

UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE CRAIOVA
ȘCOALA DOCTORALĂ

**Aspecte epidemiologice ale îmbolnăvirilor prin
tuberculoză la grupe populaționale defavorizate în
judetul Dolj în perioada 2006-2011**

REZUMAT

Coordonator științific

Prof. Asociat Dr. Cristian Didilescu

Cercetator științific principal gr I

Doctorand

Dr. Ana Bobîrnac

medic primar epidemiolog

Craiova 2013

PARTEA GENERALA

I. INTRODUCERE

Deși este o boală cunoscută din antichitate, tuberculoza continuă să facă ravagii și în prezent. Oricine se poate infecta. (1,2,3)

Dacă în ultimii ani România a ocupat constant primele locuri între țările UE privind incidența îmbolnăvirilor prin tuberculoza, se poate spune că județul Dolj a ocupat constant locuri fruntașe privind acest indicator între județele țării în ultimii ani. (4,5,6). Foarte probabil că un factor important al severității endemiei TB în județul Dolj ca și cel al endemiei din România îl reprezintă problemele socio-economice afectând în special populația la vârsta maximei activități profesionale.(7) Scăderea nivelului de trai a influențat cu certitudine evoluția incidenței, dovadă fiind și faptul că incidența cea mai mare se înregistrează în județele din sudul țării și din Moldova, cele care au și cele mai importante probleme socio-economice, statutul de „persoană defavorizată” crescând riscul de contractare a bolii.

1. Endemia de tuberculoza in lume si in Romania

1.1 Scurt istoric

Cea mai veche dovadă a bolii o constituie prezența bacteriei *Mycobacterium tuberculosis* descoperită în fosilele unui bizon care a trăit în urmă cu aproape 17 000 ani.

În anul 1839 J. L. Schönlein dă bolii numele de tuberculoză(8)

La 24 martie 1882 bacteriologul german Robert Koch anunța oficial că a identificat agentul etiologic al tuberculozei, numit initial *Bacterium tuberculosis*, bacilul Koch. (9)

1.2. Incidenta globala si regionala a tuberculozei

Ca și distribuție geografică, în lume cea mai mare incidență a tuberculozei se înregistrează în Asia și Africa și America Latina unde este cel mai mic produs național brut și unde resursele limitate și condițiile de viață precară a populației au frânat declinul endemiei și au împiedicat aplicarea măsurilor de luptă anti-tuberculoasă(10).

Cel mai mare procent de pacienți cu tuberculoză multidrorezistentă se înregistrează în estul Europei și Asia centrală. Aproape 80% din cazurile cu HIV asociată TB trăiesc Africa(11).

1.3. Tuberculoza in Romania

Printre țările membre ale Uniunii Europene încă de la aderarea sa în 2007 România a ocupat primul loc privind rata de incidență globală a tuberculozei și continuă să mențină acest loc și în prezent(10) .

România face parte din grupul celor 18 țări *high priority* pentru tuberculoza în Europa ceea ce înseamnă că reprezentăm un motiv de îngrijorare pentru comunitatea europeană.(11)

1.3.1. Incidența tuberculozei în România

Începând cu anul 1950 în România rata de incidență globală a îmbolnăvirilor prin tuberculoză a înregistrat un trend continuu descendent de la o valoare de 492,7‰ cazuri (în anul 1950) la o rată a incidenței de 55,8‰ cazuri în anul 1985. Acest trend a avut câteva scurte perioade de întrerupere în anii 1953-1954, 1960, 1969-1970 când au existat ușoare creșteri ale ratelor de incidență globală ale tuberculozei.

Din anul 1985 se constată prezența unui trend continuu ascendent al ratei incidenței globale a îmbolnăvirilor prin tuberculoză până la un vârf de 142,2‰ în anul 2002[12].

Începând cu anul 2003 trendul se inversează, scăderea incidenței îmbolnăvirilor prin tuberculoză fiind lentă dar continuă până la o rată de 79,2‰ în anul 2012 [13,14]

Distribuția geografică a bolii evidențiază faptul că în ultimii ani, ratele cele mai înalte ale incidenței tuberculozei au fost înregistrate în județele de graniță ale României, în special zona de sud și Moldova zone cu un nivel socio-economic al populației mai scăzut decât în județele din centrul sau vestul țării.

1.3.2. Mortalitatea prin tuberculoză în România

Tendențele mortalității[1,2,15] urmăresc destul de îndeaproape pe cele de notificare a bolii, cu un vârf în 1997 (11,8 la 100 000 de locuitori) și rate relativ stabile în ultimii ani. Sursa : Baza de date a Unității de asistență tehnică și management al PNCT, 2012

1.3.3. Distribuția după sex și mediul de proveniență, grupe de vârstă

Este bine cunoscut faptul că riscul de îmbolnăvire de TB este mai mare la bărbați față de femei, riscul a fost mai mare în mediul rural față de cel urban. Grupele de vârste cele mai afectate au fost cele între 40 și 59 de ani, iar grupa de vârste cea mai puțin afectată a fost cea a copiilor între 5 și 9 ani.

1.3.4. Incidența TB la copii

În România, incidența TB la copiii între 0-14 ani a scăzut constant, de la 47,2‰ (1784 cazuri) în același „an de vârf” (2002) la 23,6‰ (766 cazuri) în 2011

1.3.5 Rata de succes terapeutic

În România, rata de succes terapeutic a fost de peste 80% din anul 2003, iar în 2009 a fost de 81,3% .(15,16)

1.4. Evaluarea endemiei tuberculoase

Evaluarea endemiei tuberculoase se face prin prelucrarea datelor (total cazuri noi/recidive) pe cohorte de bolnavi cu ajutorul indicatorilor epidemiologici.

Pentru aprecierea trendului endemiei într-o regiune este importantă urmărirea corelației între condițiile socio-economice și diverși indicatori TB, priviți în dinamică, și nu doar a incidenței globale.

2. Definiția tuberculozei

„Tuberculoza este o *infecție bacteriană endemică, specifică, transmisibilă, cu evoluție cronică și cu o largă răspândire în populație*; netratată sau tratată incorect, are o fatalitate importantă,, (1,15,16). O treime din pacienții netratați mor de tuberculoză pulmonară severă în decurs de câteva săptămâni sau luni de la reactivare. Boala se poate remite spontan.

Tuberculoza afectează toate vârstele, prezintă polimorfism lezional, disjuncția infecție-boală, condiționare socio-economică, poate afecta orice organ, însă în aproximativ 80% din cazuri localizarea este (15,16)

Tuberculoza poate fi produsă de germeni cu rezistență multiplă la antibiotice (Multidrug-Resistant Tuberculosis, MDR-TB) (4,5).

3. Etiopatogenia tuberculozei

Agentul etiologic al tuberculozei este *Mycobacterium tuberculosis* (Bacilul Koch), un bacil cu rezervor uman foarte sensibil la căldura și la lumina solară, rezistent la frig și la uscare care poate rămâne viu mai multe zile în produsele contaminate, precum expectorațiile. (4,6,15)

4. Epidemiologia tuberculozei

Tuberculoza este o boală contagioasă care se transmite pe cale aerogenă de către o persoană bolnavă, prin aerul expirat. Sursa de infecție o constituie bolnavii cu tuberculoză pulmonară cavitara, intens baciliferi și încă netratați. Calea de transmitere : bolnavii elimină în spațiul înconjurător unități infectante minuscule (picături Flugge, nuclei, nucleosoli, praf bacilifer) .Contagiozitatea depinde de relația dintre sursă și contacti(15,16)

5. Clasificarea tuberculozei

Sistemul de clasificare adoptat în țara noastră este bistadial și pune accentul pe vârsta infecției, distingându-se :

I.Tuberculoza primara - primoinfecția se caracterizează prin pătrunderea bacililor tuberculoși în organismul uman încă neinfestat iar după o perioadă de incubație de 3-8 săptămâni determină apariția unui complex primar,

II.Tuberculoza secundara - ftizia , forma de tuberculoză specifică vârstei adulte, având drept caracteristici predominanța formelor cavitare și evoluția cronică în pusee (15,16)

6. Forme clinice de tuberculoză

6.1. Forme clinice de tuberculoza primara

- *Primo-infecția ocultă*
- *Primoinfecția manifestă simplă, necomplicată,*
- *Primoinfecția cu complicații grave, complexul primar malign, (15,16)*

6.2. Forme clinice de tuberculoză secundară :

1. *Tuberculoza pulmonară, cea mai frecventă formă de tuberculoză, reprezintă aproximativ 90% din totalul îmbolnăvirilor de tuberculoză.*

2. *Tuberculoza extrapulmonara reprezinta aproximativ 10 % din totalul cazurilor de tuberculoză si este urmare a extensiei infectiei in afara aparatului respirator. (15,16)*

7. Diagnosticul în tuberculoză se pune pe :

7.1. *Semne clinice:* tuse mai mult de 3 săptămâni fără o cauză aparentă, dispnee fără cauză, subfebrilități sau febra prelungită fără o cauză evidentă, transpirații nocturne, scădere în greutate mai mult de 10%

7.2. *Context epidemiologic :* contact cu o sursă patentă (bolnav cu M+) sau posibilă (bolnav cu o formă clinică de obicei contagioasă, chiar dacă nu s-a reușit confirmarea bK). (15,16)

7.3. *Testarea tuberculinică:* IDR la PPD (15,16)

7.4. *Examenul radiologic* (15,16]

7.5. *Bronhoscopia* (15,16]

7.6. *Examen bacteriologic al sputei :* microscopie, cultura

8. Tratament

Depistată la timp și tratată corect tuberculoza se vindecă. Tratamentul tuberculozei este gratuit. Cinci medicamente majore sunt considerate agenții de prima linie în tratamentul tuberculozei: (hidrazida(izoniazida)/**H**, rifampicina/**R**, pirazinamida/ **Z**, ethambutol/**E**, streptomycin/**S**

9. Profilaxie specifică în tuberculoză

Vaccinul contra tuberculozei disponibil în prezent (**BCG**), se considera ca și-a pierdut eficiența, fiind recomandată o singură doză, la naștere

Testul cutanat al tuberculinei rămâne în prezent o metodă de depistare a unei tuberculoze latente. După infectarea inițială, acesta devine pozitiv în două până la douăsprezece săptămâni.

Chimioprofilaxia specifică (**CSS**), se administrează contactilor din focarele de tuberculoză, la indicația medicului ftiziolog, cu precauție pentru evitarea instalării chimiorezistenței specifice.

10. Supravegherea epidemiologica a tuberculozei

Supravegherea epidemiologica este sistemul de culegere activa, sistematica, analiza si interpretare a datelor legate de imbolnavirea prin tuberculoza, esentiale pentru planificarea, aplicarea si evaluarea masurilor de sanatate publica, strans legata de difuzarea periodica a acestor date celor interesati.

Supravegherea epidemiologica se bazeaza pe informarea descriptiva, analiza tendintei temporale, estimarea indicatorilor de sanatate.

11. Implicatii medicale si socio-economice ale infectiei tuberculoase

Se apreciază că, in cazul în care TB ar fi controlată la nivel global, creșterea economică datorită acestui fapt ar putea atinge aproximativ 24 miliarde USD/an. În cazul în care obiectivele OMS ar fi realizate, pentru o sumă de circa 200 milioane de USD/an cheltuită, în mai puțin de 10 ani incidența ar putea fi redusă cu 50%, costul pe viață salvată ar fi de circa 30-85USD și se poate spune ca ar fi una dintre cele mai favorabile intervenții de sanatate cunoscute la ora actuală (17). Influența condițiilor socioeconomice nu poate fi neglijată(15).

12. Tuberculoza, boala sărăciei și a stressului

Tuberculoza a fost dintotdeauna o boală apărută în situații de criză, în rândul săracilor. Mai ales persoanele sărace, subnutrite cu o igienă precară sunt predestinate acestui tip de boală (15,16). Ești în aceeași măsură expus riscului de a face tuberculoză dacă nu-ți permiți să te hrănești sănătos sau dacă ai un serviciu stresant și nu ai timp să mănânci și să dormi, pentru că un asemenea stil de viață slăbește imunitatea

În România, tuberculoza nu este cauzată de sărăcie, ci afectează toate păturile sociale, iar aceasta din cauza faptului că este foarte frecventă (18).

13. Strategii globale privind tuberculoza

De-a lungul timpului au fost adoptate mai multe initiative globale pentru reducerea incidentei tuberculozei , cele mai importante fiind:

- DOTS
- DOTS-Plus
- Parteneriatul STOP-TB
- *Green Light Committee (GLC)*
- Fondul Global împotriva TB, AIST, și malariei (GFTAM)
- *Global Plan to STOP-TB*
- *Global Drug Facility*

14. Strategia României în domeniul tuberculozei

Ministerul Sănătății Publice în colaborare cu CNAS și Institutul de Pneumoftiziologie „Prof. Dr. Marius Nasta” a elaborat o strategie având ca obiectiv principal limitarea cât mai rapidă a răspândirii infecției și bolii în populație. Activitatea de supraveghere și control a tuberculozei este organizată și coordonată de Ministerul Sănătății prin Programul National de Supraveghere și Control al Tuberculozei susținută financiar din fonduri bugetare aprobate prin legi anuale.

15. Îmbunătățirea calității serviciilor sanitare

Sistemul sanitar este în prezent mult rămas în urmă din punctul de vedere al reformării sale. Din această cauză el nu a contribuit la creșterea calității îngrijirilor de sănătate, la lărgirea accesului populației la aceste servicii și la scăderea indicatorilor de mortalitate și morbiditate

Guvernul României și-a propus ca și **obiective prioritare** în domeniul sanitar:

- realizarea efectivă a accesului egal al cetățenilor la îngrijirile sanitare de bază
- creșterea calității vieții prin îmbunătățirea calității și siguranței actului medical
- apropierea de indicatorii de sănătate și demografici ai țărilor civilizate, în același timp cu scăderea patologiei specifice țărilor subdezvoltate

PARTEA SPECIALĂ

I. INTRODUCERE

Tuberculoza are implicații sociale și economice deosebite afectând în special populația la vârsta maximei activități profesionale.

Așa cum în ultimii ani România a ocupat constant primele locuri între țările UE privind incidența îmbolnăvirilor prin tuberculoza, tot așa județul Dolj a ocupat constant locuri fruntașe privind acest indicator, între județele țării.

La fel ca și pe plan național amploarea fenomenului nu se datorează nici migrației (în fiecare an sunt raportate doar câteva cazuri la persoane născute în afara țării) și nici infecției HIV (procentul infecțiilor HIV din numărul cazurilor de TB raportate a fost în ultimii ani sub 0,5%).

Foarte probabil că un factor important al severității endemiei TB în județul Dolj ca și cel al endemiei din România îl reprezintă problemele socio-economice. Scăderea nivelului de trai a influențat cu certitudine evoluția incidenței, dovadă fiind și faptul că incidența cea mai mare se înregistrează în județele din sudul țării și din Moldova, cele care au și cele mai importante probleme socio-economice.

II. SCOPUL SI OBIECTIVELE SPECIFICE

II.1 Scopul

Problema majoră este reprezentată de cunoașterea prevalenței îmbolnăvirii prin tuberculoză în rândul grupelor populationale defavorizate din județul Dolj.

Am decis să descriu situația epidemiologică a tuberculozei în rândul grupelor populationale defavorizate din județul Dolj comparativ cu cea a îmbolnăvirii prin tuberculoza în rândul populației din județul Dolj / România datorită provocărilor pe care le propune această boală la început de secol XXI. Chiar dacă, de mulți ani, eradicarea acesteia a devenit prioritate națională, putem spune că lupta cu acest flagel este departe de a fi încheiată, agentul patogen găsind soluții la strategiile umane de exterminare, soluții care determină orice medic din sistem să privească cu mai multă seriozitate în activitatea de zi cu zi această problemă ridicată.

II.2 Obiectivele specifice

1. analiza situației tuberculozei în rândul grupelor populationale defavorizate din județul Dolj în perioada 2006-2011, folosind indicatori epidemiologici.

2. raportarea acestor date la prevalența îmbolnăvirii prin tuberculoza în rândul populației din județul Dolj / România, precum și poziționarea județului Dolj în context național și pe plan european atât față de țările membre ale Uniunii Europene cât și față de țările non-UE.

III. IMPORTANȚA PROBLEMEI ABORDATE

Perioada actuală se caracterizează printr-o agravare a situației epidemiologice a tuberculozei pe plan mondial, tuberculoza fiind una din cele mai grave boli infecțioase, care poate duce la deces în condițiile nerespectării terapiei. Această maladie este cea de-a doua cauză de deces din lume de natură infecțioasă, după SIDA. În majoritatea cazurilor, contactarea bacilară rămâne asimptomatică și infecția poate rămâne latentă timp de luni de zile, chiar ani. Deși majoritatea subiecților afectați de tuberculoza latentă nu vor face niciodată boală clinică, aproximativ 5 până la 10% dintre aceștia vor dezvolta o formă activă de-a lungul vieții, transformarea în boală a infecției asimptomatice fiind influențată de scăderea imunității organismului. Cu cât infecția se produce la o vârstă mai mică, riscul să se facă tuberculoza boală este mai crescut.

Situația epidemiologică a tuberculozei în județul Dolj în perioada 2006-2011 este următoarea:

- Incidența tuberculozei în județul Dolj este mai mare și cu un trend ușor ascendent față de cel al României.

- Incidența cazurilor este mai mare la adulți față de copii (Ad=97%)

- Incidența este ușor mai mare în rural față de urban;

- Raportul cazurilor pe sexe este net în favoarea sexului masculin (M/F=3/1);

- Procentul cazurilor BK pozitive la bolnavii readmiși este de 92% față de 61% la bolnavii noi;

- Incidența cea mai mare s-a înregistrat la nivelul dispensarelor medicale Segarcea și Filiași, urmate de Bechet, Craiova, Băilești, Calafat;

IV. MATERIAL ȘI METODĂ

Studiul este de tip retrospectiv iar datele analizate provin din baza de date a sistemului național de supraveghere a TBC. Au fost analizate integral informațiile din perioada 2006-2011 deoarece s-a considerat că modelul analizei nu impune eșantionare. Rezultatele obținute au fost exprimate prin indicatori de tendință centrală (pentru fiecare lot s-a calculat media și deviația standard). Comparatia între loturi s-a realizat cu ajutorul testelor de semnificație statistică “t-Student – Fischer”, pentru variabilele cantitative. Rezultatele au fost analizate și global, folosind analiza de varianță Anova. În cazurile în care s-a luat în considerare o distribuție normală, toate datele au fost exprimate ca valoare medie plus deviația standard. În ceea ce privește caracteristicile datelor s-a efectuat testul Mann-Whitney pentru datele continue și testul Fischer pentru datele categoriale. Comparatia între loturi s-a efectuat cu testul t-Student. Pentru a analiza asociațiile între parametrii testați au fost efectuate corelațiile Pearson (Bivariate Correlations Two Tailed). Pentru analiza proporțiilor și pentru calculul diferentelor semnificative

intre doua proportii s-a aplicat testul "z". S-a considerat ca valorile $p < 0.05$ au avut semnificatie statistica.

V. REZULTATE SI DISCUȚII

In context european in perioada 2006-2011 Romania se situează constant pe primul loc in ceea ce priveste cazurile notificate si prevalența imbolnăvirii prin tuberculoza intre tarile UE/SEE . Dar, la fel ca si media tarilor europene, trendul incidentei tuberculozei in Romania in perioada 2006-2011 este in scadere .

1. Incidenta ,prevalenta Dolj , regiune, tara 2006-2011

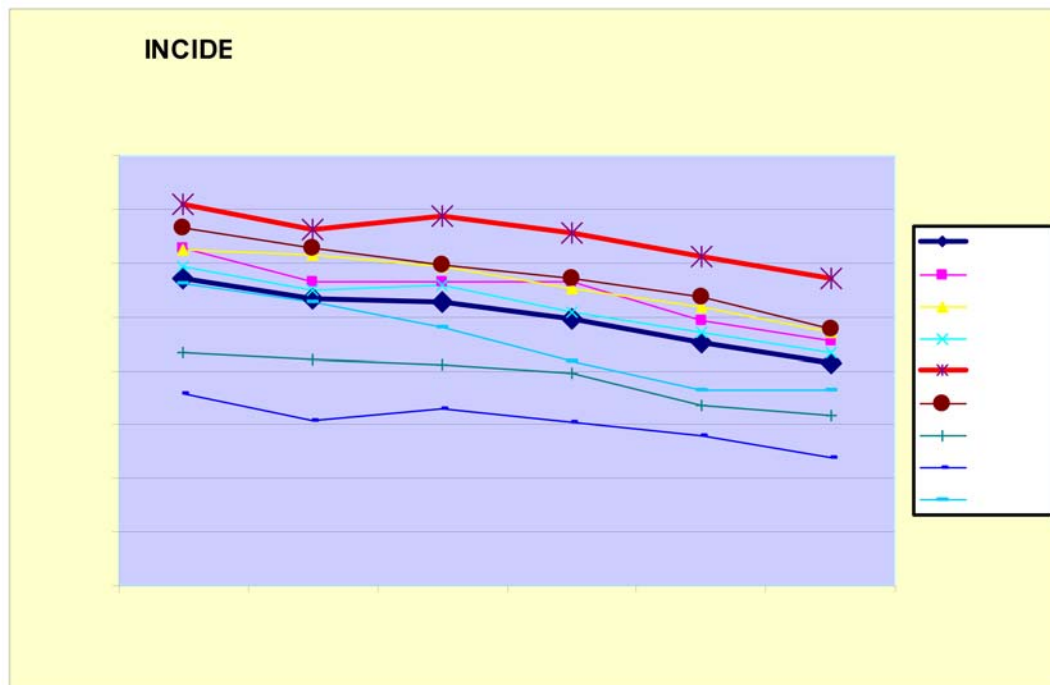


Fig 1 Incidenta globală a tuberculozei pe euroregiuni, în perioada 2006-2011

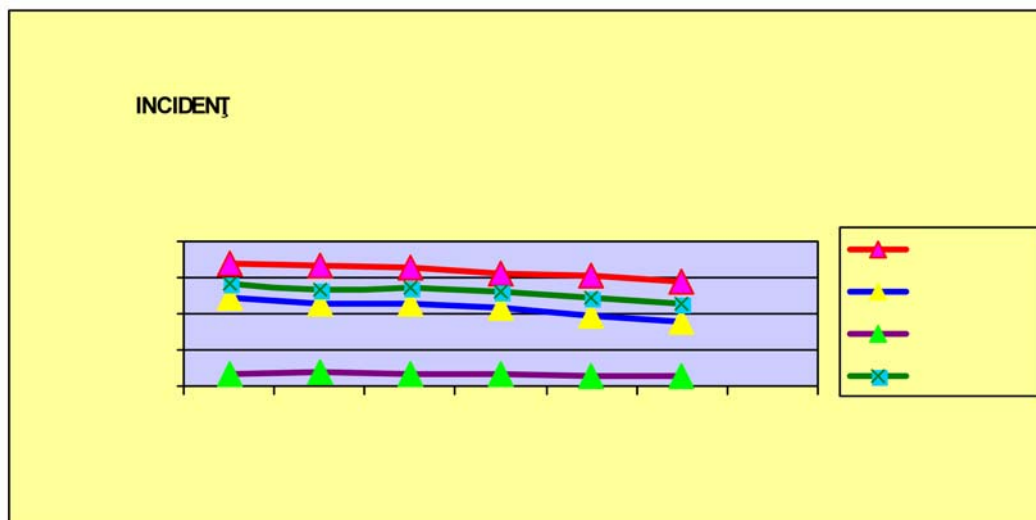


Fig 2 Incidența globală comparativă a TB în județul Dolj, România, UE/EEA

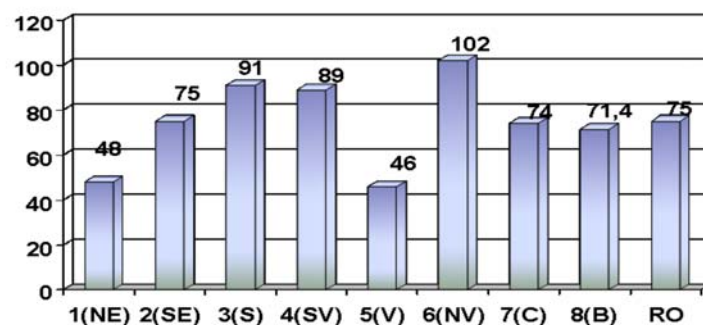
2. Clasificarea în conformitate cu definiția de caz UE pentru tuberculoza

În perioada 2006-2011 în județul Dolj sunt 65 % cazuri confirmate , 8 % cazuri probabile și 27,2 % cazuri posibile. 99,7 au fost diagnosticate antemortem și 0,3 % post-mortem

Cu un procent de 64,8% cazuri de tuberculoza confirmate în anul 2011 România nu se situează printre țările fruntase între țările Europei, după acest criteriu. Cel mai înalt procent de confirmare (peste 80%) îl are Suedia.

3. Rata de detecție a cazurilor

RATA DE DETECȚIE A CAZURILOR DE TB ÎN ROMÂNIA ÎNTRE ANII 1990 – 2011
WHO REPORT 2012 Global TB Control and WHO REPORT 2011 Global TB Control



4. Notificarea după sex

Analiza comparativă a proporțiilor cazurilor de tuberculoză în funcție de sex (masculin sau feminin) în județul Dolj, Oltenia, România arată că există diferențe semnificative statistic în anii 2006, 2007, 2010, 2011 între cele 5 județe ale Olteniei și țara

În 2011, privind repartitia după sex, cu un raport M/F de 2,2, România este în țările ale Regiunii Europene raportul bărbați/femei este de 1,9, în țările UE/SEE Raportul B/F este de 1,8

5. Notificarea după mediul de proveniență (rural/urban)

Analiza comparativă a proporțiilor cazurilor de tuberculoză în funcție de mediul de proveniență rural/urban arată că există diferențe semnificative statistic în toți anii între cele 5 județe ale Olteniei și țara

6. Prevalente specifice pe grupe de varsta

Analiza prevalentelor specifice pe grupe de varsta releva valori maxime la grupa de varsta 45-54 ani in toate regiunile .

7. Prevalentele specifice pe grupe de varsta si sexe

Analiza prevalentelor specifice pe grupe de varsta si sexe arata ca valorile maxime s-au inregistrat la sexul feminin la grupa de varsta 15-19 ani, iar la sexul masculin la 45-54 ani.in Dolj

Proportia cazurilor inregistrate la copii (0-14 ani) reprezinta 3,7% din numarul total de cazuri.in tara

8.Analize specifice in functie de diagnosticul

Localizarea majora a bolii, a fost predominant „pulmonara” (in jurul procentului de 85%), in toate regiunile si in toti anii, urmata de localizarea pleurala

9. Analize specifice in functie de tratamentul antituberculos anterior

Referitor la completitudinea tratamentului antituberculos anterior, la 75,7% criteriul este neaplicabil. Din cazurile ramase (4669), la 67,2% din cazuri acesta a fost complet, la 17,2% s-a soldat cu esec, la 15,6% s-a soldat cu abandon.

10. Rezultatul investigatiilor de laborator

In tara , referitor la rezultatul investigatiilor de laborator in perioada 2006-2011 in ceea ce microscopia, 58% din cazurile de tuberculoza au avut rezultat pozitiv pentru frotiu, 27% negativ, iar 15% nu au fost investigate prin aceasta metoda.

In ceea ce priveste cultura, 60% din cazurile de tuberculoza au avut rezultat pozitiv, 15% negativ, iar 25% nu au fost investigate prin aceasta metoda.

Proportia cazurilor cu tuberculoza pulmonara negative la microscopie si pozitive in cultura, indicator care arata aportul examenului prin cultura la confirmarea bacteriologica a cazurilor, a fost de 42%, valoarea recomandata fiind de sub 25%.

11. Rata de succes terapeutic pentru cazurile noi cu culturi pozitive notificate in perioada 2006-2011 in judetul Dolj este peste 80% . Rata de succes terapeutic pentru cazurile de tb pulmonar readmise cu culturi pozitive notificate este intre 50-60 %

12. Testarea HIV a cazurilor de tuberculoza in Romania in perioada 2005-2011 s-a situat in jurul procentului de 3%

13. Notificarea tuberculozei MDR-TB si XDR – TB

În perioada 2006-2011, referitor la *rezistența la tuberculostaticele din linia I pentru cele doua sexe* se constata ca aceasta a fost mai mare la barbati (7,2%), fata de femei (5,5%) pentru HIN. Pentru RMP rezistența a fost mentionata pentru 5% din barbati, fata de 3,7% din femei. Un numar de 574 cazuri au fost rezistente atat la izoniazida, cat si la rifampicina

VI. CONCLUZII

În perioada 2006-2011, deși tendința a fost de scădere continuă a incidenței tuberculozei (de la 123,1/100 000 locuitori în anul 2006 la 89,7/100000 locuitori în anul 2011), România s-a clasat printre țările cu cea mai înaltă rată a incidenței îmbolnavirilor prin tuberculoză la nivel european, ocupând constant locul întâi între țările UE cu o rată mult superioară mediei europene (17,7/100 000 locuitori în anul 2006 -14,2/100 000 locuitori în anul 2011)

În aceeași perioadă județul Dolj s-a clasat constant printre primele județe din țară din punct de vedere al incidenței prin tuberculoză

Incidența mare a tuberculozei în județul Dolj o putem atribui atât acțiunilor intense de depistare cât și scăderii nivelului de trai al populației (opiniem mai mult pentru a doua variantă), ducând la limitarea accesibilității oamenilor la mijloacele de investigare cât și la cele terapeutice. O parte din bolnavii de TBC nu sunt asigurați existând astfel dificultăți în procurarea medicamentelor prescrise

BIBLIOGRAFIE

1. Aurel Ivan: *Tratat de epidemiologie a bolilor transmisibile*, 2002, Ed. Polirom, 623;
2. Small P.M., Fujiwara P.I: Management of tuberculosis in the United States; *N. Engl. J. Med.*, 2001, 345, 189-200;
3. Didilescu C., Nicolaescu O: Tuberculoza pulmonara. In: *Ghiduri de Practica Medicala* ; Ed. INFOMedica, Colegiul Medicilor din Romania, 1999, 149-182;
4. McKinney J.D., Jacobs W.R., Bloom R. B.: Persisting problems in tuberculosis, In: *Emerging Infections*; Krause R.m., Academic Press, 1998, 51-146;
5. Bates J. H., Stead WW.: The history of tuberculosis as a global epidemic, in *Tuberculosis*; Bass J. B., W. B. Saunders Company, 1993, 1205-1218;
6. Good R.C., Shinnick T. M.: Mycobacterium. In: Topley & Wilson's *Microbiology and Microbial Infections*; editia a IX-a, Collier, Balows, Sussman, vol.2, *Systematic Bacteriology*, Arnold, 1998, 549-576.
7. Snider D.E., Raviglione M., Kochi A.: Global burden of tuberculosis. In: *Tuberculosis: Pathogenesis, Protection and Control*; Bloom B.R. , ASM Press, 1994, 3-11.
8. Raviglione M. C.: Snider D.E., Kochi A.: Global epidemiology of tuberculosis: Morbidity and mortality of a worldwide epidemic; *J. Am. Med. Assoc.*, 1995, 273, 220-226;
9. Raviglione M. C., Sudre P., Rieder H.L. *et al.*: Secular trends of tuberculosis in Western Europe; *Bull. WHO*, 1993, 71, 297-306.
10. World Health Organization, Tuberculosis control and research strategies for the 1990's: Memorandum from a WHO meeting; *Bull. WHO*, 1992, 70, 17-21;
11. World Health Organization: *Global Tuberculosis Control*; WHO Report 2001, WHO/CDS/TB/2001, 287, 2001;
12. World Health Organization: BCG in immunization programmes; *Weekly Epid. Record*, 2001, 5, 33-39.
13. World Health Organization: *Fourth Meeting of National Tuberculosis Programme Managers*; WHO Report, EUR/00/5017613, 2000;
14. Comstock G. W., O'Brien R. J.: Tuberculosis. In: *Bacterial Infections of Humans; Epidemiology and Control*; Evans A. S. , Brachmann P. S., editia a IIIa, 1998, 777-804;
15. CDC. A strategic plan for the elimination of tuberculosis in the United States; *MMWR*, 1989, 38, 269-272;
16. Schluger N.W., Huberman R., Wolinski. *et al.*: Tuberculosis infection and disease among persons seeking social services in New York City, 1997, 1, 31-37;
17. Lienhardt C., Rodrigues L. C.: Estimation of the impact of the human immunodeficiency virus infection on tuberculosis: tuberculosis risks re-visited?, 1997, 1, 196-204;

CUPRINS

PARTEA GENERALA.....1

Introducere

1. Endemia de tuberculoza in lume si in Romania
2. Definiția tuberculozei 4
3. Etiopatogenia tuberculozei
4. Epidemiologia tuberculozei
5. Clasificarea tuberculozei
6. Forme clinice de tuberculoză
7. Diagnosticul în tuberculoză
8. Tratamentul tuberculozei
9. Profilaxie specifică în tuberculoză
10. Supravegherea epidemiologica a tuberculozei
11. Implicatii medicale si socio-economice ale infectiei tuberculoase
12. Tuberculoza, boala saraciei si a stressului
13. Strategii globale privind tuberculoza
14. Strategia României în domeniul tuberculozei
15. Imbunătățirea calității serviciilor sanitare

PARTEA SPECIALĂ.....6

I. Introducere

II. Scopul și obiectivele lucrării

II.1. Scopul

II.2. Obiectivele

III. Importanta problemei abordate

IV. Material și metodă

V. Rezultate si discutii

VI. Concluzii

Bibliografie.....13