

NOI ASPECTE ORGANIZATORICE ÎN LUPTA ANTITUBERCULOASĂ

Rostul conferinței regionale de tuberculoză din octombrie 1961 a regiunii Mureș-Autonoma Maghiară, la care au participat conducerea Ministerului Sănătății, a Serviciului tuberculozei, precum și fiziologi și organizatori de sănătate publică din toată țara, a fost acela de a face bilanțul situației în care ne aflăm în combaterea tuberculozei, în vederea adaptării actualelor forme organizatorice la noile cerințe impuse de tehnica modernă. Perfecționarea metodelor de radiofotografie medicală permite descoperirea tuberculozelor minime cu caracter preclinic ale adulților, tot așa după cum întărirea rețelei pediatrice de bază permite evidența catagrafică a tuturor copilor convertori la tuberculină, ca manifestare preclinică a tuberculozei infantile. Chimioprofilaxia hidrazidică aplicată conform deciziei Nr. 26/118 din 1960, în formele preclinice de tuberculoză infantilă și adultă, poate veni în ajut în reducerea morbidității tuberculoase în așa măsură încât teoretic sîntem îndreptățiți să vorbim despre perspectiva asanării acestei boli, ca manifestare clinică.

Evident că volumul de sarcini, ce rezultă din aplicarea măsurilor de mai sus, în-trece posibilitățile actuale rețele de specialiști, ba chiar și a policlinicilor teritoriale, necesitînd în faza următoare cooptarea activă la luptă antituberculoasă a întregii rețele medicale. Acest lucru e posibil chiar și în mediul rural, unde azi lucrează 3 medici în multe circumscripții, din care unul pediatru. Cele aproape 100 de caravane radiofotografice care vor funcționa pînă la sfîrșitul anului sînt chemate de asemenea să contribuie la traducerea în viață a acestei posibilități. Rețeaua de medicină generală poate în mod efectiv participa la noile metode de combatere a tuberculozei, întrucît mobilizarea integrală a populației pentru radiofotografie, catagrafia populației adulte, catagrafia tuberculinică a populației infantile și administrarea domiciliară de hidrazidă celor indicați pentru chimioprofilaxie de către dispensar și caravana RF., nu sînt acțiuni care să reclame cu-uoștințe de specialitate prea aprofundate.

Pe de alte parte, posibilitățile actualei rețele de tuberculoză nu au fost epuizate nici pe departe. În adevăr pătrunderea fiziologilor în mediul rural, ameliorarea posibilităților de diagnostic radiologic și bacteriologic la nivelul dispensarului raional, aplicarea vaccinărilor B.C.G. prin echipe, colaborarea cu organele veterinarie pentru tuberculoza bovidă, colaborarea cu specialiștii din policlinici și pediatri pentru asistența tuberculozei extrapulmonare și a copilului, aplicarea măsurilor de luptă în focar, precum și profilaxia cronicizării cavităților prin antibioterapie maximă în cursul tratamentului inițial și aplicarea de colaps sau intervenție chirurgicală în momentul cel mai oportun, sînt tot altele sarcini realizate uneori numai în parte și în mod inegal de la un raion la altul.

Cu toate acestea succesele obținute la noi în ultimii 10 ani sînt deosebit de importante. Morbiditatea tuberculoasă a scăzut cu aproape 30%. Această scădere este mai mare în mediul urban, decît în mediul rural. În unele regiuni ea e mult mai importantă, ca de exemplu în R.A.A.M. unde reprezintă aproape 50%.

S-a modificat în mod simțitor și gravitatea morbidității, crescînd ponderea specifică a formelor benigne. Astfel morbiditatea prin tuberculoză cavitară a scăzut în ultimii 10 ani cu 70%.

Morbiditatea prin tuberculoză extrapulmonară a scăzut mult mai puțin, decît celelalte forme de tuberculoză.

Mortalitatea tuberculoasă a diminuat și la noi în mod considerabil așa cum s-a constatat în foarte multe țări. Scăderea pe țară, reprezintă, în ultimii 10 ani 80%, față de cea regională care e de 92%.

Tabel

prezentul dinamica morbidității tuberculoase pe ultimii 10 ani (considerând morbiditatea globală a țării din anul 1951 la valoarea de 100).

Anul	1951	1952	1953	1954	1955	1956	1957	1958	1959	1960
Morbiditatea tuberculoasă globală pe țară	100	85,9	95,9	88,5	82,7	75,3	68,6	71,5	69,2	72,4
Morbiditatea tbc. globală a reg. Mureș-Aut. Magh.	105,7	86,9	80,9	76,9	75,6	68,9	59,9	62,8	58,9	51,9
Morbiditatea tbc. rurală a regiunii Mureș-Aut. Magh.	64,5	63,7	63,5	58,4	56,1	52,2	47,1	54,1	48,6	46,8
Morbiditatea tbc. urbană a regiunii Mureș-Aut. Magh.	207,2	203,0	147,2	147,0	152,6	117,1	97,8	89,7	95,5	66,9

Indicele de tuberculizare analizat prin sondaj integral al unor loturi mari de populație pînă la 30 de ani, a scăzut pretutindeni. În regiunea noastră aceasta scădere reprezintă 58%.

Aceste rezultate sînt în primul rînd consecințele transformării social-economice a patriei noastre: ele se datorează faptului că sub conducerea partidului ei revoluționar, clasa muncitoare în alianță cu țărănumea muncitoare a lichidat capitalismul și a creat în patria noastră orînduirea socialistă. Satisfacerea din ce în ce mai completă a exigențelor materiale și culturale tot mai mari ale populației a devenit o lege de bază a societății noastre. Ocrotirea sănătății oamenilor muncii s-a schimbat radical: ocrotirea socialistă a sănătății bazată pe concepția profilactică, asigură o asistență medicală de înaltă calitate pentru oamenii muncii, iar în cadrul ei s-a dezvoltat și s-a întărit rețeaua pentru combaterea tuberculozei. Azi în țara noastră funcționează 217 staționare tbc., dispuneri de 30.000 de paturi spitalicești și de aproape 1300 fiziologi. Totuși dacă vrem să lichidăm tuberculoza ca boala trebuie să depunem eforturi stăruitoare.

Conferința de care ne ocupăm a urmărit două obiective:

1. utilizarea la maximum a potențialului combativ al actualei rețele de tuberculoză și;
2. antrenarea în problemele antituberculoase a întregii rețele medicale și mai ales a rețele de bază, rurală și urbană.

În această problemă dispunem de o bogată experiență în multe raioane ale țării, din care unele au servit drept model experimental. Ținerea conferinței în regiunea Mureș-Autonomia Maghiara se datorează nu numai ospitalității sanatorului Tulgheș ci și faptului că rețeaua noastră regională a obținut în ultimii 10 ani succese remarcabile în combaterea tuberculozei.

Analizînd în lumina experienței cîștigate de către unele rețele mai avansate, felul cum ar trebui perfecționate formele organizatorice de combatere a tuberculozei, constatăm cele ce urmează:

S-a observat ca la conducerea luptei antituberculoase din fiecare teritoriu e bine să colaboreze, alături de organizatorul de sănătate publică, și un colectiv, în frunte cu fiziologul cel mai calificat, cu conducătorul sanepidului, polichnicul teritoriale ș. a. m. d. Principala sarcină a colectivului regional este aceea de a întocmi planul anual de măsuri complexe, adaptate specificului fiecărei regiuni, vizînd ameliorarea tuturor măsurilor de luptă antituberculoasă. Acest plan complex trebuie să beneficieze de sprijinul deplin al organelor locale ale puterii de stat și al organizațiilor de masă. E necesar ca el să fie dirijat la toate unitățile interesate, inclusiv la cele ce nu se ocupă în mod obișnuit de tuberculoză. Prin aceste colective regionale se va putea întări alături de conducător al Serviciului Tuberculozei din M.S.P.S. și legătura lui cu terenul.

Documentele cu caracter normativ (regulamentul de funcționare a dispensarului tbc., a spitalului teritorial, a circumscripțiilor sanitare, a stațiilor R.F., deciziile privind

transportul bolnavilor de tbc., vaccinarea B.C.G., acordarea de tuberculostatice, asistența toraco-chirurgicală) vor trebui din nou prelucrate cu fiecare organ de teren. Aplicarea chimioprofilaxiei prin circumscripțiile sanitare, precum și accentuarea activității acestora în combaterea tuberculozei, va trebui să se reflecte mai bine decât până acum în normativele de funcționare. Același lucru se poate spune și despre normativele de funcționare a policlinicii și relațiile ei cu caravana R.F. În aceeași ordine de idei se consideră ca utilă inserarea tuberculozei între bolile infecțioase din categoria A.

Depistarea precoce a tuberculozei, lege de bază pentru o efectivă combatere a ei, — va trebui să îmbrace forme noi. Depistarea R.F. s-a dovedit a fi o excelentă metoda pentru descoperirea formelor preclinice ale adultului, atunci când a fost integrală și s-a putut repeta cel puțin o dată pe an. Organizatoric, acțiunile au eșuat atunci când au rămas numai în sarcina policlinicii sau a dispensarului, și au reușit atunci, când au stat în centrul de preocupare a întregii rețele medicale și mai ales a secțiilor de sănătate de pe lângă sfaturile populare, fiind conduse tehnic de către colectivul regional de tuberculoză.

Depistarea radiologică nu poate avea însă pretenția de a recunoaște toate formele preclinice de tuberculoză, pentru că formele extrapulmonare, reprezentând aproximativ un sfert din morbiditate, scapă acestui procedeu de investigație, iar pentru copil, apariția radiologică a leziunii, constituie un stadiu avansat, virajul tuberculinic fiind acela care trebuie considerat ca forma preclinică a cazurilor de primo-infecție.

Rezultă așadar că aproape jumătate din morbiditatea precoce scapă investigației radiologice, necesitând triaj clinic și eventual bacteriologic pentru formele extrapulmonare și triaj tuberculinic pentru formele de primo-infecție. Tocmai de aceea va trebui să se întărească rolul detector al specialiștilor din policlinică pentru depistarea tuberculozelor osoase, renale, genitale, ganglionare, etc. și să se introducă catagrafia obligatorie și anuală a reacției tuberculince, la început pentru copiii din colectivități, și apoi pentru întreaga populație infantilă, prin medici școlari, pediatri și medici de circumscripție, în scopul recunoașterii convertitorilor, respectiv a hiperergicilor.

Luptei în focarul tuberculos, adică măsurilor de izolare, de dezinfecție și de protecție chimică și biologică a persoanelor trăind în focarul tuberculos, trebuie să li se acorde o importanță primordială, cooptând în această activitate în mod obligatoriu pe medicul de familie, pe medicul de circumscripție urbană și rurală. Lichidarea focarului și profilaxia cronicizării, fiind o problemă terapeutică ce trebuie rezolvată în primele 3 luni de boală, pretinde să se asigure internarea din prima zi a fiecărei tuberculoze deschise, aplicându-i-se tratament energetic și eșalonat, inclusiv cel chirurgical la nevoie. În acest scop, trebuie să întărim potențialul terapeutic al secțiilor raionale, de la spitalele tbc. și posibilitățile chirurgicale ale spitalului regional. Activitatea unei rețele raionale va fi apreciată după proporția de cavitari pe care o rezolvă în raport cu îmbolnăvirile anuale. Tratatamentul ambulator trebuie rezervat formelor închise, curelor de consolidare și chimioprofilaxiei.

Chimioprofilaxia hidrazidică va trebuie extinsă la toate persoanele stabilite de către decizia 26/118. din 1. II. 1960. Rezultă că într-un interval de 2—5 ani, 2—8% din populația unui teritoriu va trebui profilactizată pe o perioadă de 6—24 de luni. Evident că aceste măsuri nu se pot executa numai prin medicii de dispensar, și că înainte de toate medicii de circumscripție sînt aceia care pot asigura o administrare controlată a medicamentului. Experiența raioanelor fruntașe a dovedit că circumscripției medicale îi este mai la îndemînă gestionarea hidrazidei decît dispensarului, rămînînd ca acesta să fie organul care indică profilaxia, o controlează medical și o sistează. Evidența profilactizațiilor trebuie să existe altfel la dispensar cit și la circumscripție. S-a văzut însă ca evidența pe fișe, în număr de cîteva mii, e aproape imposibilă. Sînt mai indicate în acest scop registrele simple sau eventual registrele cu grafic lunar pentru 3 ani, ce permit o evidență sinoptică pe o singură pagină pentru acțiunea pe trei ani a 30—40 de persoane.

Vaccinarea B.C.G. executată prin echipe așa cum se practică de 2 ani e un sistem superior vaccinărilor prin cadrele de teren. Din cauza celorlalte vaccinări obligatorii, rămîne prea puțin timp disponibil, ca o singură echipă să poată efectua toate vaccinările

necesare. S-a constatat că vaccinarea prin echipe întărite poate rezolva problema, mai ales dacă sanepidul ameliorează contextul planului de vaccinare. Ar fi de dorit să se intensifice pregătirea vaccinului liofilizat și să se experimenteze pe scară mai largă metodele percutane și perorale.

Combaterea tuberculozei bovine, facilitată prin socializarea sectorului agricol, trebuie să i se acorde o importanță mai mare, mai ales că există teritorii fruntașe unde ea a fost eradicată, ca rezultat al colaborării între organele veterinare, umane și secțiile agricole ale sfaturilor populare.

Întreaga activitate antituberculoasă va avea șanse de reușită numai în măsura în care educația sanitară, sprijinită de toți muncitorii sanitari, va putea mobiliza milioane de persoane pentru efectuarea depistărilor și sute de mii de persoane pentru chimioprofilaxie. Acest lucru nu se poate realiza nici prin regulamente, nici prin amenzi.

Continua creștere a bunăstării materiale, ameliorarea tehnicității și înzestrării materiale, precum și aplicarea noilor descoperiri științifice în combaterea tuberculozei sînt o garanție că se va putea realiza încă una din năzuințele seculare ale omenirii: eradicarea acestei maladii.

Z. Barbu