

PARTICULARITĂȚILE TUBERCULOZEI LA PERSOANELE FĂRĂ LOC DE TRAI

Elena Artin, Natalia Zincenco, Marcela Secrieru

(Conducător științific – Aurelia Ustian, dr., conf. univer.)

Catedra Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

The particularities of tuberculosis in homeless people

In Chisinau there were analyzed the observation sheets of 200 cases of tuberculosis in homeless people for the period years 2007- 2011. In 37 persons (17%) the diagnoses was revealed postmortem and among them 100% new cases. The ratio men/women is 3,87/1. There prevail people of working age 41- 60 years. New cases form 68 (40, 96%). Homeless people add to the worsening of the epidemiological situation, present a dangerous focus of spreading of the tuberculosis in the city and need special attention.

Rezumat

Au fost analizate fișele de observație a 200 de cazuri de tuberculoză la persoanele fără loc de trai, la SCMFP din Chișinău pe perioada anilor 2007- 2011. Diagnosticul a fost stabilit postmortem la 34(17%) persoane, 100% fiind cazuri noi. Raportul bărbați/femei este 3,87/1. Predomină vârsta aptă de muncă 41- 60 de ani. Cazurile noi constituie 40,9%, recidivele 18,1% , eșec terapeutic 3,1% Au abandonat tratamentul 37,3% iar 0,6% bolnavi sunt cronici. Persoanele fără loc de trai contribuie la agravarea situației epidemiologice, formînd un focar periculos de răspîndire a tuberculozei în municipiu și necesită o atenție deosebită.

Actualitatea

Tuberculoza rămîne, și a fost boala sărăciei, ea își găsește locul prielnic de dezvoltare la persoanele care nu au loc de lucru, nu au ce mîncă, nu au condiții bune de trai sau locuiesc undeva în subsoluri.

Situația epidemiologică și socială creată în municipiul Chișinău în ultimul deceniu scoate la iveală o problemă foarte importantă- depistarea cazurilor de tuberculoză la boschetari, care formează un grup de risc periculos cu focare de tuberculoză neidentificate. Boschetarii sunt cei mai predispuși la tuberculoză din cauza subalimentației, fără adăpost, împart spații mici în subsoluri, ventilate necorespunzător, dependenței de alcool și droguri, comorbidități psihiatrice, acces precar la îngrijirile medicale. Împreună acești factori se potențează reciproc rezultînd izbucniri majore ale tuberculozei în rîndul persoanelor fără loc de trai. Modul lor de viață poate masca simptomele corelate cu tuberculoza, astfel, cel mai adesea, tuberculoza progresează către formele avansate de boală înainte ca aceasta să fie diagnosticată. Odată diagnosticată, este fregvent întîlnită aderența scăzută la tratament și pierderea urmăririi la persoanele fără adăpost din cauza tratamentului actual de lungă durată, complicat de efecte adverse , dar și în majoritatea cazurilor bolnavii boschetari nu aparțin nici la o asociație administrativ- teritorială, nu sunt la evidența medicului de familie și după terminarea fazei intensive de tratament în staționar, la faza de continuare abandonează tratamentul. Cel mai mare număr de boschetari nu se adresează la medic sau apelează la serviciul de urgență în stadiile tardive cînd nu se mai poate face nimic sau diagnosticul se stabilește postmortem. Conform datelor din literatură, fregvența acestei categorii de bolnavi în structura formelor de tuberculoză poate fi între 2,4%-4,6%. Astfel de episoade au fost demonstrate în multe țări membre UE, unde au fost menționate constant rate crescute ale tuberculozei (între 500 și 3000 de pacienți la 100000 de persoane fără adăpost). Acest aspect face din tuberculoză o problemă comună, pan-europeană. Prevenția și controlul tuberculozei în aceste grupuri de risc este complicată de întîrzierea diagnosticului, transmiterea directă și de o compliantă inadecvată la tratament, aspecte ce conduc la dezvoltarea formelor de tuberculoză rezistente la medicamente. Concentrația tuberculozei în grupurile excluse social și vulnerabile

afectează atât personalul care lucrează cu aceste grupuri cât și populația generală. Avînd un comportament mobil, ei reușesc să infecteze un număr mare de persoane în aria de deplasare.

Scopul

Studierea frecvenței cazurilor de tuberculoză la persoanele fără loc de trai, particularitățile clinice, și rezultatele tratamentului.

Materiale și metode

Au fost studiate registrele și fișele de observație a 200 bolnavi boschetari de tuberculoză, depistați în anii 2007-2011 și tratați în SCMFPP din Chișinău.

Rezultate

Din 200 de persoane înregistrate cu diagnosticul de tuberculoză, la 34(17,0 %) acest diagnostic a fost stabilit postmortem la centrul de medicină legală. În Spitalul municipal de tuberculoză s-au tratat 166 de bolnavi care au fost introduși în studiu. Corelația bărbați/femei este de 3,87/1. După vîrstă bolnavii au fost repartizați în felul următor: pînă la 20 de ani- 2 (1,0 %), 21- 30 de ani- 15 (7,5 %) , 31- 40 de ani- 58 (29,0 %) , 41- 50 de ani- 82 (41,0 %) , 51- 60 de ani- 36 (18,0 %) , peste 60 de ani- 7 (3,5%) pacienți.

Așadar, predomină vîrsta aptă de muncă, între 21- 60 ani (95,5%).

Încadrați în cîmpul muncii au fost numai 3 (1,8%) iar 163 (98,2%) persoane nu lucrau, sursa de existență fiind cerșitul în stradă.

Distribuirea bolnavilor conform statutului civil este ilustrat în tabelul 1.

Tabelul.1

Distribuirea bolnavilor conform statutului civil

Statutul civil	2007		2008		2009		2010		2011		Total	
	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%	nr	%
Căsăt.	10	27,7%	6	13,1%	1	3,8%	-	-	6	16,2%	23	13,9%
Necăs.	13	36,2%	22	47,8%	12	46,2%	13	61,9%	14	37,8%	74	44,6%
Divor.	9	25,0%	15	32,6%	9	34,6%	6	28,6%	11	29,8%	50	30,1%
Văduv	4	11,1%	3	6,5%	4	15,4%	2	9,5%	6	16,2%	19	11,4%

Din tab.1 se observă că au fost căsătoriți numai 13,9%, necăsătoriți și divorțați - 74,7% și văduvi- 11,4% pacienți, ceea ce denotă statutul civil nefavorabil.

La analiza stării sociale a pacienților constatăm că predomină boschetarii 59,6%, urmați de persoanele revenite din detenție 33,2%, migranți 4,2%, pensionari 2,4%, invalizi 0,6%. În răspîndirea tuberculozei un rol important îl au persoanele revenite din penitenciar, ei întrerup tratamentul după ce sunt eliberați, majoritatea nu au un loc de trai, se includ în comunitatea boschetarilor, ceea ce ridică nivelul de răspîndire a infecției și mai cu seamă fac forme extinse de tuberculoză.

Un rol important în dezvoltarea tuberculozei la bolnavii fără loc de trai îl au factorii medico- biologici. Abuz de alcool au făcut toți pacienții. Din bolile asociate pe primul loc se plasează alcoolismul cronic ce s-a depistat la 113 bolnavi, apoi urmează bolile cronice ale sistemului respirator la 121, care mai des include BPOC. Utilizarea drogurilor și HIV SIDA sunt la același nivel, fiecare a 10 persoană fără loc de trai sunt infectați cu HIV și utilizează droguri, ceea ce măresc riscul de răspîndire și a infecției HIV. S-a depistat un singur factor de risc la 44 de bolnavi, 2- 3 factori la 97 și mai mulți la 25, de unde denotă că cea mai mare parte din boschetari dispun de 2- 3 factori de risc.

Factorii epidemiologici s-au depistat la 140 (84,4 %) bolnavi: contact boschetari- 67 (47,9%), în penitenciar- 53 (37,9%), în familie- 20 (14,3%), contact neagă- 26 (15,6%).

Majoritatea bolnavilor au fost depistați prin adresare- 161 (96,9%) și numai 5 (3,1%) bolnavi- prin examen profilactic. Au urmat tratament nespecific 30 (18,07%), iar la examenul radiologic în dinamică s-a constatat proces specific și bolnavii au fost transferați în staționar specializat pentru confirmarea diagnosticului și tratament.

Debutul acut al bolii a fost stabilit numai la 18 (10,8%) bolnavi, subacut la 143 (86,2%) bolnavi, asimptomatic la 5(3%) bolnavi.

Manifestări clinice s-au înregistrat la 161 (96,9%) bolnavi, dominînd ambele sindroame atît de intoxicație cît și cel bronhopulmonar.

„Măștile” tuberculozei s-au înregistrat: hemoptoică- la 16 (9,6%), pleuritică- la 6 (3,6%), laringiană- la 2 (1,2%), artralgică și neurovegetativă- la cîte un caz (1,6%).

Formele de tuberculoză pulmonară sunt elucidate în fig.1

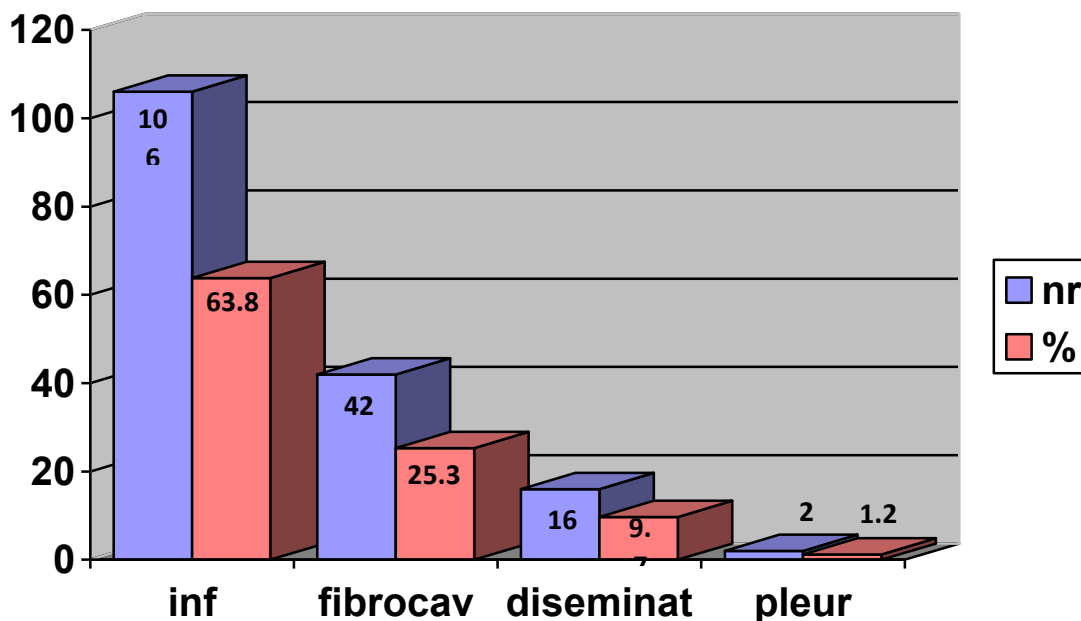


Figura 1. Formele de tuberculoză pulmonară

Din fig.1 se observă că predomină tuberculoza pulmonară infiltrativă la 106 (63,8 %), după care urmează forma fibrocavitară- la 42 (25,3%), diseminată- la 16 (9,7%) și pleurezia- la 2 (1,2%) pacienți .

Procesul tuberculos era extins- bilateral la 91 (54,8%), extins- unilateral la 35 (21,1%), limitat bilateral la 18 (10,9%), limitat unilateral la 22 (13,2%) bolnavi. Deci la boschetari prevalează formele extinse și cele bilaterale. Reieșind din faptul că majoritatea bolnavilor au un proces avansat- distructiv, pronosticul este nefavorabil.

Cazurile de tuberculoză au fost repartizate în: cazuri noi de tuberculoză au constituit-68 (40,9%), abandon- 62 (37,3%), recidivă- 30 (18,1%), eșec terapeutic- 5 (3,1%), cronic- 1 (0,6%).

Microscopia sputei la BAAR pozitivă s-a apreciat la 109 (65,7%), cultura pozitivă la 94 (56,7%), ceea ce rezultă că sunt un număr mare de pacienți baciliferi, contagioși care formează focare epidemiologice periculoase pentru societate.

Sensibilitatea la preparatele antituberculoase s-a stabilit: sensibili la medicamentele antituberculoase- 82 (49,4%), rezistenți- 84 (50,6%). MDR au avut- 50 (30,1%), monorezistență- 15 (9,1%), polirezistență- 15(9,1%), XDR- 1(0,6%), iar la 3(1,7%) nu s-a putut determina sensibilitatea deoarece erau în stare extrem de gravă și au decedat, (fig 2.)

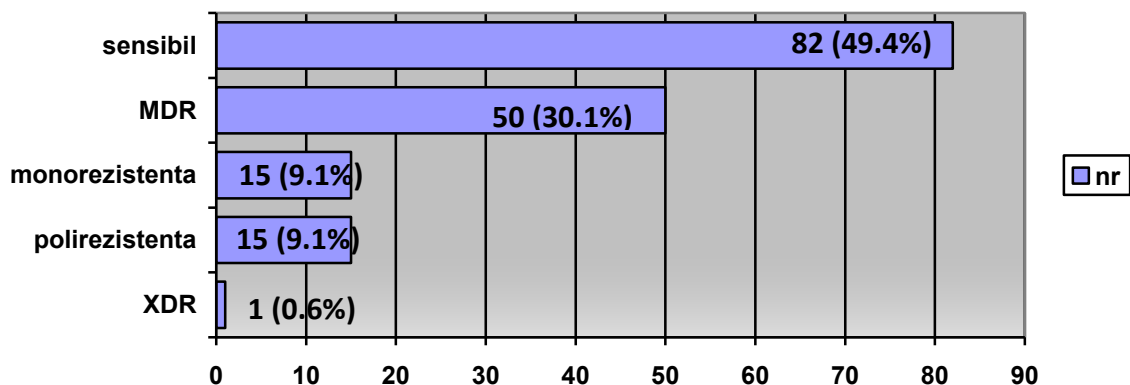


Figura 2. Sensibilitatea la preparatele antituberculoase

Tratament specific a fost administrat conform tipului de bolnav: au fost incluși în tratament- 68(41,0%), în retratament- 98 (59,0%)

Au fost abacilați: la 2 luni- 22 (13,25%), la 3 luni- 11 (6,6%), la 4 luni- 6 (3,6%), la 5 luni- 7 (4,2%), la 8 luni- 1 (0,6%), la 10 luni- 1 (0,6%).

Dintre cei 166 de cazuri de tuberculoză la boschetari procesul tuberculos s-a finalizat cu deces- 39 (23,5%). Au fost externați din staționar 127 (76,5%) din care succesul tratamentului a fost obținut numai la 7 (5,5%), tratament încheiat- la5 (3,9%), și vindecat- la 2 (1,6%) care au efectuat ambele faze ale tratamentului în staționar, ceilalți 120 pacienți din motive că nu au avut unde prelungi tratamentul la faza de continuare, au făcut abandon- 106 (83,4%), eșec terapeutic- 14 (11,1%). Constatăm, că majoritatea bolnavilor abandonează tratamentul iar $\frac{1}{4}$ decedează pe parcursul tratamentului.

Discuții

Modificările epidemiologice ale tuberculozei în municipiul Chișinău sunt caracterizate de concentrarea bolii la nivelul anumitor subgrupuri ale populației, în special persoanele fără adăpost- oameni ai străzii și persoane care au petrecut mult timp în penitenciar. Prevenția și controlul tuberculozei în aceste grupuri de risc este complicată de întârzierea diagnosticului, transmiterea directă și de o complianță inadecvată la tratament, aspecte ce conduc la dezvoltarea formelor de tuberculoză rezistente la medicamente. În rezultatul studiului asupra tuberculozei la persoanele fără loc de trai, am depistat o problemă complicată luând în considerare starea de sănătate alterată și imunitatea compromisă care se suprapun peste tuberculoză .

Diagnosticul este stabilit postmortem în 17% de cazuri, s-au se adresează tardiv la medicina de urgență. Predomină genul masculin, corelația bărbați/femei fiind de 3,87/1, vârsta aptă de muncă 21-60 de ani (95,5%), dar dintre ei încadrați în câmpul muncii au fost numai 3 (1,8%) iar 163 (98,2%) persoane nu lucrau, sursa de existență fiind cerșitul în stradă. Statutul civil este nefavorabil, cea mai mare parte o constituie necăsătoriții și divorțații – 74,7% . Analizînd starea socială, predomină boschetarii (59,6%), urmați de persoanele revenite din detenție (33,2%). Un rol important în răspîndirea tuberculozei îl au persoanele revenite din penitenciar, ei întrerup tratamentul după ce sunt eliberați, majoritatea nu au un loc de trai, se includ în comunitatea boschetarilor, ceea ce ridică nivelul de răspîndire a infecției și mai cu seamă fac forme extinse de tuberculoză, cu sfîrșit fatal. Factorii medico-biologici au un rol important în dezvoltarea tuberculozei la bolnavii fără loc de trai. Toți bolnavii au facut abuz de alcool de proastă calitate. Din bolile asociate pe primul loc se plasează alcoolismul cronic ce s-a depistat la 113 bolnavi, apoi urmează bolile cronice ale sistemului respirator la121, care mai des include BPOC. Utilizarea drogurilor și HIV SIDA sunt la același nivel, fiecare a 10 persoană fără loc de trai sunt infectați cu HIV și utilizează droguri, ceea ce măresc riscul de răspîndire și a

infecției HIV. La majoritatea bolnavilor s-a depistat prezența a 2- 3 factori de risc de îmbolnăvire. Au fost depistați prin adresare– 161 (96,9%), în cea mai mare parte la medicina de urgență și staționarele somatice, în stări deja grave și cu procese pulmonare extinse care se supun anevoios tratamentului specific, sau pronosticul este rezervat. Contactul epidemiologic s-a depistat la 84,4% bolnavi și locurile de frunte îl ocupă boschetarii și persoanele ce în trecut au fost în detenție. Clinic boala se prezintă în mod egal atât prin sindromul de intoxicație cât și cel bronhopulmonar în 96,9%. La boschetari predomină tuberculoza pulmonară infiltrativă 63,8%, după care urmează cea fibrocavitară 25,3%, cu procese pulmonare extinse și bilaterale, care sunt foarte greu de tratat, cu pronostic nefavorabil. Cazurile noi de tuberculoză constituie 40,9%, la același nivel sunt și cele cu abandon- 37,3%, de unde rezultă insuccesul tratamentului. Microscopia sputei la BAAR pozitivă s-a apreciat la 65,7%, cultura pozitivă la 56,7% bolnavi, ceea ce demonstrează că sunt un număr mare de pacienți baciliferi, contagioși care formează focare epidemiologice periculoase pentru societate. Dintre cei 166 de cazuri de tuberculoză la boschetari procesul tuberculos s-a finalizat cu deces în 23,5%. Au fost externați din staționar 76,5% din care succesul tratamentului a fost obținut numai la 5,5% care au efectuat ambele faze ale tratamentului în staționar, ceilalți 120 pacienți din motive că nu au avut unde prelungi tratamentul la faza de continuare, au făcut abandon 83,4%, eșec terapeutic 11,1%.

Așa dar, un număr mare de bolnavi abandonează tratamentul iar $\frac{1}{4}$ decedează pe parcursul tratamentului.

Concluzii

În municipiul Chișinău se acumulează un număr mare de boschetari, bolnavi de tuberculoză, care sunt dificili pentru depistare. Bolnavii fără loc de trai au manifestări clinice de lungă durată, dar sunt depistați când starea lor devine gravă și ei se adresează la medicina de urgență și staționarele somatice, sau diagnosticul este stabilit postmortem. Tratamentul la faza de continuare nu este

efectuat, iar ei prelungesc să răspîndească infecția în societate timp îndelungat. La momentul actual succesul tratamentului este de numai 5,5%, iar 23,5% decedează de tuberculoză pe parcursul perioadei de tratament. Acest contingent de bolnavi necesită o atenție deosebită din partea administrației publice locale și serviciului medical din municipiu pentru organizarea examenului microscopiei sputei la BAAR și radiografiei, care ar contribui la depistarea precoce al procesului tuberculos și aderarea la tratament la faza de continuare în ambulator.

Bibliografie

1. Федоров Л.П., Иванов Е.С., Фишер Ю.Я., Юкелис Л.И., Саханова Л.А. Выявление туберкулеза среди лиц без определенного места жительства, находившихся в приемниках-распределителях Москвы. Проблемы туберкулеза и болезней легких, 1997, N5, с.21-23.

2. David B, Oross J, Vecsei M, Homelessness and tuberculosis, Budapest: Soros Fondation, 1998.

3. De Vries G, Van Hest RA. From contact investigation to tuberculosis screening of drug addicts and homeless persons in Rotterdam. Eur J Public Health 2006; 16; 133-6.

4. De Vries G, Van Hest R, Richardus JH. Impact of mobile radiographic screening on tuberculosis among drug users and homeless persons. Am J Respir Crit Care Med 2007; 176; 201-7.