

Ce ar trebui să știm despre tuberculoză

Tuberculoza este o boală frecvent întâlnită. Unele din motivele care favorizează apariția bolii ar fi: sărăcia, alcoolismul, precum și necunoașterea bolii. Mulți nu știu că boala este contagioasă (molipsitoare), nu cunosc simptomele bolii și de aceea se prezintă târziu la un cabinet medical. Uneori bolnavii nu înțeleg că tratamentul este de lungă durată și abandonat mai repede favorizează reapariția bolii. Sunt cazuri când bolnavul fuge din spital sau nu se mai întoarce din învoire.

Prin această broșură dorim să dăm posibilitatea populației de a-și însuși minimum de cunoștințe despre tuberculoză, astfel încât să se prezinte din timp la consultații și tratament, contribuind astfel la împiedicarea răspândirii bolii. Pentru bolnavii cu simptome de tuberculoză există posibilitatea adresării directe la medicul specialist. (Nu orice durere de spate necesită examinare radiologică, se recomandă consultarea medicului de familie care apreciază oportunitatea trimiterii la specialist.) Spitalizarea și tratamentul se asigură gratuit, chiar și persoanelor neasigurate.

SPITALUL de PNEUMOFTIZIOLOGIE SATU MARE

Broșură gratuită editată de
Direcția de Sănătate Publică Satu Mare



Ce trebuie să știm despre tuberculoză?

**Autori: Colectivul medicilor de la
Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare**

**SPITALUL de PNEUMOFTIZIOLOGIE
SATU MARE**

Broșură gratuită editată de
Direcția de Sănătate Publică Satu Mare

**Ce trebuie să știm
despre tuberculoză?**

**Autori: Colectivul medicilor de la
Spitalul de Pneumoftiziologie Satu Mare**

Bacilul Koch

Tuberculoza (TB, mai demult: tbc) este o boală molipsitoare cu evoluție prelungită și cu o largă răspândire în populație (în marea majoritate a țărilor lumii), care, netratată sau incorect tratată, mai devreme sau mai târziu duce la deces. Afectează mai ales populația adultă.

Cauza tuberculozei este Mycobacterium tuberculosis, așa-numitul bacil Koch (**BK**) descoperit de Robert Koch în 1882, fiind reprezentat prin: bacili subțiri, greu colorabili, acido-alcoolo-rezistenți, imobili, cu creștere lentă. Bacilul Koch are forma unor bastonașe, drepte sau încurbate. Pe frotiu (lamă microscopică) apar în grămezi sau izolate. În laborator, bacilul Koch se dezvoltă lent pe medii de cultură artificiale.

În organismul uman, bacilii Koch pot persista multă vreme în stare latentă (dormantă), iar în anumite condiții își pot recăpăta activitatea ducând la stare de boală. Bacilul Koch are rezistență crescută la frig și la căldură uscată (supraviețuiește 30 de minute la 100°C), dar este omorât prin fierbere în 2 minute. În sputa uscată bacilii rezistă câteva luni la lumină și un an la întuneric. Bacilii uscați și înghețați supraviețuiesc 3 ani.

Bacilii tuberculoși sunt distruși de:

- căldură umedă
- radiații ultraviolete (existente și în razele solare)

Transmiterea bolii pe cale digestivă o putem preveni prin folosirea alimentelor necontaminate și respectând măsurile de igienă (spălarea mâinii etc.).

3. Măsuri privind populația receptivă (populația încă neinfectată):

a) **Măsuri generale:** ducând o **viață echilibrată**, fără excese și stresuri, fiind asigurat timpul necesar de **odihnă, alimentație complexă** conținând proteinele și vitaminele necesare, **evitând fumatul și consumul de alcool, practicând sporturi** sau alte activități în aer liber, putem să ne menținem organismul într-o stare de rezistență biologică crescută, capabilă să evite sau să reducă foarte mult șansele îmbolnăvirilor, printre care și a tuberculozei.

b) **Măsuri speciale:** vizează creșterea rezistenței organismului față de infecția sau îmbolnăvirea TB:

- **vaccinarea BCG** – vaccinarea anti-TB se aplică nou-născuților la maternități și sugarilor între vârsta de 5-10 luni, dacă cicatricea lor postvaccinală este sub 3 mm diametru. Important: prin vaccinarea BCG nu se poate evita infecția tuberculoasă, dar se poate preveni apariția formelor grave de TB în copilărie.

- **chimioprofilaxia** – administrarea de tablete de Izonazidă copiilor și tinerilor din anturajul bolnavilor de tuberculoză cu spută BK-pozitiv (adică sputa care conține bacili TB), precum și a copiilor cu reacție tuberculinică (PPD) foarte puternică (hiperergică), dacă nu prezintă semne clinice sau radiologice de boală. În cazul prezenței acestor semne este necesară aplicarea unui tratament complex.

b) Vacile tuberculoase pot fi izolate în ferme speciale, iar laptele provenit de la ele va fi folosit numai după fierbere, sau se poate recurge la sacrificarea animalelor bolnave.

2. Măsuri privind căile de transmitere:

Sputa (expectorația) bolnavilor de TB trebuie adunată în scuipătoare și aruncată doar după sterilizare. Cea mai ieftină, ușor realizabilă și cea mai eficientă metodă de sterilizare este fierberea, metoda care se poate folosi și pentru rufăria bolnavilor, dar se pot folosi diferite substanțe dezinfectante ca și cloramină, clorură de var sau anumiți detergenți cationici. **Nicidecum nu este igienic să se scuipe pe jos (nici pe stradă)!**

Se interzice măturarea încăperilor bolnavilor, nu-i voie nici măcar cu mătură umezită (pentru a împiedica ridicarea prafului infectat în aer). În loc de măturat se va șterge pe jos. (Regula e valabilă și în locuința pacientului: nu se va mătura ci se va șterge pe jos cu cârpă umedă sau se va aspira.) Lenjeria de pat și hainele ce nu pot fi fierse trebuie expuse la razele solare pe toate fețele, pentru că razele ultraviolete existente în razele solare omoară bacilii de tuberculoză aflați pe suprafața obiectelor. Picăturile de salivă infectată plutesc în aer în jurul bolnavului la 1-1,5 metri, astfel **evitând contactul apropiat de bolnav se reduce riscul infecției.**

Foarte important: se recomandă aerisiri frecvente pentru scăderea concentrației bacililor în aerul încăperilor unde stau bolnavii.

- substanțe chimice dezinfectante:

acid fenic 1-2%, vapori de formol, cloramină 5-10%, clorură de var 20%, detergenți cationici.

Boala însoțește omenirea de la începutul evoluției ei, prezența tuberculozei fiind găsită la mumiile unor oameni care au trăit în variate regiuni ale planetei, cu multe mii de ani în urmă.

Anual se înregistrează în lume peste 10 milioane de noi îmbolnăviri, dintre care aproximativ jumătate din cazuri cu mare contagiozitate. Deși este o boală care se poate trata, practic este în prezent cauza a mai mult de 3 milioane decese pe an pe glob. Și în țările dezvoltate, frecvența tuberculozei a crescut, contribuind la aceasta în special migrarea în masă și îmbolnăvirile HIV/SIDA, care este cel mai important factor favorizant al tuberculozei. În România, tuberculoza a prezentat incidența maximă în 2002, când s-au înregistrat peste 30.000 de îmbolnăviri, reprezentând o incidență globală de 142%000, cu scăderea progresivă a incidenței la 82,8%000 în 2011, respectiv 17.749 de îmbolnăviri de tuberculoză. În general, în fostele țări comuniste, s-a remarcat o creștere a îmbolnăvirilor prin scăderea standardului de viață și datorită stresului psihic prin care au trecut populațiile respective, tinzând apoi spre scăderea incidenței. România se situează pe locul III în regiunea europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, după Kirghizstan și Kazahstan, depășind cu mult celelalte țări din fostul bloc comunist.

Surse de infecție, căi de transmisie, populația receptivă

Principalele surse de infecție sunt:

- **bolnavii de tuberculoză** pulmonară, în special înainte ca boala lor să fie recunoscută și să se înceapă un tratament eficace. Acești bolnavi au grade variate de contagiozitate în funcție de frecvența tusei, intensitatea acesteia, intimitatea relațiilor sursă-contact (fiind cu atât mai ridicată cu cât e mai strânsă și timp mai îndelungat);

- o sursă posibilă de infecție pot fi **bolnavii cu leziuni discrete** (elimină intermitent bacili Koch);

- **bolnavii cronici și hipercronici** prezintă un pericol mare de infecție, eliminând constant bacili, deseori rezistenți la medicamente;

- surse de infecție cu aspect particular și cu grad important de contagiozitate sunt **bătrânii cu leziuni necunoscute**, greu mobilizabili la examinări radiologice și refractari tratamentelor;

- altă sursă de infecție o reprezintă **animalele bolnave de tuberculoză**, mai ales vacile cu mastită tuberculoasă (tuberculoza ugerului): în acest caz transmiterea bolii se face pe cale digestivă prin lapte și derivatele sale. Tuberculoza cu bacili bovini determină o frecvență mai mare a tuberculozei de primoinfecție la copilul mic; cu localizare mai frecvent extrarespiratorie (digestivă, în ganglioni limfatici periferici, osteo-articulară, renală). Vacile bolnave sunt cazuri izolate, tot mai rar întâlnite, prin creșterea ponderii fermelor autorizate, cu procesarea și controlul veterinar al laptelui.

Etambutol, capsule de 250-400 mg, determină dureri de cap, amețeli, tulburări de vedere, care se rezolvă după întreruperea tratamentului.

Mai există o grupă de tuberculostatice, „de rezervă” cum sunt: Cicloserina, Ofloxacina, Protionamida, PAS, Kanamicina, Amikacina, Capreomicina și mai nou Moxifloxacina; acestea sunt folosite mai ales în tratamentele de reluare; sunt foarte costisitoare și durata tratamentului e mai mare.

Efectele nedorite sunt relativ rare, și în general pot fi stăpânite prin ajustarea tratamentului. Este important ca bolnavul să semnalizeze medicului dacă observă apariția lor. Totuși, rețineți: efectele secundare ale medicamentelor, chiar dacă sunt neplăcute, sunt neglijabile față de avantajul reprezentat de efectul terapeutic împotriva bolii tuberculoase, care, netratat, ar duce sigur la moarte.

Prevenirea tuberculozei

Acțiunile prin care putem întrerupe procesul de răspândire a tuberculozei le putem grupa astfel:

1. Măsuri privind sursa de infecție:

a) Izolarea bolnavului de TB în spitale, sanatorii TB, are ca scop, respectiv consecință:

- fiind scos din mediul familial și de la locul de muncă, nu mai răspândește bacili în aceste locuri

- cu ajutorul tratamentului complex va fi vindecat, sputa (expectorația) lui nu va mai conține bacili (va fi BK-negativ), astfel nu va mai constitui sursă de infecție.

Tratamentul urgențelor în bolile aparatului respirator:

- al hemoptiziei (eliminarea de sânge prin tuse) constă în: internarea imediată, repaus, administrare de calmante ale tusei, hemostatice, sedative, poziție semișezândă, pungă cu gheață pe piept;

- al pneumotoracelui (aer între foițele pleurale) necesită repaus absolut și medicamente simptomatice; se poate recurge la aspirație și eventual tratament chirurgical.

Tratamentul acestor complicații, precum și a insuficienței respiratorii și / sau cardiace se efectuează strict în spital.

Medicamentele utilizate în tratamentul TB-ului fac ca această boală să se poată vindeca, iar persoana declarată vindecată poate duce o viață fizică, psihică, profesională cât mai apropiată de cea normală.

Medicamentele antituberculoase și câteva dintre efectele secundare ale lor:

Izoniazidă – sub formă de tablete sau fiole, poate da: reacții alergice, uscăciunea gurii, febră.

Rifampicină capsule poate avea ca și efecte secundare: afectarea ficatului, greață, vărsături, colorarea roșie a urinei.

Streptomycină flacoane a 1 gram administrată în injecții intramusculare poate da: tulburări de auz, de echilibru, parestezii (amorțeli), erupții cutanate.

Pirazinamidă, tablete a 500 mg, poate cauza afectarea ficatului, erupții pe piele, urticarie (cu mâncărime), greață, vărsături.

-15-

Căile și mecanismul de transmitere a infecției TB:

● calea aeriană

- contaminarea prin picături de spută baciliferă de la bolnav la individul sănătos se face prin: vorbire, tuse, strănut, căscat;

- contaminarea prin particule de praf bacilifer.

(Picăturile de spută și salivă poartă bacilii infectanți chiar și după uscare, sub formă de praf infectat care se depune, apoi prin măturat sau curenți de aer se ridică iarăși în aer, putând fi inhalați. Praful infectant se poate produce și prin uscarea urinei bolnavilor de TB renală sau puroiul bolnavilor de TB osteoarticulară, ale nodulilor limfatici sau în preajma animalelor cu TB.)

● **calea digestivă** – îmbolnăvirea prin alimente contaminate, lapte nefiert de la animalele bolnave, excepțional prin carne. Copiii mici se pot infecta și prin laptele mamei cu mastită TB (tuberculoza sânului) sau prin mâncare semimestecată de o mamă bolnavă de tuberculoză (în unele locuri, din păcate, se mai folosește această metodă total greșită de alimentare – care trebuie înlocuită prin mărunțirea alimentelor cu cuțitul sau mixerul).

Porți de intrare a infecției:

- în transmiterea aeriană, poarta de intrare este prin căile aeriene superioare, nazală, conjunctivală;

- micobacteriile vehiculate de către alimente ajung în gură, de unde poarta de intrare este digestivă.

- mai rar, bacilii pot pătrunde în organism prin leziuni ale pielii.

-4-

Populația receptivă la tuberculoză:

Reprezintă totalitatea indivizilor care, venind în contact cu o sursă de infecție prin diferite căi și mecanisme de transmitere, contactează o infecție latentă sau o îmbolnăvire manifestă tuberculoasă.

Gravitatea bolii depinde de: natura și calitățile germeului infectant, sursele și modalitățile de contaminare, precum și de rezistența organismului.

Infecția tuberculoasă, tuberculoza-boală

Spre deosebire de multe alte îmbolnăviri, în cazul tuberculozei infecția nu duce neapărat și imediat și la îmbolnăvire.

În zona noastră geografică aproape toată populația, până ajunge la vârsta adultă, trece prin infecția tuberculoasă, dar semnele bolii apar doar la o parte din ei. La restul persoanelor bacilii tuberculozei ajungând în organism, sunt blocați (încapsulați) în ganglionii limfatici din poarta plămânilor (hilul pulmonar), în cazul infecției aerigene; sau în ganglionii mezenterici, în burtă (abdomen), în cazul infecției pe cale digestivă; rămânând acolo deseori tot timpul vieții, fără să producă semne de boală.

Prezența lor în organism se poate pune în evidență prin intradermoreacția cu tuberculină (PPD): injecție în pielea antebrațului. Locul acestei injecții roșește, iar dacă îndurația pielii depășește 15 mm, vorbim de reacție pozitivă, adică persoana respectivă este infectată cu tuberculoză.

Durata tratamentului tuberculozei este îndelungată datorită negativării lente a sputei și riscului de reîmbolnăvire după tratamente scurte.

Nu sunt permise întreruperi, **principiul regularității și continuității tratamentului fiind de primă importanță în asigurarea vindecării.** Abaterile de la schema de tratament sunt permise în caz de intoleranță la medicamente sau dacă există boli asociate (ulcer, hepatită etc.), unde tratamentul trebuie adaptat situației.

Retratamentul (tratamentul în reluare), când mai devreme sau mai târziu de la primul tratament apar semne clinice și radiologice de boală (reîmbolnăvire). În general, reîmbolnăvirile apar la bolnavii indisciplinați, necooperanți, care nu au terminat un tratament corect. Pentru acești bolnavi se recomandă spitalizare prelungită și urmărirea strictă a tratamentului și scheme individualizate.

Principiile tratamentului medicamentos sunt:

- începerea cât mai devreme a tratamentului
- administrarea unor medicamente eficiente
- se asociază mai multe feluri de medicamente
- doza corespunzătoare a medicamentelor
- asigurarea continuității tratamentului
- tratamentul se aplică timp îndelungat, deoarece tuberculoza se vindecă lent.

Pe lângă tuberculostatice în tratamentul tuberculozei se mai folosesc hepatoprotectoare, vitamine, tratamentul corect al bolilor asociate tuberculozei.

Tratamentul tuberculozei

În afara tratamentului medicamentos, terapia tuberculozei presupune și respectarea celorlalte două recomandări: odihna și alimentația corespunzătoare. Acestea sunt componente importante ale tratamentului, de aceea este obligatorie cura de repaus la pat și alimentația variată, de 5 ori pe zi.

Bolnavul ar trebui să nu mai fumeze și să nu mai consume băuturi alcoolice, pentru că acestea pot încetini sau împiedica vindecarea.

În prezent există medicamente eficiente în tratamentul TB, succesele se obțin după o perioadă mai lungă de tratament existând și posibilitatea eșecurilor. Vindecarea poate fi realizată printr-un tratament îndelungat prin respectarea schemelor de tratament, a dozelor și ritmului de administrare a medicamentelor. Orice abatere de la schema de tratament este urmată de insucces imediat sau tardiv.

Principii sau reguli de bază în tratamentul TB

Principiul tratamentului:

În prezent, tratamentul TB impune 2 faze:

- Faza de atac: 2-3 luni, în funcție de caz, cu 4-5 medicamente, zilnic. Acest tratament de atac poate distruge cea mai mare parte a bacililor și previne obișnuința bacililor (rezistența).

- Faza de continuare (consolidare): 4-5 luni, cu 2-3 medicamente asociate, în doze corespunzătoare. Această fază de tratament se poate efectua și ambulator (la domiciliu).

Perioada petrecută între pătrunderea bacililor tuberculoși în organism până la încapsularea lor este numită tuberculoză primară sau tuberculoza copilului. Trece foarte des neobservată, se vindecă de obicei singură. În cazuri rare apar semne de boală, dacă infecția se produce în copilăria mică, infecția este masivă și organismul copilului este imunodeficient. Formele de tuberculoză miliară sau meningită TB pot duce chiar la deces.

În anumite condiții nefavorabile bacili tuberculoși aflați în organism în faza dormantă „se trezesc”, încep să se înmulțească, ducând la semne de boală – așa începe faza a doua a tuberculozei cunoscută sub denumirea de tuberculoză secundară sau tuberculoza adultului, întrucât cel mai des apare la vârsta adultă. Spre deosebire de TB primară, tuberculoza secundară nu se poate vindeca fără tratament. Împrejurările care favorizează transformarea infecției tuberculoase în tuberculoză-boală sunt următoarele:

- dacă infecția TB s-a întâmplat în copilărie mică, individul are șanse mari de a face tuberculoză;

- infecția masivă în jurul unui bolnav cu TB intens pozitivă (sau printre personalul unităților sanitare antituberculoase) se poate solda cu îmbolnăvirea celor care îl îngrijesc;

- alimentația slabă, lipsa din mâncare a proteinelor necesare (care sunt în carne, lapte, brânză, cașcaval, ou) duce la scăderea rezistenței organismului față de infecții și îmbolnăviri; -6-

- alcoolismul, distrugând ficatul scade rezistența organismului, și prin îmbolnăvirea sistemului nervos duce la necooperarea bolnavilor privind tratamentele și la cronicizarea bolii: dintre alcoolici doar 15% se vindecă (iar din restul bolnavilor se vindecă peste 80%). Ei nici nu tolerează toate medicamentele de care ar avea nevoie;

- fumatul, prin reducerea rezistenței mucoasei căilor respiratorii;

- munca fizică extenuantă și în timp prelungit, lipsa odihnei, precum și stresul favorizează și ele îmbolnăvirea;

- lăuzia, prin suprasolicitarea organismului femeii (alăptare, lipsa odihnei);

- unele boli anergizante se asociază adesea și cu tuberculoză, cele mai frecvente dintre acestea sunt: infecția cu HIV/SIDA, silicoza, diabetul zaharat, stomacul operat (rezecat), la copii pojarul (rujeola).

Semnele de debut, respectiv modalitățile de depistare a cazurilor noi

Prin depistare se urmărește descoperirea bolnavilor, atât a celor cu semne de boală, cât și a celor aparent sănătoși.

Stabilirea diagnosticului de tuberculoză se bazează pe: examinări clinice, radiologice și examenul sputei, plus alte examinări de laborator.

Examenul clinic al bolnavilor este făcut de obicei la nivelul cabinetelor de medicină de familie care sunt obligate să dirijeze suspjecții spre un serviciu de pneumologie pentru examinările necesare. -7-

Tuberculoza extrapulmonară, adică localizarea tuberculozei la alte organe în afara plămânului:

- **Meningita TB** este una din complicațiile grave ale TB; are o mortalitate ridicată dacă diagnosticul se pune cu întârziere. Tratamentul este eficient numai dacă se începe din timp.

- **TB ganglionară** este cea mai frecventă localizare extratoracică a TB; diagnosticul impune izolarea bacilului Koch (BK) din ganglionul bolnav.

- **TB laringeană**: bolnavul devine răgușit, îl doare gâtul la înghițire.

- **TB renală** (rinichiului), la început cu manifestări minime, pentru ca apoi să apară dureri la urinare, iar în urină să apară sânge și puroi. Evidențierea BK în urină confirmă diagnosticul.

- **TB osoasă** se poate localiza la nivelul oricărui os; localizările mai frecvente sunt: coloana vertebrală, șold, genunchi, gleznă.

- **TB intestinală** este rară și se manifestă prin lipsa poftei de mâncare, scădere în greutate, diaree sau constipație.

- **TB pielii**: diagnosticul se face prin biopsia leziunilor cutanate.

- **TB organelor genitale** duce la sterilitate. Cel mai frecvent se întâlnește tuberculoza trompei uterine (salpingelui).

- Mai rar, tuberculoza poate afecta și alte organe, de exemplu: amigdalele, urechea medie, ochiul etc.

Infiltratele pulmonare netratate sau incorect tratate cresc, apar în număr tot mai mare. Mijlocul lor se necrozează, lăsând o scobitură (cavernă, „gaură”): sunt de fapt răni în plămân, producând puroi; boala duce la distrugerea plămânului. Puroii eliminat prin tuse conține foarte mulți bacili Koch.

Pacienții care după 4-5 luni de tratament au examenul sputei pozitiv pentru bacil Koch, sunt considerați **eșec terapeutic**, și se reia tratamentul cu 5 medicamente tuberculostatice pe o perioadă de 8 luni. Bolnavul cu bacil Koch pozitiv este o sursă de infecție pentru persoanele cu care vine în contact! Factorii favorizanți ai **cronicizării** sunt: boli asociate (diabetul zaharat, hepatite, silicoză etc.); intoleranță la medicamente; bolnavi indisciplinați, alcoolici.

În cazul în care la al 2-lea retratament pacientul prezintă în continuare spută pozitivă pentru bacil Koch, el este evaluat ca bolnav cronic și cel mai adesea este vorba de o tuberculoză cu multidrog-rezistență. În acest caz, tratamentul se continuă cu 5-6-7 tuberculostatice, pe o perioadă de 18 luni de la negativarea în culturi.

TB multidrog-rezistentă, MDR, se tratează în centre specializate (la București și la Bisericani, jud. Neamț), după scheme de tratament individualizate.

Din toate localizările tuberculozei secundare, afectarea pleurei este destul de frecventă, caracterizată prin prezența de lichid în cavitatea pleurală. Majoritatea pleureziilor se vindecă fără urme, însă există riscul apariției TB pulmonare. -11-

Deși controlul radiologic nu mai este obligatoriu în cazul angajaților din învățământ și a celor care lucrează cu alimente, acest control radiologic anual este recomandat să fie efectuat, spre binele persoanelor respective și mai ales în interesul celor care ar putea să se îmbolnăvească din cauza lor, dacă ei sunt bolnavi nedepistați și lucrează așa.

Testarea tuberculinică (IDR), folosită mai mult la copil, poate arăta starea de infecție a organismului.

Orice persoană care tușește sau prezintă semnele unei infecții respiratorii peste 3 săptămâni, trebuie obligatoriu trimisă la medicul specialist.

O primă modalitate de debut este prezența unor modificări radiologice fără manifestări clinice. Aproximativ 15% din tuberculoza incipientă are evoluție asimptomatică. În depistarea acestei forme de tuberculoză un rol important îi revine controlului radiologic efectuat pentru: căsătorie, angajare, admitere etc.

Debut insidios (lent) – mulți bolnavi recunosc existența unor simptome, dar numai o parte dintre ei consideră necesar să consulte un medic pentru a lămuri cauza lor, ceilalți și-au descoperit boala în alte împrejurări. Simptomele se instalează lent în timp, se accentuează gradat, ducând la alterarea progresivă a stării generale, constituindu-se așa-numitul sindrom de împregnare bacilară.

Astfel, simptomele și semnele de suspiciune care trebuie să ducă cu gândul la tuberculoză, sunt:

- astenia (oboseala)
- inapetența (lipsa poftei de mâncare), cu pierdere progresivă în greutate ajungându-se până la cașexie
- subfebrilități (temperatura între 37-38°C), însoțite de transpirații nocturne
- tusea, la început seacă, iritativă, apoi productivă, cu expectorație. Trebuie insistat asupra acestui simptom; o tuse rebelă care nu poate fi explicată și care persistă peste 3 săptămâni (de exemplu la un nefumător) trebuie să ridice semn de întrebare și să se înceapă să se facă investigații radiologice și bacteriologice (examen de spută)
- la diabetici, dificultăți instalate în echilibrarea bolii cu mijloacele sau dozele de insulină eficiente până atunci, pot constitui semn de alarmă și necesită o investigație pulmonară
- hemoptizia (sânge în expectorație), indiferent dacă este numai sânge în expectorație sau abia câteva firișoare de sânge, este încă frecvent întâlnită la noi ca semn de debut de tuberculoză.

Uneori debutul tuberculozei poate fi acut, brusc, cu: febră, stare generală alterată și tuse productivă, sugerând o pneumonie acută, cu sau fără participare pleurală. Trebuie menționat și debutul cu simptomatologie extrarrespiratorie, mascând suferința pulmonară. Pot fi întâlnite și sindroame dispneice, neurologice, endocrine, dar investigația atentă descoperă în cele din urmă etiologia.

Bolnavii descoperiți și tratați din timp se vindecă mai repede și mai bine față de cei în stadii avansate, de aceea, la apariția simptomelor trebuie să vă prezentați imediat la medic.

Formele tuberculozei

Tuberculoza pulmonară predomină între îmbolnăvirile de tuberculoză.

Tuberculoza primară (primoinfecția) cuprinde manifestările care apar după primul contact între organism și bacilul Koch. Poate fi:

- ocultă: care nu are modificări radiologice, nici manifestări clinice, doar IDR pozitiv;
- manifestă: caracterizată prin lipsa poftei de mâncare, slăbire în greutate și modificări radiologice.

Tuberculoza secundară apare de regulă într-un singur organ prin reactivarea urmelor de primoinfecție sau mai rar reinfecție exogenă.

Tuberculoza pulmonară apare la un interval variabil după primoinfecție, cu debut la pubertate, ajungând frecvența cea mai mare la vârsta adultă. Trecerea prin primoinfecție lasă urme în organism sub forma unor noduli localizați de obicei în regiunea superioară a plămânilor sau în hilul pulmonar. Dacă scade rezistența organismului, acești noduli își recâștigă activitatea, transformându-se în infiltrate pulmonare (TB infiltrativă). Bacilii dormanți „se trezesc”, se înmulțesc, se răspândesc cu sângele și cel mai frecvent se stabilesc în zona apicală a plămânilor (vârful plămânilor).