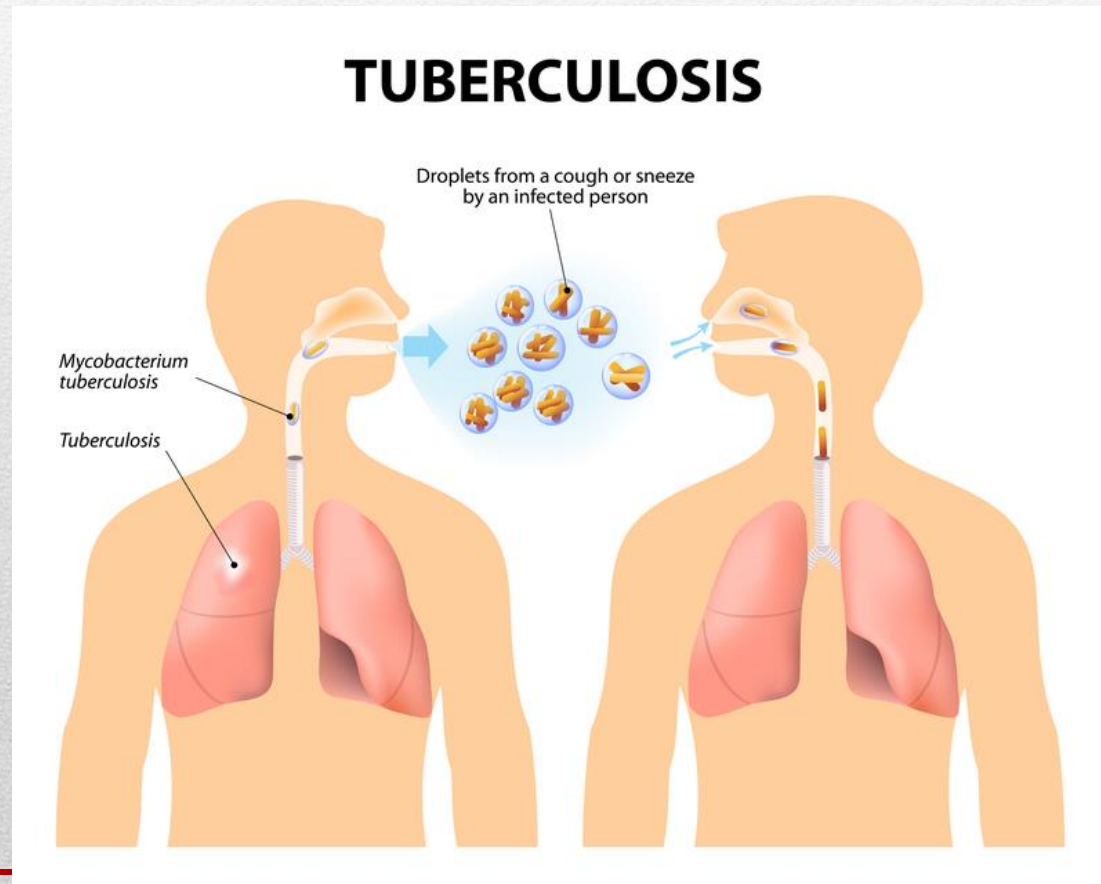


DIAGNOSTICUL SI TRATAMENTUL TUBERCULOZEI



TB pulmonară secundară este cea mai frecventă manifestare a TB la adult.

TB pulmonară a adultului poate să apară:

- prin evoluția imediată a unui proces de primoinfecție,
- prin reactivarea endogenă a focarelor latente postprimare,
- prin suprainfecție exogenă.

Reprezintă forma clinică cu cel mai important impact epidemiologic negativ asupra comunității, deoarece constituie sursa de infecție cea mai importantă.

Diagnosticul de TB pulmonară se susține pe:

- elemente clinice,
 - aspecte epidemiologice,
 - examen radiologic pulmonar,
 - pe examenul bacteriologic al sputei.
-

DATE CLINICE

În peste 50 % din cazuri, debutul TB pulmonare la adult este insidios, dominat de simptome respiratorii și generale, care trenează de peste 3 săptămâni:

- **tuse mai mult de 3 săptămâni**
 - durere toracică,
 - dispnee
 - hemoptizii.
 - simptome generale: pierderea apetitului, scădere în greutate, febră sau subfebră, astenie fizică, transpirații nocturne.
-

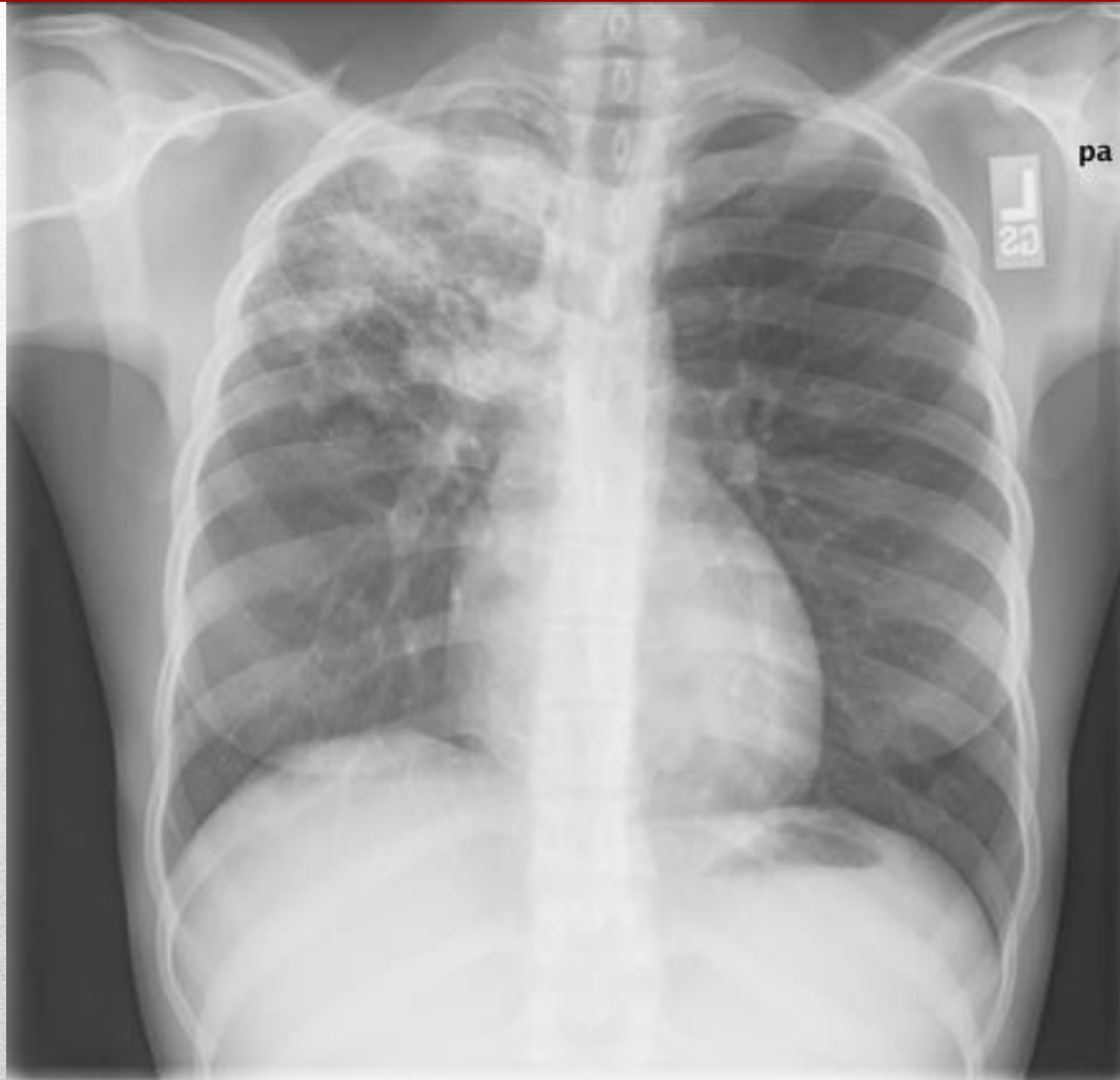
DATE EPIDEMIOLOGICE

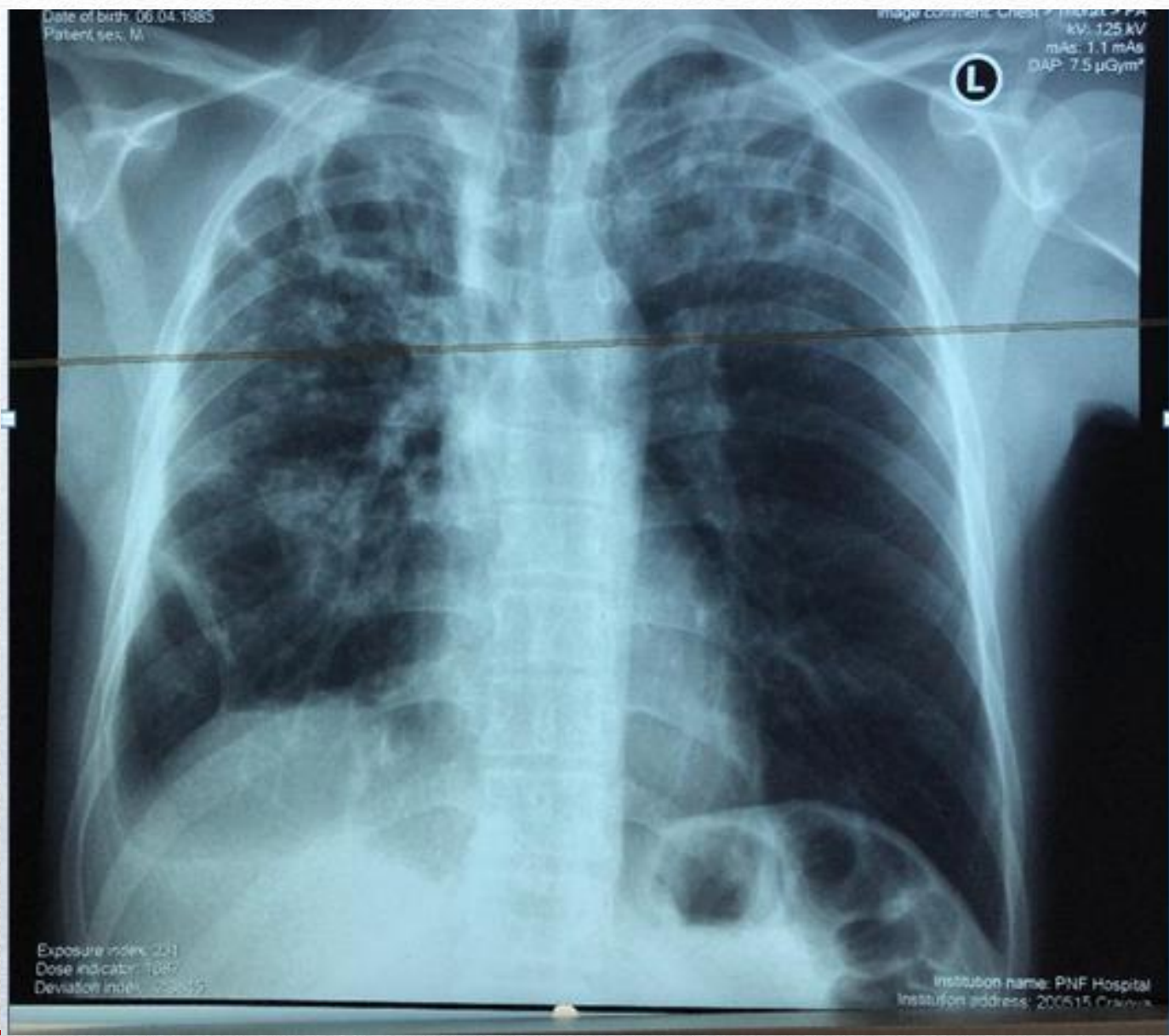
Este important de stabilit dacă pacientul în trecut sau în prezent trăiește, muncește sau își petrece timpul cu o persoană care are TB sau simptome de TB.

Examenul Radiologic

Există argumente radiologice sugestive pentru suspiciunea de TB pulmonară:

- *apicalitatea modificărilor radiologice*: leziunile dominante sunt localizate preferențial în segmentele apical și posterior ale lobilor superiori și segmentul apical al lobului inferior.
 - *bilateralitatea modificărilor radiologice*: asocierea de leziuni la distanță, în doi lobi sau chiar în ambii plămâni;
 - *polimorfismul modificărilor radiologice*: pe aceeași radiografie vom întâlni leziuni diferite (diferite etape de evoluție);
 - *dinamica lentă în timp a modificărilor radiologice*: mărirea cavităților, înmulțirea nodulilor, confluarea nodulilor, apariția unei cavități într-o zonă de condensare se realizează în intervale de timp de peste 2 săptămâni.
-





Date of birth: 06.04.1985
Patient sex: M

Image comment: Chest - frontal - PA
kv: 125 kV
mAs: 1.1 mAs
DAP: 7.5 µGym²

L

Exposure index: 201
Dose indicator: 188
Deviation index: -0.22

Institution name: PNF Hospital
Institution address: 200515 Crans

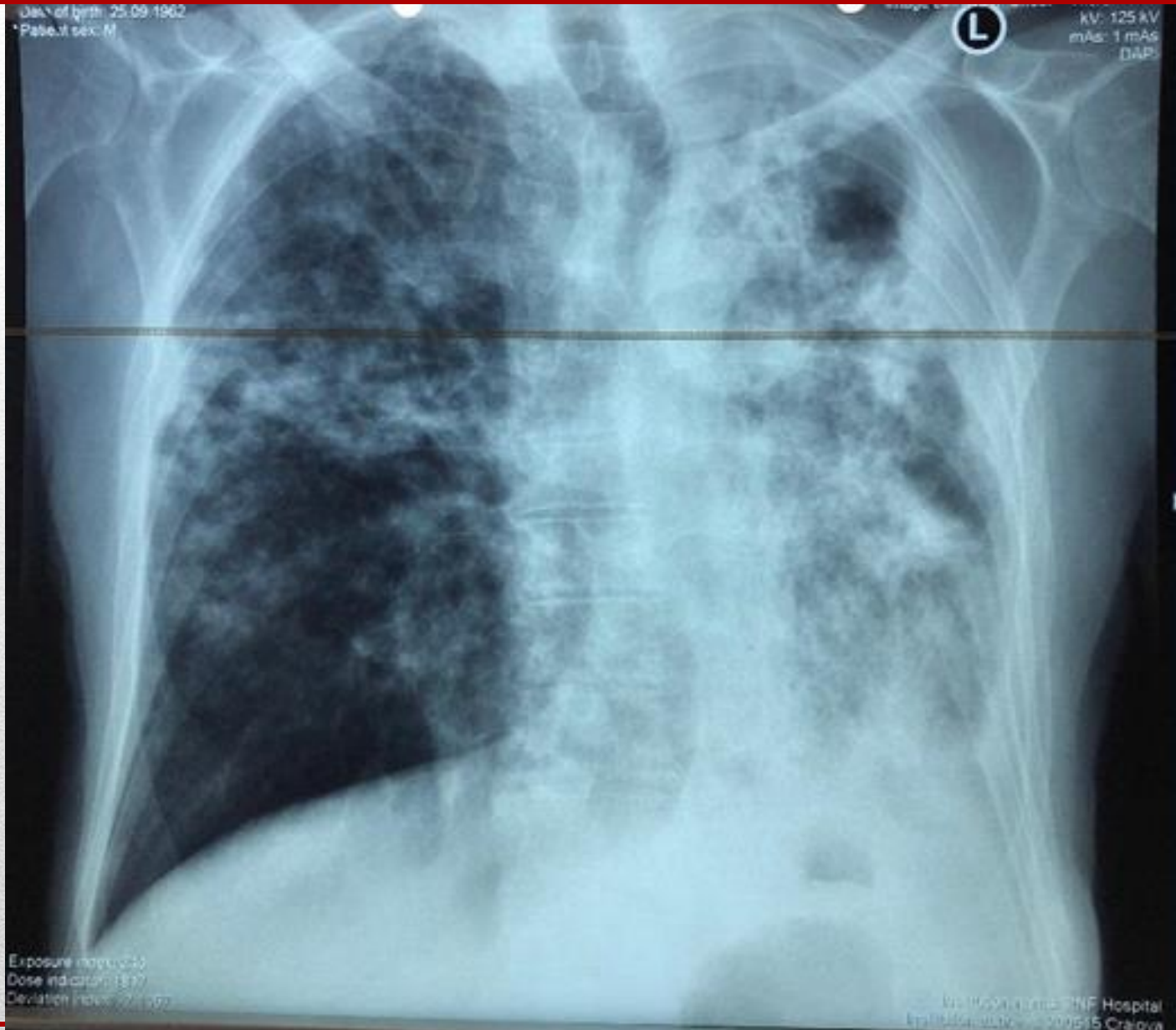
Date of birth: 25.09.1962
Patient sex: M

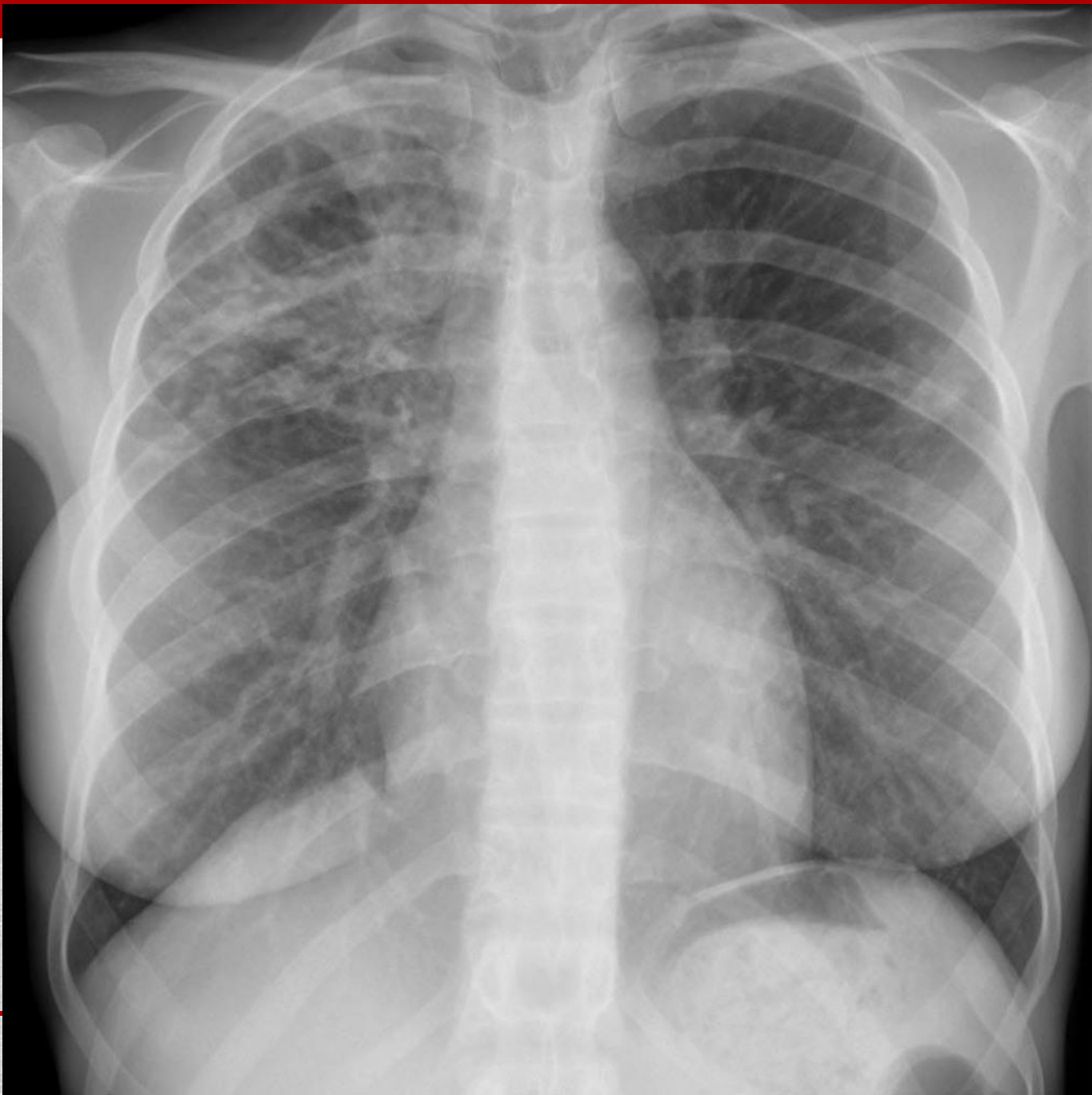
L

kV: 125 kV
mAs: 1 mAs
DAP:

Exposure indicator:
Dose indicator: 1.87
Deviation index: 0.00

Imaging center: TNE Hospital
Imaging date: 20250515 Craiova









KHATOON,BIBI,45
F
ID: 13325[R]

Ref: / Part
Study date: 7/20/2018
Study time: 09:12:27



W4001 25KV
KV: 25
mA: 200

CHEST
KX
T: MA
EXPT: 0.09

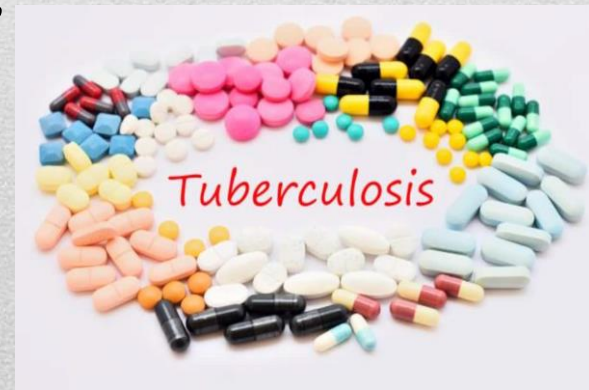


Diagnosticul de TB pulmonară suspiciat pe toate elementele relatate se confirmă pe examenul bacteriologic de spută .

TRATAMENTUL TUBERCULOZEI

Scopurile tratamentului antituberculos sunt:

1. vindecarea pacienților;
2. reducerea riscului de recidive;
3. prevenirea deceselor;
4. prevenirea instalării chimiorezistenței *MT*;
5. prevenirea complicațiilor;
6. limitarea răspândirii infecției.



Tratamentul antituberculos se administrează potrivit următoarelor principii :

1. terapie standardizată;
 2. terapie etapizată (regimuri bifazice):
 - a) faza de atac (inițială sau intensivă);
 - b) faza de continuare;
 3. asocierea medicamentelor antiTB;
 4. regularitatea și continuitatea administrării asigurându-se întreaga cantitate de medicamente necesară pentru întreaga durată a tratamentului;
-

5. individualizarea terapiei numai în următoarele situații:

- a) chimioresistența MT;
- b) alte micobacterii;
- c) reacții adverse majore;
- d) boli asociate și interacțiuni medicamentoase.

6. gratuitatea tuturor mijloacelor terapeutice necesare, inclusiv medicația de suport, pentru toți bolnavii de TB;

7. asigurarea dozei adecvate în funcție de greutate;

8. administrare direct observată.

Medicamentul	Forma de prezentare	Modul de acțiune	Calea de administrare	Ritmul de administrare	
				7/7 (mg/kg)	3/7 (mg/kg)
Isoniazida (H)	tb. de 100 mg și 300 mg; sol. inj (100 mg/ml fl a 5 ml); sirop 100mg /5ml fl. a 200ml	bactericid	oral / inj	5 (4-6)	10 (8-15)
Rifampicina (R)	cps. de 150, 300 mg, sol. inj. 30mg/ml, fl. a 20ml	bactericid	oral / inj	10 (8-12)	10 (8-12)
Etambutol (E)	tb. de 400 mg, cps. de 250 mg , sol. inj. 100mg/ml, fl. a 10ml	bacteriostatic	oral / inj	15 (15-25)	30 (25-35)
Streptomicina (SM)	sol. apoasă, fiole de 1 g	bactericid	i.m.	15 (12-18)	15 (12-18)
Pirazinamida (Z)	tb. de 500 mg	bactericid	oral	25 (20-30)	35 (30-40)

Medicamentele antituberculoase de rezerva

– **de linia a-II-a**, dar eficiente (medicamentele de linia a II-a), se folosesc în tratamentul tuberculozei pulmonare multichimiorezistente (MDR-TB). Acestea sunt: Kanamicina, Etionamida, Protionamida, Cicloserina, Capreomicina, Fluorochinolone, PAS (Acidul Para Amino Salicilic).



Chimioterapia antituberculoasă se aplică în două faze:

- ❑ **faza intensivă a tratamentului (faza inițială)** are o durată de 2-3 luni de zile și asociază 4-5 medicamente antituberculoase esențiale.

 - ❑ **faza de continuare (faza de consolidare) a tratamentului** are o durată de 4-5 luni de zile și asociază 2-3 medicamente antituberculoase esențiale administrate intermitent (de trei ori pe săptămână)
-

Regimul	Forma de TB	Asocierea de medicamente	
		Faza de atac 7/7	Faza de continuare 3/7
I	- Pulmonară, caz nou - Extrapulmonară, caz nou	2 HRZE sau 2 HRZS (se va administra la forme severe pulmonare și extrapulmonare) Obs: la cazurile cu frotiu pozitiv la T ₂ : 3 HRZE(S)	4 HR 3 HR Obs: la cazurile severe, faza de continuare se prelungește până la o durată totală a tratamentului de 8-12 luni*
II	Pulmonară/Extrapulmonară la retratament - recidive la cazuri la care nu s-a confirmat o chimioresistență; - eșec al tratamentului inițial; - tratament după abandon la cazuri la care nu s-a confirmat o chimioresistență.	2 HRZSE + 1 HRZE Obs: sunt necesare antibiografe fiabile preterapeutic și la cazurile încă pozitive la T ₃	5 HRE Obs: la cazurile severe, faza de continuare se prelungește până la o durată totală a tratamentului de 12 luni*
III		2 HRZ	4 HR
Individualizat	- Cazuri de TB MDR/XDR - Reacții adverse severe la medicamente de linia I - Mono-/polirezistențe - Micobacterioze atipice	Pentru această categorie sunt recomandate regimuri individualizate prevăzute în anexa 18 la prezentul Ghid metodologic.	