



PROFILAXIA TUBERCULOZEI

Profilaxia TB se realizează pe câteva căi, care nu se exclud, ci sunt complementare: profilaxia nespecifică (de igienă personală și în societate), profilaxia specifică (vaccinarea și profilaxia medicamentoasă).

Codul bolii (CIM-10): A15-A19; B90.

Profilaxia nespecifică

Principiile măsurilor privind TB în societate

- Reducerea consumului abuziv de alcool, droguri, tutun și altor deprinderi vicioase.
- Promovarea modului sănătos de viață.
- Colaborarea cu lucrătorii sociali pentru acordarea serviciilor păturilor vulnerabile.
- Implicarea membrilor societății (familia, vecinii, reprezentanți ai cultelor, lucrători sociali, primăriile, ONG locale etc.)
- Acțiuni de informare a populației.

Obiectivele măsurilor de igienă personală la TB

- Prevenirea infectării cu MBT a persoanelor sănătoase;
- Prevenirea evoluției spre boală a persoanelor infectate cu MBT;
- Limitarea contactului persoanelor bolnave de TB activă (în special eliminarea de bacili) cu cei sănătoși, acasă/ serviciu, prin măsuri profilactice în societate, măsurilor antiepidemice și curative în focarele de infecție TB.

Depistarea tuberculozei (Screening-ul TB)

Depistarea pasivă a TB (screening-ul simptomaticilor) – sistematic cu identificarea persoanelor cu simptome sugestive pentru TB, pentru toți care solicită asistență medicală într-o instituție medicală.

Screening-ul sistematic (depistarea activă) pentru TB activă se va efectua anual persoanelor din grupele cu risc sporit de îmbolnăvire de TB și celor din categoriile periclitante (personal din sectoare speciale, cu risc de transmitere a TB).

Grupele cu risc sporit de îmbolnăvire de TB, la care se efectuează obligatoriu radiografia pulmonară standard (digitală/convențională)

- Contactii cu pacienții de TB pulmonară depistați în cadrul anchetei epidemiologice;
- Persoanele cu sechele post-TB;
- Persoanele cu infecția HIV;
- Persoanele cu imunitate compromisă, care efectuează tratament imunosupresiv;
- Pacienții cu afecțiuni psihice din colectivități, la internare.

În funcție de situația epidemiologică din teritoriu, conducătorul instituției, va reorganiza și va ajusta grupele cu risc sporit de îmbolnăvire de TB, prin examinări „țintite”, la solicitarea specialiștilor.

Persoanele care necesită vigilență sporită privind tuberculoza

Contactii cu bolnavii de TB

Persoanele cu risc sporit TB, condiționat de factorii sociali

Persoanele cu risc sporit TB, condiționat de factorii medicali

Rezidenții și angajații instituțiilor cu regim închis și semiînchis

Contactii cu bolnavii de TB*

Categoriile social-defavorizate (fără loc stabil de trai, șomerii, zilierii, migranții interni / externi, refugiații externi, cu venituri mici)

Cu sechele posttuberculoase*
Cu maladii pulmonare cronice nespecifice și fumători activi
Consumatori abuzivi de alcool/droguri
Cu diabet zaharat
Cu insuficiență renală cronică
Cu gastrectomie sau by-pass jejunoileal

Persoanele care trăiesc cu HIV*
Cu tratamente imunosupresive (corticoterapie, radioterapie, citostatice, AINS)*
Cu afecțiuni psihice (la internare)*
Gravidele cu simptome sugestive pentru TB
Lăuzele cu simptome sugestive pentru TB
Copiii nevaccinați BCG

Penitenciare, aziluri, instituții de îngrijiri paliative, centre de plasament, instituțiile specializate FP

*** NOTĂ: Grupele cu risc sporit de îmbolnăvire de TB, cărora li se efectuează obligatoriu radiografia pulmonară standard (digitală/convențională).**

Persoanele care necesită vigilență sporită privind TB vor fi supuse anual evaluărilor clinice privind prezența simptomelor sugestive pentru TB. În cazul depistării simptomelor sugestive pentru TB va fi efectuată radiografia pulmonară standard. Persoanele cu modificări radiologice sugestive pentru TB vor fi evaluate pentru TB.

Personalul din sectoare speciale, cu risc de transmitere a TB (categorii periclitante):

Personalul din instituțiile medico-sanitare:

- secții de nou-născuți, spitale (secții) de pediatrie;
- centrele de reabilitare și recuperare/plasament pentru copii.

Personalul din instituțiile de învățământ:

- de educație antepreșcolară și învățământ preșcolar;
- de învățământ primar.

Screening-ul sistematic pentru TB activă include:

- anamnezic complet al persoanei;
- examenul clinic;
- IDR Mantoux cu 2UT la copii și adolescenți;
- radiografia pulmonară standard (digitală /convențională) la adolescenți și adulți.

*** NOTĂ: Radiografia pulmonară standard (digitală /convențională) persoanelor din categoriile periclitante se efectuează la angajare și anual – în cadrul examenelor medicale, conform indicațiilor medicale.**

Efectuarea TCT

Efectuarea testului la tuberculină este obligatorie pentru:

- copiii aflați în contact cunoscut cu persoana cu TB pulmonară activă în context familial/colectiv;
- copiii simptomatici suspecti de TB;
- copii din grupele de risc;
- copiii la intrarea în centrele de plasament, școli ajutoare, de corecție și alte instituții.

Tehnica TCT

- Locul introducerii – fața anterioară a treimii de mijloc a antebrăului;
- Se injectează intradermic 2 UT în volum de 0,1 ml PPD (tuberculo-proteină purificată) care formează o papulă ischemică de 5-6 mm cu aspect de „coajă de portocală”, aceasta nu trebuie tamponată după ce s-a extras acul;
- IDR corectă este confirmată de lipsa sângerării și de obținerea papulei.

Evoluția TCT

Reacția locală:

- Inițial poate apărea o reacție nespecifică, care dispare sau nu în 24 - 48 de ore.
- Testul pozitiv (citit la 72 de ore) presupune:
 - o papulă dermică dură, în relief față de planul dermic;
 - culoare roz-palidă până la roșu închis;
 - papula diminuează în 4-7 zile așa în loc o pigmentare și descuamare furfuracee.
 - Uneori pot apărea: reacții locale veziculare, ulceratii, adenopatie regională sau limfangită (rar).

Citirea cantitativă a TCT

- Citirea rezultatului se face între 48 și 72 de ore (ideal la 72 de ore) de la administrare, când indurația este maximă și reacția nespecifică dispare.
- Se măsoară diametrul transversal al zonei de indurație cu ajutorul unei rigle transparente.
- Eventual se marchează limitele, după ce au fost palpate și delimitate, exact, punctele extreme ale diametrului transversal.
- Citirea și interpretarea trebuie făcute de personal cu experiență care notează mărimea diametrului indurației în milimetri (mm) și data citirii.

Reacția pozitivă

Convențional se admite ca:

- reacția sub 9 mm semnifică o eventuală alergie post- vaccinală BCG (în primii ani după naștere) sau o infecție cu micobacterii netuberculoase;
- reacția normoergică, 10-16 mm, semnifică infecția naturală cu MBT;
- reacția intensă, de la 17 mm (hiperergică), cu/fără ulceratii, fliclene, nu semnifică neapărat TB activă, ci doar probabilitatea unui risc crescut de evolutivitate lezională;
- pentru copiii infectați HIV și copii nevaccinați, o intradermoreacție cu diametrul de 5 mm poate fi apreciată ca pozitivă.

*** NOTĂ: ✓ Reacția (intens) pozitivă la PPD este marker al infecției TB, fără corelație cu TB activă;
✓ dacă rezultatul testului a fost pozitiv, repetarea lui nu mai furnizează informații suplimentare și nu este indicată!**

Focarul de TB

Noțiuni generale despre focarul de TB

Focar de tuberculoză – locul în care se află sursa de M. tuberculosis (persoana sau animalul bolnav de TB), de asemenea, incluzând persoanele din arealul respectiv, în acele limite de spațiu, în care este posibilă apariția cazurilor noi de infectare și îmbolnăvire.

Criteriile pericolului epidemiologic al focarului de infecție TB

- Eliminarea masivă și permanentă a MBT de către bolnavii de TB;
- Condițiile familiale și de trai ale pacientului;
- Comportamentul;
- Nivelul culturii generale și al celei sanitare ale pacientului și persoanelor din jur.

Notă: Ca urmare focarele de TB se divizează în 3 grupe, în funcție de pericolul epidemiologic ce determină volumul și conținutul măsurilor profilactice în focar.

Măsurile antiepidemice, necesare de aplicat în focarul de TB

- lichidarea focarului de infecție prin instituirea tratamentului
- diagnosticarea și tratarea tuturor cazurilor de TB depistate prin AE;
- antituberculoză cât mai precoce;
- profilaxia medicamentoasă cu Isoniazidă 10 mg/kg, zilnic, timp de 6 luni, contactilor cu vârsta între 0 și 18 ani;
- dezinfectia în focarul de TB;
- oferirea informațiilor de rigoare bolnavului și contactilor prin discuții, broșuri, pliante.
- examinarea contactilor;

Profilaxia specifică

Vaccinarea BCG previne eficient dezvoltarea formelor avansate de TB la copii (meningita TB și TB miliară), însă nu previne infectarea/dezvoltarea TB.

Indicații

- Obligator toți nou-născuții, începând din a doua zi de la naștere.
- În caz că nou-născutul nu a fost vaccinat în maternitate, va fi recuperată administrarea vaccinului de către medicul de familie până la vârsta de 2 luni, fără testare tuberculinică; după 2 luni de viață – cu testare tuberculinică, fiind vaccinați BCG cei cu rezultatul probei tuberculinice negative (papulă până la 4 mm inclusiv) în lipsa altor contraindicații medicale.
- Imunizarea BCG poate fi efectuată concomitent/în aceeași zi cu oricare din vaccinurile indicate pentru imunizarea copiilor.
- Doza de vaccin pentru copii cu vârsta de până la 12 luni este de 0,05 ml. Doză de vaccin este obligatorie și se va aplica copilului până la 7 ani.
- Recuperarea nevaccinaților din diferite motive (născuți în străinătate, contraindicații ale vaccinării la naștere) se poate realiza până la 7 ani. La copii ce au vârsta de peste 2 luni, recuperarea în vederea vaccinării BCG va fi efectuată numai după avizul medicului ftiziopneumolog și după testarea tuberculinică prealabilă.
- Supravegherea dinamicii procesului post-vaccinal (locul introducerii vaccinului BCG și ganglionii limfatici axilari) se efectuează la 1, 3, 6 și 12 luni, din ziua vaccinării cu înregistrarea rezultatelor în fișa de ambulator a copilului.

NOTĂ: ✓ **Nou-născuții și copiii HIV infectați și cu semne clinice HIV/SIDA, precum și cu semne clinice de TB congenitală nu se vaccinează cu vaccin BCG.**
 ✓ **Copiii născuți din mame HIV pozitive, decizia privind vaccinarea BCG se va lua în funcție de rezultatele testării la infecția HIV (anticorpi și antigeni) după vârsta de 6 săptămâni.**
 ✓ **Copiii cu CPV mai mică de 4 mm fac parte din grupul de risc!**

Contraindicații medicale pentru imunizarea copiilor cu BCG:

- Stările imunodeficientă (imunodeficiențe congenitale, neoplasme, leucemie, tratament îndelungat cu imunodepresante, radioterapie).
- HIV infectați și persoanele cu semne clinice SIDA.
- Boli acute, boli cronice în acutizare.
- Reacția pozitivă la tuberculină (papulă mai mare de 4 mm).

NOTĂ: În afecțiunile perinatale ale SNC (inclusiv paralizie infantilă cerebrală fără convulsii) – vaccinarea se va efectua peste o lună după compensarea sindromului convulsiv și indicii LCR.

Structura clinică a complicațiilor după vaccinare cu vaccin BCG

Categoria

I categorie: leziuni cutanate locale	II categorie: infecția BCG persistentă și diseminată fără sfârșit letal	III categorie: infecția BCG diseminată cu afectarea generalizată, cu sfârșit letal	IV categorie: sindromul post-BCG
Limfadenite; Absces rece; Ulcere.	Lupus eritematos; Osteită/osteomielită; Uveită.		Eritem nodos; Erupții cutanate; Cicatrice cheloide.

Tipul de complicații

Cauzele de bază în dezvoltarea complicațiilor post-BCG:

- Inocularea dozei de vaccin mai mare, decât este prevăzut de instrucțiunea de utilizare.
- Injectarea vaccinului într-un loc de inoculare nepermis și mai profund decât intradermal sau nerespectarea tehnicii de administrare a vaccinului.
- Reconstituirea vaccinului cu alți solvenți, decât cel produs de același producător ca și vaccinul.
- Reconstituirea vaccinului cu o cantitate incorectă de solvent.
- Păstrarea și mănuierea incorectă a vaccinului, solventului.
- Nerespectarea asepticii la mănuierea și administrarea vaccinului.
- Ignorarea contraindicațiilor medicale către imunizarea BCG.
- Particularități individuale ale organismului celui imunizat.

Profilaxia medicamentoasă

- **Profilaxie primară (chimioprofilaxia)** – protecția celor neinfecțați dar expuși contagiului, în special, copiii până la vârsta de 5 ani.
- **Profilaxie secundară** (tratamentul infecției TB latente sau tratamentul preventiv) – prevenirea evoluției spre boală manifestă la cei infectați.

Categoriile de populație care necesită profilaxie medicamentoasă

- Copiii 0-18 ani contacti cu bolnavi cu TB activă;
- Persoanele cu statut HIV pozitiv.

Principiile tratamentului preventiv:

Constă în:	○ Monoterapie cu H. ○ Doza H - 10 mg/kg/zi pentru copii, maximum 300 mg/zi, timp de 6 luni.
Contraindicațiile profilaxiei cu H vizează:	○ TB activă. ○ Reacțiile adverse grave la H. ○ Boala hepatică cronică gravă sau semne clinice de hepatită activă.
Recomandări suplimentare:	○ Asocierea Piridoxinei (vit. B6)

Prevenirea TB la persoanele din contact cu TB drogrezistentă

- Nu se recomandă terapie preventivă pentru contactii cu pacienții cu TB drogrezistentă.
- Efectuarea evaluării inițiale detaliate a contactilor apropiați și evaluarea clinică de fiecare dată când apar simptomele sugestive pentru TB.
- Persoanele de toate vârstele care trăiesc cu HIV trebuie evaluate clinic la fiecare șase luni, timp de doi ani de la ultima lor expunere la TB MDR, indiferent dacă aceștia sunt sau nu sunt simptomatici.
- Se recomandă monitorizarea clinică atentă a copiilor asimptomatici (la fiecare 2-3 luni în primele 6 luni, apoi la fiecare 6 luni timp de cel puțin 2 ani de la ultima lor expunere la TB MDR).
- Dacă se dezvoltă boala TB, tratamentul trebuie inițiat prompt cu un regim pe baza TSM cazului sursă presupus.

Abrevierile folosite în document

PCN-55 – Tuberculoza la copii

Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății nr. 685 din 06.10.2015 cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie „Profilaxia Tuberculozei”
 Elaborat în baza Protocolului Clinice Naționale „Tuberculoza la adulți” (PCN - 123) și „Tuberculoza la copii” (PCN - 55)
 Aprobat: martie 2015

Elaborat în cadrul proiectului „Sporirea rolului pacientului și a comunității în controlul tuberculozei în Moldova”, finanțat de către Fondul Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei și implementat de către Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate.