulată.

- Eficacitatea tratamentului a fost pozitivă în 173 (85,6%) cazuri.

Bibliografie

1. Lienhardt C, Sillah J, Fielding K, et al. Risk factors for tuberculosis infection in children in contact with infectious tuberculosis cases in the Gambia, West Africa. *Pediatrics*. 2003 May;111(5 Pt 1):e608-14
2. Аксенова В.А., Лугинова Е.Ф. Лекарственно–резистентный туберкулез у детей и подростков // *Пробл. туб.* – 2003. – №1. – С. 25–28.
3. Губкина М.Ф., Овсянкина Е.С. Основные факторы риска развития туберкулеза у детей и подростков. // *Пробл. туб.* – 2005. - № 2. – с. 10-13
4. Келасова Н. В., Аксенова В. А. Факторы риска и их влияние на развитие распространенных форм туберкулеза у подростков. // *Пробл. туб.* – 2007. - № 12. – с. 21-24
5. Келасова Н. В. Туберкулез органов дыхания у подростков. Основные причины формирования распространенных процессов. Дисс. ... канд.мед.наук, 2006
6. Кузнецов Е. А. Эпидемиологическая и клиническая характеристика туберкулеза у детей старшего возраста и подростков в современных условиях. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва, 2008.
7. Куфакова Г.А., Роменский А.А. К вопросу о факторах развития заболевания туберкулезом у детей и подростков в интернатных учреждениях. // *Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции посвященной памяти М.М. Авербаха. М., 2000 – с. 142-143*
8. Лугинова Е.Ф., Иванова А.П. Лекарственно-устойчивый туберкулез у детей и подростков. // *Туберкулез сегодня. Материалы VII Российского съезда фтизиатров.* – Москва, 2003. – с. 145-147
9. Митинская Л.А., Иванова Е.С., Куфакова Г.А. Туберкулёзная инфекция у детей и подростков детских домов и школ-интернатов и оптимизация профилактических мероприятий среди них. // *Пробл. туб.* – 1993. - № 5. – с. 2-4
10. Моисеева О. В. Влияние факторов риска на заболеваемость детей в очагах туберкулезной инфекции и разработка алгоритма противотуберкулезных мероприятий. Автореф. дис. док. мед. наук. Екатеринбург, 2007.
11. Овсянкина Е.С. Проблемы туберкулеза у детей и подростков в условиях роста эндемии заболевания. *“Медицинская газета”, № 38, 27 мая 2009 г., с. 8 - 9.*
12. Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Куфакова Г.А. и др. Противотуберкулёзная помощь детям и подросткам из групп риска по туберкулёзу. // *Пробл. туб.* – 2001. - № 1. – с. 9-12
13. Овсянкина Е.С., Заховаева Е.Н., Стахеева Л.Б. Дефекты профилактической противотуберкулёзной работы в педиатрических учреждениях общей сети, как фактор развития туберкулёзной инфекции у детей и подростков. // *Туберкулез сегодня: проблемы и перспективы. Научные труды и материалы конференции посвященной памяти М.М. Авербаха. М., 2000 – с. 211-213*
14. Русских Н.Ю. Факторы риска развития туберкулеза и особенности клинического течения заболевания у детей и подростков из социально-дезадаптированных семей. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва, 2009.
15. Туберкулез у детей и подростков. Руководство для врачей. / Под. ред. Е. Н. Янченко, М.С. Греймер. – Изд. 2-е, перераб. и доп. – СПб.: Гиппократ, 1999
16. Туберкулез. Руководство для врачей. / Под. ред. А. Г. Хоменко. – М.: Медицина, 1999
17. Фирсова В.А. Туберкулез у подростков: диагностика, клиника, лечение. // *Пробл. туб.* – 2003. – №3. – С. 23–26.
18. Фирсова В.А., Русакова Л.И., Полуэктова Ф.Г. и др. Течение туберкулеза легких у подростков в зависимости от разной степени лекарственной резистентности // *Пробл. туберкулеза.* – 2002. – № 12. – С.23-25.

19. Шурыгин А.А. Оптимизация диагностики, лечения и профилактики туберкулеза у детей и подростков. Автореф. дис. док. мед. наук. Москва 2009

IMPACTUL MIGRANȚILOR ÎN SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ DE TUBERCULOZA ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN PERIOADA ANILOR 2007-2009

Veaceslav Culev

(Conducător științific: Aurelia Ustian, dr. med., conf.univer.)

Catedra Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Impact migrants in the epidemiological situation of tuberculosis in Moldova for 2007-2009

Data were studied in ten districts of the republic of patients with pulmonary tuberculosis, natives returned migrants from different countries during the years 2007-2009. The proportion of migrants from the total number were distributed as follows: the Cahul - 17%, Riscani - 10%, 15% Falesti, Donduseni - 18%, Soroca - 7.3%, Singerei - 24%, Cimislia - 12.6%, Leova - 14.3%, Floresti - 20%, Cantemir - 10%; the average being 14.8% in the republic. New TB cases were 58.5%, recurrences - 21.5% patients. 78% of patients have returned from Russia.

Keywords: tuberculosis, migration, districts.

Rezumat

Au fost studiate datele din zece raioane a republicii a bolnavilor de tuberculoza pulmonară migranți băștinași reîntorși din diferite țări în perioada anilor 2007-2009. Numărul migranților din numărul total a bolnavilor cu tuberculoza pe raion s-au distribuit în felul următor: Cahul – 17%, Rîșcani – 10%, Fălești- 15%, Dondușeni – 18%, Soroca – 7.3%, Sîngerei – 24%, Cimișlia – 12.6%, Leova – 14.3%, Florești – 20%, Cantemir – 10%, rata medie fiind 14,8% pe republica. Cazuri noi de tuberculoza au avut 58,5%, recidive – 21,5% bolnavi. 78% bolnavi s-au întors din Rusia.

Cuvinte-cheie: tuberculoza, migrația, raioane

Actualitatea

Menținerea situației epidemiologice grave privind infecția tuberculoasă se datorează multor factori, printre care este și migrația populației. În statele dezvoltate creșterea incidenței tuberculozei este influențată de migrația populației din alte țări.

În RM fenomenul migrației populației este deosebit – se îmbolnăvesc băștinașii care migrează în alte țări și se întorc acasă după ce s-au îmbolnăvit de tuberculoza.

Potrivit Raportului National de Dezvoltare Umana, «R. Moldova: calitatea creșterii economice și impactul ei asupra dezvoltării umane», elaborat de organizația PNUD Moldova, fenomenul tuberculozei, alături de cel al narcomaniei și alcoolismului, evoluează alarmant, în special în ultimii ani, transformându-se în riscuri majore pentru R. Moldova.

Migrația forțelor de muncă este unul din factori esențiali de dezvoltare economică și socială a RM. Conform datelor Băncii Mondiale, Moldova se află pe primul loc în Europa după mărimea remitentelor în raport cu Produsul Intern Brut și constituie o treime din aceasta. Mai mult de 40% din populație locuiește în gospodării care beneficiază de remitențele.

MOLDOVA.ORG informează: potrivit unor date neoficiale, mai mult de 1,5 mln. din populația RM au emigrat pentru la munci peste hotarele țării. Către 60 la sută dintre migrații moldoveni plecați la munca peste hotare au ales ca destinație Federația Rusă (ce constituie circa 700 mii cetățeni), iar 17 la sută - Italia. Alte destinații importante includ Ucraina din blocul CSI și Portugalia, Franța, Spania și Grecia din Europa de Vest. Există de asemenea, migrație considerabilă în Israel, Turcia și România.