

CARACTERISTICA DECESELOR PRIN TUBERCULOZĂ PULMONARĂ ÎN SPITALUL MUNICIPAL DE FTIZIOPNEUMOLOGIE, CHIȘINĂU.

Aurelia USTIAN¹, prof., dr. în șt. med., Vasile POPA², dr. în șt. med.,
Constantin IAVORSCHI¹, dr. hab. în șt. med., prof. cercet., acad. al AȘMM,
Alina MALIC¹, dr. în șt. med., Carmina PALAD², dr. în șt. med.,
Adriana NIGULEANU¹, dr. în șt. med., Iulia GHELIS¹.

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Catedra de Pneumoftziologie¹
IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie, Chișinău²

Rezumat

Scopul studiului a fost analiza particularităților clinice, paraclinice și a factorilor de risc a bolnavilor decedați prin tuberculoza pulmonară. A fost efectuat un studiu retrospectiv și descriptiv, în baza datelor a 92 bolnavi decedați prin tuberculoză în Spitalul Municipal de Ftiziopneumologie din Chișinău, în perioada anilor 2016-2018. Prin progresarea tuberculozei au decedat 40 (43,5%) bolnavi cazuri noi și 23 (25,0%) din retratamente, iar 29 (31,8%) bolnavi de tuberculoza au decedat prin alte boli. Din spitalele somatice au fost transferați 45,6% bolnavii, de la domiciliu prin intermediul serviciului de urgență în stare gravă au fost internați 39,1% pacienți și numai 15,3% – îndreptați de medicul ftiziopneumolog. Au predominat formele grave de tuberculoza (pneumonia cazeoasă și tuberculoza generalizată). Co-infecția TB/HIV a constituit 19,6%. Fără loc stabil de trai au fost 27,2% pacienți decedați. La decedații prin alte boli cauzele principale de deces au fost cancerul de diferite localizări, pneumoniile comunitare, ciroza hepatică.

Cuvinte-cheie: tuberculoza, deces, caz nou, retratament.

Summary. The characteristics of pulmonary tuberculosis deaths in the Municipal Hospital of Phthysiopneumology, Chisinau.

The purpose of the study was to analyze the clinical, paraclinical particularities and risk factors of patients with pulmonary tuberculosis. The data of 92 died TB patients from the Municipal Hospital of Phthysiopneumology Chisinau during 2016-2018 were studied retrospectively and descriptively. From tuberculosis progression 40 (43,5%) patients new cases and 23 (25,0%) retreatment cases were died, and 29 (31,8%) tuberculosis patients died from other diseases. From the somatic hospitals 45,6% patients were transferred, from the home through the emergency service in the severe condition 39,1% patients were admitted and only 15,3% – directed by the doctor phthysiopneumologist. Severe forms of tuberculosis (caseous pneumonia and generalized tuberculosis) prevailed. Co-infection TB/HIV was 19.6%. Homeless persons were 27,2% deceased cases. Among died patients from concomitant diseases the main causes of deaths were cancer of different localizations, community pneumonia, liver cirrhosis.

Key words: tuberculosis, death, new case, retreatment.

Резюме. Характеристика смертности от туберкулеза легких в Муниципальной Больнице Фтизиопульмонологии, Кишинев.

Целью исследования явился анализ клинических, параклинических особенностей и факторов риска у пациентов с туберкулезом легких. Было проведено ретроспективное, дескриптивное исследование, включившее 92 пациентов, умерших от туберкулеза в Муниципальной Больнице Фтизиопульмонологии Кишинева в 2016–2018 годах. От прогрессирования туберкулёзного процесса умерли 40(43,5%) больных новых случаев и 23(25,0%) – повторно леченных, а от других заболеваний умерли 29 (31,8%) больных туберкулезом. Из соматических больниц были переведены 45,6% больных, из дома посредством службы скорой медицинской помощи в тяжелом состоянии были госпитализированы 39,1% пациентов и только 15,3% – по направлению врача фтизиопульмолога. Преобладали тяжелые формы туберкулеза (казеозная пневмония и генерализованный туберкулез). Больные с ко-инфекцией ТБ/ВИЧ составили 19,6%. Без постоянного места жительства были 27,2% умерших пациентов.

Среди больных туберкулезом, умерших от сопутствующих заболеваний основными причинами смерти были рак различных локализаций, внебольничная пневмония, цирроз печени.

Ключевые слова: туберкулез, смертность, новый случай, повторное лечение.

Introducere

Mortalitatea prin tuberculoza este cel mai veridic indicator disponibil în monitorizarea epidemiei de tuberculoză. Între anii 2000-2016, datorită diagnosticării și tratamentului, pe glob au fost salvate 53 mln de vieți omenești. Republica Moldova se afla printre 30 țări ale lumii cu o povară înaltă de tuberculoză multidrorezistentă. Toți autorii în ultimul deceniu aduc dovezi convingătoare în declinul ratei mortalității prin tuberculoza în toate țările lumii. Strategia „The End TB” prevede eradicarea TB până în 2050. Țările cu venituri mici, cu extinderea mare a bolii, îndeosebi cu prezența înaltă a co-infecției TB/HIV și tuberculozei rezistente se vor confrunta cu mari dificultăți în atingerea acestui scop. Mortalitatea este un indicator care evidențiază dinamica modificărilor apărute în timp cu posibilitatea efectuării corelației măsurilor necesare pentru succes.

În anii 2013 – 2015 se atestă o scădere evidentă a mortalității în mun. Chișinău, însă el rămâne de 2 ori mai mare față de 1990.

Patologia concomitentă ocupă un loc important în evoluția tuberculozei și în cauza imediată a decesului. Ponderea deceselor între cazurile noi de tuberculoza în ultimii ani crește considerabil din cauza adresării tardive a pacienților și a examinării insuficiente a persoanelor din grupul cu risc sporit de îmbolnăvire. Polimorfismul clinic și radiologic face dificil diagnosticul de tuberculoză în staționările multiprofil, bolnavii fiind transferați în spitalul de ftiziopneumologie în stare gravă unde ei decedează în primele zile. Veridicitatea indicatorului mortalității în tuberculoză, indiferent de informativitatea înaltă a lui, în mare parte depinde de calitatea aprecierii cauzei decesului.

Material și metode

Pe parcursul anilor 2016-2018, în Spitalul Municipal de Ftiziopneumologie au decedat 92 bolnavi prin progresarea tuberculozei și prin alte boli. Prin progresarea tuberculozei au decedat 40 (43,5%) bolnavi din caz nou și 23 (25,0%) din contingentele de retratament (recidivă, pierduți din supraveghere, eșec terapeutic), iar 29 (31,5%) bolnavi de tuberculoza au decedat prin alte boli. Bolnavii decedați au fost transferați din spitalele somatice 42 (45,6%), transportați cu ambulanța de la domiciliu 36 (39,1%) și numai 14 (15,3%) au avut îndreptare de la medicii ftiziopneumologi. Corelația B/F a fost de 2,3/1 în caz nou, 3,6/1 în retratament și 4,8/1 în TB+ alte boli.

Tabelul 1.

Repartizarea cazurilor noi de deces conform vârstei

| Grupe de vârstă | Caz nou | Retrata-ment | TB + alte boli |
|-----------------|----------|--------------|----------------|
| | N =40(%) | N= 23(%) | N=29(%) |
| 25 – 34 | 2(5,0) | 1(4,3) | 2(6,9) |
| 35 – 44 | 6(15,0) | 6(26,1) | 4(13,8) |
| 45 – 54 | 14(35) | 8(34,8) | 5(17,2) |
| 55 – 64 | 11(27,5) | 5(21,7) | 9(31,0) |
| >65 | 7(17,5) | 3(13,0) | 9(31,0) |

În caz nou a predominat vârsta între 45 și > 65%, în retratament - între 35 și 64 ani, iar în TB + alte boli între 55 și >64 ani (Tabelul 1)

Din totalul bolnavilor decedați în câmpul muncii au fost angajate numai 2 persoane, pensionarii au constituit 20,6%, invalizii - 8,7%. Condiții nesatisfăcătoare de trai au avut majoritatea bolnavilor decedați. Alcoolismul cronic cu encefalopatie s-a înregistrat – 26 (28,3%) de cazuri.

Tabelul 2.

Statutul matrimonial al bolnavilor decedați prin progresarea tuberculozei.

| Statusul matrimonial | Caz nou | Retrata-ment | TB + alte boli |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| | N=40(%) | N=23(%) | N=29(%) |
| Căsătorit | 6(15,0) | 6(26,1) | 6(23,6) |
| Concubinaj | 3(7,5) | 1(4,3) | 3(10,3) |
| Total in cuplu | 9(22,5) | 7(30,4) | 9(31,0) |
| Celibatar | 12(30,0) | 5(21,7) | 5(17,2) |
| Divorțat | 15(37,5) | 9(39,2) | 10(34,5) |
| Văduv | 4(10,0) | 2(8,7) | 5(17,2) |
| Total solitari | 31(77,5) | 16(69,6) | 20(68,5) |

Persoanele solitare au predominat atât în decesele din cazuri noi de tuberculoză 31 (77,5%) și din cazurile de retratament – 16 (69,6%), cât și din cazurile TB + alte boli – 20 (68,5%). Din persoanele solitare se evidențiază divorțații – 15 (37,5%) – în caz nou, 9 (39,2%) – în retratament și 10 (34,5%) – în TB + alte boli.(Tabelul 2).

Persoanele fără loc de trai s-au înregistrat în 25

(27,2%) cazuri, cu prevalarea lor în TB + alte boli – 44,0%. Co-infecția TB/HIV a fost stabilită la 19,6%.

Contactul tuberculos a fost stabilit numai în 36 (39,1%) cazuri din totalul deceselor.

Cazurile de retratament au fost cu următoare proveniență: din recidivă – 14 (60,9%), pierduți din supraveghere – 8 (34,8%) și eșec terapeutic – 1 (4,3%).

Bolnavii de tuberculoza decedați prin boli asociate au fost cu proveniența din caz nou 13 (44,8%), recidive – 11 (37,9%), pierduți din supraveghere – 5 (17,3%). Bolile asociate au fost principala cauză de deces la bolnavii de tuberculoză cu următoarea frecvență: cancerul pulmonar și cu alte localizări – la 8 (27,6%), pneumoniile comunitare – la 6 (20,7%), ciroza hepatică – la 5 (17,2%), ictusul cerebral – 4 (13,8%), edemul cerebral (alcoolism) – 2 (6,9%), alte boli (infarct miocardic, BPOC, hematom epidural, osteomielită) – 4 (13,8%).

Tabelul 3.

Repartizarea formelor de tuberculoza.

| Forma de tuberculoză | Caz nou N=40(%) | Retratament N=23(%) | TB + alte boli N=29(%) |
|----------------------|--------------------|------------------------|---------------------------|
| TB infiltrativă | 17(42,5) | 9(39,1) | 27(93,1) |
| TB diseminată | 21(52,5) | 7(30,4) | 2(6,9) |
| TB fibro-cavitară | 2(5) | 7(30,4) | - |

În cazurile noi sa constatat predominarea tuberculozei diseminate – 21 (51,5%), urmată de tuberculoză infiltrativă – 17 (42,2%) și unice cazuri de tuberculoză fibro-cavitară. În cazurile de retratament toate trei forme de tuberculoză s-au repartizat uniform a câte

1/3 cazuri. Se evidențiază numărul mare de bolnavi cu forma fibro-cavitară în retratament. În TB + alte boli principala formă de tuberculoză a fost cea infiltrativă, numărul persoanelor cu tuberculoza diseminată a fost considerabil mai mica decât în cazurile noi și retratament și nu s-a înregistrat forma fibro-cavitară. (Tabelul 3)

Rata pneumoniei cazeoase în tuberculoza infiltrativă în caz nou a fost de 88,2%, în retratament – 66,7%, iar în TB + alte boli numai de 6,9%. (Figura 1)

Rata tuberculozei generalizată în tuberculoza diseminată a fost de 90,5% în caz nou, în retratament – 57,1%, în TB + alte boli – 6,9%. (Figura 2)

Rata înaltă a pneumoniei cazeoase și proceselor generalizate de tuberculoză denotă predominarea formelor grave în cazurile noi și retratament.

În cazurile noi de tuberculoza sputa la BAAR a fost pozitivă la 19 (47,5%), Xpert MTB/RIF pozitiv – 26 (65,0%), cultura pozitivă – la 18 (45,0%) decedați. În cazurile de retratament BAAR pozitiv s-a înregistrat în 9 (39,1%), Xpert MTB/RIF pozitiv – în 12 (52,2%), iar cultura pozitivă – în 8 (34,8%) cazuri. În cazurile de tuberculoza decedate prin alte boli BAAR, Xpert MTB/RIF au fost pozitive numai la 4 (13,7%) bolnavi, cea ce denotă caracterul procesului tuberculos mai limitat la acești pacienți.

Decesul a survenit pînă la o lună în cazurile noi de tuberculoză la 32 (80%), în retratament – la 20 (86,9%), tuberculoza și alte boli – la 22 (75,8%) bolnavi.

Concluzii

1. Bolnavii decedați prin progresarea tuberculozei pulmonare au avut forme avansate de tuberculoză (pneumonie cazeoasă, tuberculoza generalizată, fibro

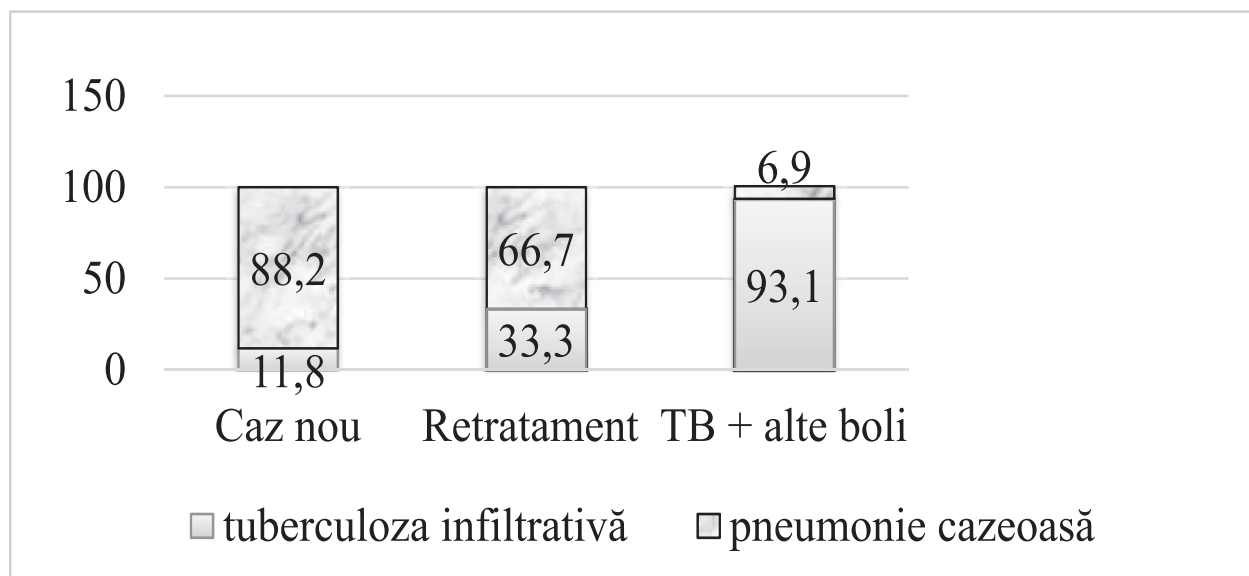


Figura 1. Ponderea pneumoniei cazeoase în cadrul tuberculozei infiltrative.

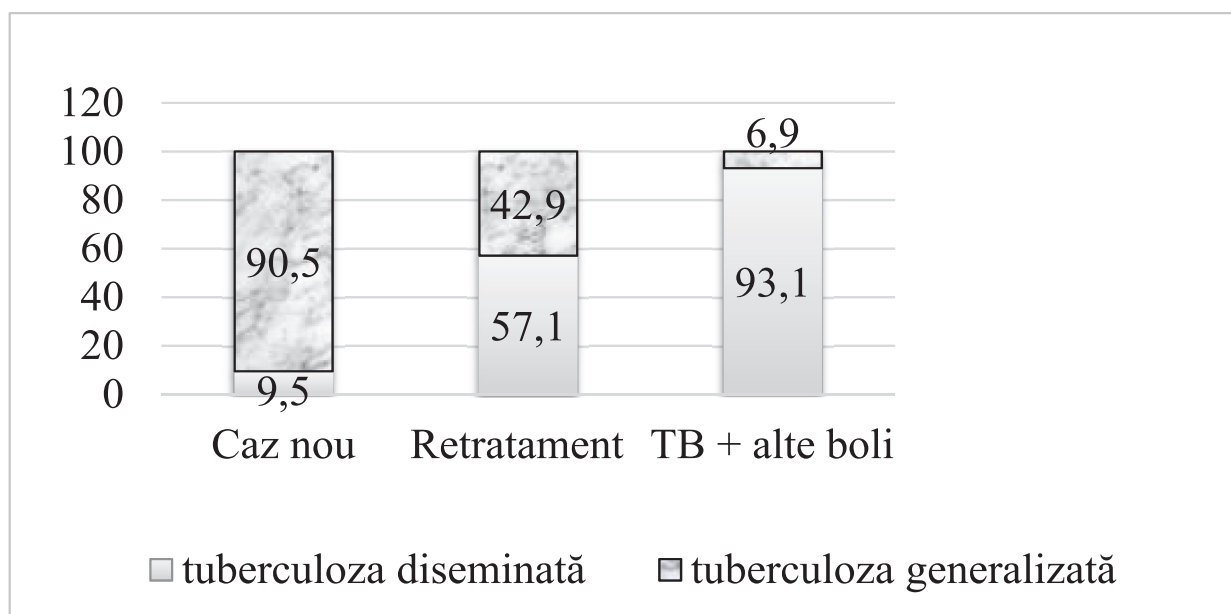


Figura 2. Ponderea tuberculozei diseminate în cadrul tuberculozei diseminate.

– cavitară) majoritatea din ei fiind baciliferi.

2. Statut social vulnerabil (neangajați în câmpul muncii, fără loc stabil de trai solitari preponderent divorțați, cu abuz de alcool în anamneză) sa constatat la majoritatea bolnavilor decedați prin progresarea tuberculozei pulmonare. Vârsta a fost între 35 – 65 ani.

3. Majoritatea bolnavilor decedați au fost transferați din staționările somatice sau transportați cu serviciu de urgență medicală de la domiciliu în stare gravă și decesul a survenit în prima lună după internare.

4. Decesele bolnavilor de retratamente au avut o proveniență mai frecventă din cazurile de recidivă și din cei pierduți din supraveghere.

5. Bolile asociate ca cauza principală de deces la bolnavii de tuberculoză au fost: cancerul cu diferite localizări, pneumoniile comunitare, ciroza hepatică, ictusul cerebral, edemul cerebral de etiologie etilică.

6. Pentru evitarea deceselor bolnavilor de tuberculoză este necesară optimizarea managementului depistării active a persoanelor social defavorizate și acelor cu boli asociate.

Bibliografie

1. Nguyen T.D., Edward A.G. *Development and validation of a prognostic score to predict tuberculosis mortality*. Journal of Infection. 2017; p. 1 – 8.
2. Podlekareva D.N., Anne Marie W Efsen, Schultze

A. et al. *Tuberculosis – related mortality in people living with HIV in Europe and Latin America: an international cohort study*. The Lancet. 2016; 3(3): p.120 – 131.

3. Popa V., Ustian A., Haidarlî I. ș.a *Letalitatea prin tuberculoză în IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie*. Chișinău Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale.2011; 4(32): p.44 – 49.

4. Tuberculosis in the WHO European Region. Copenhagen; 2015.

5. WHO The End TB strategy. Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015.

6. World Health Organization. Global Tuberculosis Report. Geneva, Switzerland; 2017.

7. Васильева И.А., Белиловский Е.М., Борисов С.Е. и др. Заболеваемость, смертность и распространенность как показатели бремени туберкулеза в регионах ВОЗ, странах мира и в РФ, часть 2. Смертность от туберкулеза. 2017; 95(7): с.8 – 15.

8. Равильоне М. К., Коробицын А.А. Ликвидация туберкулеза – новая стратегия ВОЗ в эру целей устойчивого развития, вклад в Российской Федерации. Туберкулез и болезни легких. 2016; 94(11): с.7 – 15.

9. Цыбикова Э.Б., О причинах смерти впервые выделенных больных туберкулезом легких. Здоровоохранении Российской Федерации 2013; 1: с.15 – 19.

10. Шилова М.В. Смертность населения и больных туберкулезом от туберкулеза и других причин и факторы, оказывающие влияние на её уровень. Инфекционные болезни. Спецвыпуск. 2015; 1: с.32 – 37.