

# Situația actuală a endemiei tuberculozei în România

## *Present situation of endemic tuberculosis in Romania*

<sup>1</sup>Conf. Univ. Dr. MARICA CONSTANTIN, <sup>2</sup>Conf. Univ. Dr. GALIE NICOLAE,

<sup>3</sup>Prof. Asoc. DIDILESCU CRISTIAN, <sup>4</sup>Dr. TĂNĂSESCU MIHAELA

<sup>1</sup>Coordonator Național al Programului de Control al Tuberculozei, România

<sup>2</sup>Manager General al Institutului de Pneumologie „Marius Nasta”, București

<sup>3</sup>Șef Departament Buget și Resurse Umane PNCT

<sup>4</sup>Medic specialist pneumolog, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, București

### REZUMAT

În contextul european, după aderarea României la UE, în țara noastră incidența tuberculozei înregistrează încă valori ridicate comparativ cu media țărilor din Uniunea Europeană (locul I între țările UE și locul III între țările Regiunii Europa a OMS).

Prin adoptarea, începând cu anul 1998, Strategiei Internaționale de Tratament sub Directă Observație (DOTS) și prin implementarea Programelor Naționale de Control a Tuberculozei 1997-2000 și respectiv 2001-2005 (PNCT), în anul 2003 România înregistrează pentru prima dată, în ultimii 20 de ani, o tendință de scădere a incidenței cazurilor noi de tuberculoză. Aceste rezultate încurajatoare au fost obținute datorită intensificării activităților PNCT și aplicării proiectelor desfășurate cu finanțare de la Fondul Global pentru combaterea HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei și Organizația Mondială a Sănătății.

Astfel, cu o rată medie de succes terapeutic a cazurilor noi confirmate bacteriologic de 82%, România se apropie de ținta globală de 85%.

Rezistența la medicamentele utilizate în tratamentul tuberculozei și, în particular, al tuberculozei multi-drog rezistentă, a devenit o problemă importantă de sănătate publică într-un mare număr de țări, dar și un obstacol în lupta pentru controlul global al tuberculozei. În multe țări, extinderea rezistenței la antibiotice nu este cunoscută, iar managementul pacienților cu tuberculoză multi-drog rezistentă este inadecvat. În țările unde a fost identificată rezistența la antibiotice, măsurile specifice necesare a fi luate în cadrul programelor de control al tuberculozei trebuie să se adreseze managementului complex și complet al pacienților cu tuberculoză și strategiilor de adoptat pentru prevenția propagării și diseminării rezistenței la tuberculostatice, incluzând aici și multi-drog rezistența.

**Cuvinte cheie:** tuberculoza, strategia DOTS, tuberculoza chimiorezistentă

### ABSTRACT

As to the European context, after Romania's accession to the EU, the TB incidence in our country is still quite high compared to the average of the European Union countries (1<sup>st</sup> place among EU countries and 3<sup>rd</sup> place among WHO European Region countries)

*After adopting the International Direct Observation Treatment Strategy (DOTS) in 1998 and implementing the 1997-2000 and 2001-2005 National Tuberculosis Control Programs (NTP), in 2003 Romania recorded, for the first time in the last 20 years, a drop in the new TB cases. These promising results are due to more intense NTP activities and to the implementation of projects financed by the Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria and by World Health Organization.*

*Thus, with an average therapeutic success rate for the new bacteriologically confirmed cases of 82%, Romania is getting closer to the global target of 85%.*

*The emergence of resistance to drugs used to treat tuberculosis (TB), and particularly multidrug resistant (MDR-TB), has become a significant public health problem in a number of countries and an obstacle to effective global TB control. In many other countries, the extent of drug resistance is unknown and the management of the patients with MDR-TB is inadequate. In countries where drug resistance has been identified, specific measures need to be taken within TB control programmes to address the problem through appropriate management of patients and adoption of strategies to prevent the propagation and dissemination of drug resistance tb, including MDR-TB.*

**Key words:** tuberculosis, DOTS strategy, chemoresistant tuberculosis

Începând cu 1993, Organizația Mondială a Sănătății a considerat că „tuberculoza a creat o situație de urgență mondială“. Așa cum reiese din rapoartele anuale ale Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), tuberculoza înregistrează în anual lume aproximativ 9 milioane de cazuri noi și 2 milioane de decese. Peste 80% dintre bolnavi se aflau în țări din Asia și din Africa sub-Sahariană (1,2). De altfel, față de anii precedenți, numărul de cazuri înregistrate a fost același sau a scăzut în 5 dintre cele 6 regiuni ale OMS, dar a crescut în Africa, mai ales din cauza răspândirii în continuare a infecției HIV (6,7,8,9).

În contextul european, după aderarea României la UE, incidența tuberculozei în țara noastră înregistrează încă valori ridicate comparativ cu media țărilor din Uniunea Europeană (locul I între țările UE și locul III între țările Regiunii Europa a OMS), astfel că un răspuns coordonat la nivel național împotriva acestei maladii reprezintă o prioritate a politicii sanitare actuale.

Condiționarea plurifactorială, inclusiv dimensiunea socio-economică a răspândirii tuberculozei, conduce la nevoia abordării multidisciplinare și intersectoriale a acestei patologii care depășește sfera serviciilor de sănătate.

Prin adoptarea, începând cu anul 1998, a Strategiei Internaționale de Tratament sub Directă Observație (DOTS) și prin implementarea Programelor Naționale de Control al Tuberculozei 1997-2000 și respectiv 2001-2005 (PNCT), în anul 2003, România înregistrează pentru prima dată, în ultimii 20 de ani, o tendință de scădere a incidenței cazurilor noi de tuberculoză. Aceste rezultate încurajatoare au fost obținute datorită intensificării activităților PNCT și aplicării proiectelor desfășurate cu finanțare de la Fondul Global pentru Combaterea HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei și Organizația Mondială a Sănătății.

Astfel, cu o rată medie de succes terapeutic de 82% a cazurilor noi confirmate bacteriologic, România se apropie de ținta globală de 85% (3,10).

Cu toate acestea, în anul 2006, în România s-a înregistrat un număr de 25.422 de cazuri noi și recidive de tuberculoză (114,9 cazuri la 100.000 de locuitori), cifre care situează, din păcate, România printre primele țări în Europa.

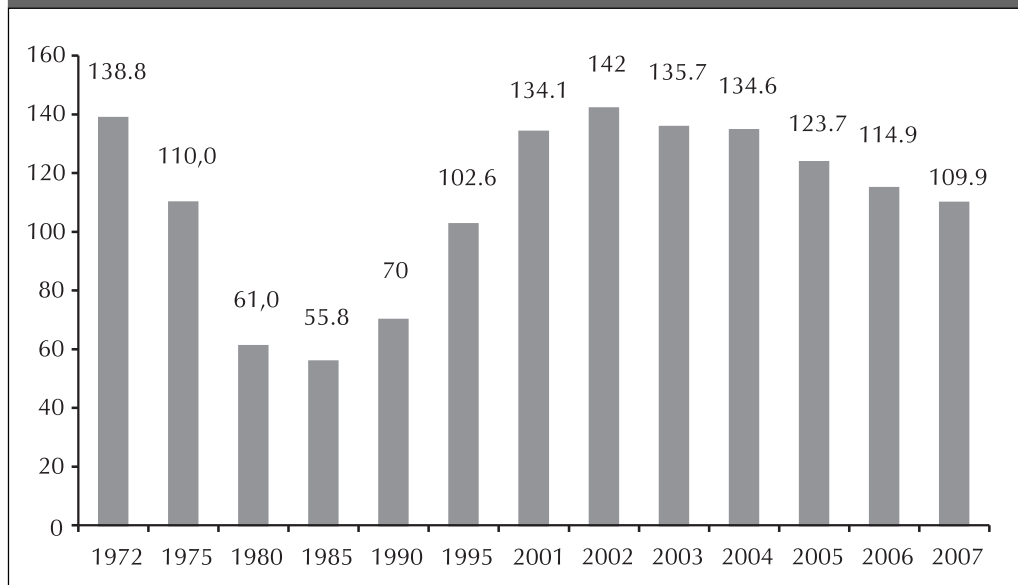
Strategia Națională de Control al Tuberculozei se încadrează în strategia de țară a României, care are la bază direcțiile stabilite de către Planul Global OMS de stopare a tuberculozei 2006-2015 (MDCs 2015) și oferă cadrul necesar dezvoltării și armonizării legislației și reglementărilor naționale cu cele europene, în contextul aderării României la UE.

Evoluția incidenței în România a înregistrat o continuă creștere, de la 55,8‰ în anul 1985, la 142,2‰ în anul 2002.

Cauzele care au determinat această creștere au fost deteriorarea condițiilor socio-economice și perturbările survenite în funcționarea sistemului de sănătate (3,4).

În anul 2003, pentru prima dată în ultimii 20 de ani s-a înregistrat o ușoară reducere a incidenței anuale a tuberculozei în România, 135,7‰ față de 142‰ în 2002. Această scădere reprezintă un prim semn că eforturile depuse în ultimii ani pentru controlul tuberculozei în România încep să arate rezultate pozitive. Totuși, fiind vorba despre un fenomen biologic, pentru afirmarea cu certitudine a scăderii incidenței, este nevoie de timp și de continuarea susținută a intervențiilor și activităților. Se poate vorbi, de fapt, de o tendință de „stopare“ a creșterii incidenței globale a tuberculozei, tendință confirmată de valorile înregistrate în anii 2005 și 2006, când incidența globală a tuberculozei a continuat să scadă la 123,7‰ respectiv 114,9‰, iar în 2007-109,8‰ (5,6,7,8).

Figura 1. Evoluția incidenței globale a tuberculozei în România 1972-2007



Sursa: Unitatea de Management PNCT, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”.

Incidența cea mai ridicată se înregistrează la populația cuprinsă între 22 și 55 de ani.

Incidența tuberculozei la copii a crescut încontinuu, de la 7,9‰ în anul 1985 până la 48,2‰ în anul 2002. Se remarcă același trend descrescător al incidenței tuberculozei la copii începând cu anul 2003 (44,3‰), care continuă și în 2004 (41,2‰), 2005 (33,4‰), 2006 (31,8‰) și 2007 (28,7‰) fig. 2.

Succesul Programului a fost posibil datorită unei structuri de management bine definite și funcționale. Managementul Programului a fost asigurat de către Unitatea Centrală de Management (UCM) din cadrul Institutului de Pneumologie „Marius Nasta”.

La nivel periferic, managementul Programului a fost asigurat de către DSP și de 50 de manageri (sau coordonatori județeni – 41 manageri jude-

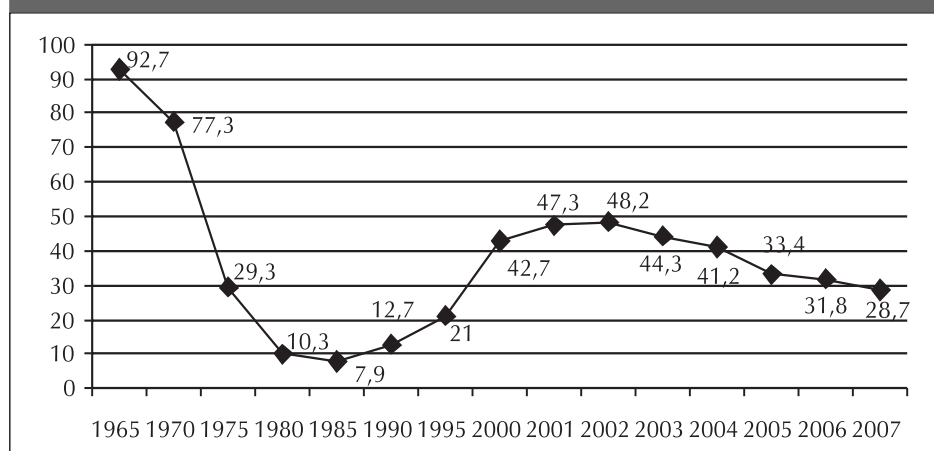
țeni, 6 pentru fiecare din cele 6 sectoare din București și câte unul reprezentând Ministerele Justiției, Apărării Naționale și Internelor). În fiecare județ sunt 3-6 dispensare de pneumoftiziologie (PNF), 189 în total, iar rețeaua de specialitate beneficiază de un număr de aproximativ 900 de medici pneumologi.

Medicii de familie (MF) au fost implicați în PNCT în special în mediul rural, prin activitățile de depistare a suspecților de tuberculoză și administrarea tratamentului sub directă observare (DOT).

În fiecare județ există cel puțin un spital care deservește pacienții cu tuberculoză (76 spitale PNF cu aproximativ 7.000 de paturi pentru tuberculoză).

În România a fost creată structura relativ originală, Comisia Națională de Supervizare a Pro-

Figura 2. Evoluția incidenței tuberculozei la copii 1972-2007



Sursa: Unitatea de Management PNCT, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”

gramului, compusă din 30 de medici specialiști pneumologi formați pentru această activitate. Aceștia supraveghează aplicarea prevederilor programului la nivel național (10).

Diagnosticul și tratamentul pentru toți bolnavii de TB este gratuit. Costurile sunt acoperite din fondurile asigurărilor sociale de sănătate și din bugetul de stat pentru latura profilactică. Accesul la medicație este asigurat de 190 de farmacii cu circuit închis.

Pe plan mondial, la ora actuală se acordă o importanță deosebită problemei tuberculozei multi-drog rezistente (MDR – rezistența cel puțin la izoniazidă și rifampicină). În plus, se subliniază necesitatea unei evaluări generale a fenomenului insistându-se în ultima vreme asupra tuberculozei XDR (rezistența la cele 2 medicamente majore (H;R) + orice fluorochinolon și cel puțin una dintre cele 3 droguri injectabile de linia a II-a (Capreomicina, Kanamicina și Amikacina) (2,11).

O evaluare făcută în 2005 de "Surveillance of Drug Resistance in Tuberculosis" a indicat o rată a MDR – TB de 2,8% la CN și 11,6% la recidive. Aceste valori ne situează sub nivelul altor țări din Europa de Est și țările fostei Uniuni Sovietice (pentru cazurile noi – Federația Rusă – 15,5%; Kazahstan – 28%; Republica Moldova – 18,8%; Lituania – 20%; Bulgaria – 5,7%) (9).

Ultima anchetă de chimiorezistență a fost efectuată în țara noastră în perioada 2003-2004, cu sprijin tehnic din partea OMS. Față de situația pe plan mondial, problema MDR-ului în România nu prezintă o gravitate deosebită, frecvența sa fiind foarte aproape de media pe plan mondial. Totuși, la aproximativ 22.000 de cazuri noi de TB înregistrate anual se poate estima că

numărul de bolnavi cu MDR care apar în fiecare an se ridică la peste 600.(8)

Creșterea, în ultimul timp, a incidenței tulpinilor BK cu chimiorezistență și în special tuberculoza multi-drog rezistentă impun, o monitorizare mai atentă, la nivel național și internațional, a acestui fenomen. La nivel național, avem deja 2 centre de excelență pentru terapia și monitorizarea cazurilor de tuberculoză polichimio-rezistente (la București și Bisericanii), a căror evaluare (realizată după aproximativ 3 ani de la deschidere) este promițătoare.

Fără îndoială, în aplicarea prevederilor PNCT la nivel teritorial, există încă disfuncționalități legate de uzura aparatului radiologic, a locațiilor necorespunzătoare și carențe în asigurarea cu cadre medicale a dispensarelor TB. Sperăm că acestea se vor remedia relativ repede, fără a se repercuta nefavorabil asupra activităților de prevenție, depistare și tratament antituberculos.

În urma semnării acordului de grant dintre Guvernul României și Fondul Global de Luptă împotriva HIV/SIDA, Tuberculozei și Malariei, activitățile PNCT au fost susținute din anul 2004 și de proiectele pentru TB derulate în cadrul acestui acord.

În concluzie, la nivel național, existența unei rețele de tuberculoză eficiente, a unui program național bine implementat, atragerea, pe lângă medicii specialiști pneumologi, a medicilor epidemiologi și a medicilor de familie în această problemă, ca și, în mod principal, suportul material și moral al Guvernului României și Ministerului Sănătății Publice, sunt premise imperioase pentru realizarea criteriilor incluse în actualul Plan STOP TB al OMS. □

## BIBLIOGRAFIE

1. **Raviglione MC, Pio A** – Evolution of WHO policies for tuberculosis control, 1948-2001. *Lancet* 2002;359:775-80.
2. **GB Migliori, PC Hopewell, F Blasi, A Spanevello and MC** – Improving the TB case management: the International Standards for Tuberculosis care, *Raviglione Eur Respir J* 2006; 28:687-690
3. **Didilescu C, Marica C** – Tuberculoza-trecut, prezent și viitor, Ed. Universitară "C. Davila", București
4. **Marica C, Didilescu C** – Epidemiologia bolilor pulmonare cronice cu extindere în masă, Ed. Curtea Veche, 2000
5. WHO Report 2003; Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing, WHO
6. WHO Report 2004; Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing, WHO
7. WHO Report 2005; Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing, WHO
8. WHO Report 2006; Global tuberculosis control – surveillance, planning, financing, WHO
9. Ghid Metodologic de Implementare a Programului Național de Control al Tuberculozei 2007-2011
10. Stop TB Partnership. The Global Plan to Stop TB, 2006-2015: Actions for life: towards a world free of tuberculosis. Geneva: WHO; 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35)

Adresa de corespondență:

Conf. Dr. Marica Constantin, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta”, Șos. Viilor, Nr. 90, Sector 5, București