

CZU: 616.24-002.5

FACTORII DE RISC AI ABANDONULUI / PIERDERII DIN SUPRAVEGHERE A PACIENŢILOR CU TUBERCULOZĂ

Sergiu CIOBANU,
IMSP Institutul de Ftiziopneumologie
Chiril Draganiuc

Summary

Risk factors of treatment drop up/loss to follow-up of tuberculosis patients

The reduced antituberculous treatment success rate is associated with the high rate of patients lost to follow-up. The aim was to study the clinical, radiological, microbiological, microbiological, social, economic, and epidemiological factors of the patients who were lost to follow-up and to identify the groups of patients with high risk for lost to follow-up. A selective, descriptive and retrospective study was conducted which included 2 samples: 1) 394 tuberculosis patients successfully treated; 2) 272 tuberculosis patients lost to follow-up. Results: men and young people had an increased risk of loss to follow-up; persons having economically vulnerable state, associated with the absence of the insurance policy, or detention history, migrants are the major risk groups for lost to follow-up due to the barriers to accessing the primary health care. Patients treated for TB-MDR, with a previous therapeutic lost to follow-up and addressed directly to specialized health care institutions are the groups with high risk due to the particularities of treatment and therapeutic incompliance. Consequently, the high proportion of the severe, extensive forms, localized in both lungs and microscopic positive for acid-fast bacilli, are the indicators of the epidemiological danger given by the patients in the healthy population. Recommendations: social support, educational interventions and withdrawal techniques of harmful habits are methods to reduce the risk of loss to follow-up required to be realized in all patients with tuberculosis.

Keywords: tuberculosis, risk factors, loss to follow-up

Резюме

Факторы риска прерывания лечения у больных туберкулезом

Сниженная эффективность противотуберкулезной терапии коррелирует с высоким показателем пациентов, потерянных из наблюдения во время лечения. Цель состояла в изучении клинических, радиологических, микробиологических, а также социально-экономических и эпидемиологических факторов у пациентов, прервавших лечение, и идентификации группы пациентов с высоким риском прерывания лечения. Было проведено выборочное, описательное и ретроспективное исследование, включавшее 2 группы: 1) 394 пациента успешно вылеченных; 2) 272 больных туберкулезом, прервавших, а затем повторно включенных в лечение. Результаты: повышенный риск отказа от продолжения лечения выявлен у мужчин молодого возраста, у лиц, имеющих экономически уязвимый статус, связанный с отсутствием страхового полиса, или бывших в местах заключения, а также у мигрантов в связи с трудностью доступа к первичной медицинской помощи. Пациенты, получавшие лечение по поводу ТБ-МЛУ, и ранее прервавшие это лечение и обратившиеся повторно непосредственно в специализированные учреждения здравоохранения, составляют также группы повышенного риска из-за особенностей терапии и низкой приверженности к лечению в прошлом. Таким образом, эти группы больных, имеющие повышенный процент распространённых, бацилярных форм туберкулеза, представляют высокую эпидемиологическую опасность для населения.

Рекомендации: социальная поддержка, образовательные программы и отказ от вредных привычек являются одними из методов снижения риска прерывания лечения, которые должны быть использованы для всех больных туберкулезом лёгких.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, потерянные из наблюдения

Introducere

Tuberculoza reprezintă o povară pentru sănătatea publică a Republicii Moldova, iar țara se află printre cele 30 de state ale lumii cu cea mai înaltă povară a tuberculozei multidrorezistente [15]. La 15.09.2015 au fost adoptate 16 noi Obiective de Dezvoltare Durabilă (ODD) ale Mileniului, orientate spre eradicarea completă a sărăciei și a inegalităților, guvernarea democratică, protecția planetei și asigurarea prosperității pentru toți [9]. Abordarea comprehensivă a tuberculozei a avut lor în cadrul mai multor obiective durabile, precum: 1 – eradicarea sărăciei extreme și a foamei, 6 – combaterea HIV/SIDA, malariei și tuberculozei, 7 – asigurarea dezvoltării durabilității comunității (ținta – îmbunătățirea programelor naționale de sanitație, de tuberculoză ș.a.), 8 – crearea parteneriatului global în dezvoltare, demonstrează amploarea activităților în combaterea bolii [8]. Ca un răspuns la ODD, Organizația Mondială a Sănătății a adoptat Strategia End TB, care are ca scop reducerea cu 80% a incidenței până în 2030, comparativ cu 2015 [12].

Odată cu demararea evenimentelor globale asociate anilor '90, reducerea finanțării programelor de promovare a sănătății

publice, reducerea măsurilor de suport al păturilor vulnerabile și extinderea epidemică a TB-MDR a contribuit la recrudescența indicatorilor epidemiologici și la reducerea eficacității terapeutice [1]. Astfel, rata redusă a succesului terapeutic înregistrat în ultimul deceniu: 2005 – 62%, 2010–2013 – 62%, 2015 – 76% (cohorta pacienților cu TB-MDR exclusă și 50% în cohorta pacienților cu TB-MDR), asociată unei rate înalte a pacienților pierduți din supraveghere: 2005 – 10,9%, 2010 – 7,9%, 2015 – 5,2%, au determinat revenirea în actualitate a cercetărilor de identificare a factorilor predictivi ai abandonului tratamentului, actualmente redefinit ca „pierderea din supraveghere a pacientului” [1], care a constituit scopul studiului. Obiectivele au constat în studierea particularităților clinice, radiologice, microbiologice, precum și a factorilor de risc biologici, sociali, economici, epidemiologici ai bolnavilor pierduți din supraveghere, comparativ cu cei ai pacienților tratați cu succes, și identificarea grupurilor bolnavilor cu risc de pierdere din supraveghere.

Materiale și metode

A fost efectuat un studiu de tip selectiv, descriptiv și retrospectiv, în care au fost incluse două eșantioane: eșantionul pacienților tratați cu succes (inclusiv tratament încheiat și vindecat) – eșantionul cu succes terapeutic (EST), format din 394 de bolnavi de tuberculoză, înregistrați în perioada 1.01.2015–31.12.2015 în instituțiile medico-sanitare ale municipiului Chișinău, și eșantionul pacienților pierduți din supraveghere – (EPDS), format din 272 de bolnavi de tuberculoză înregistrați în perioada 1.01.2010–31.12.2016 în instituțiile medico-sanitare republicane, care au întrerupt tratamentul antituberculos mai mult de două luni, în consecință au fost calificați ca „pierduți din supraveghere”, apoi reintroduși în tratament în cadrul subdiviziunilor clinice ale Institutului de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc. Pierderea din supraveghere a fost stabilită prin întreruperea tratamentului antituberculos mai mult de două luni.

În cadrul studiului au fost evaluate datele obținute la examinarea fișei de observație clinică a bolnavului și a formularului nr. 089 1/e *Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit de caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului*. Cazurile au fost investigate conform Protocolului clinic național *Tuberculoza la adult – 123*. Prelucrarea matematico-statistică a materialului a fost efectuată prin verificarea cantitativă și calitativă, mai apoi s-a procedat la repartizarea materialului în grupări simple și grupări complexe.

Pentru a identifica puterea de influență a factorului de risc asupra exodului s-a calculat raportul

probabilităților (engl. *Odds Ratio*), riscul relativ (engl. *Risk Ratio*), rata de probabilitate (engl. *Likelihood ratio*) și riscul atribuibil (*Attributable Risk*). Gradul riscului a fost stabilit în funcție de valoarea OR, care a determinat un nivel mic pentru OR=1,1-1,5, mediu OR=1,6-2,5, mare OR>2,6. Ierarhia riscurilor a fost stabilită conform valorii descrescânde a riscului atribuibil.

Rezultate și discuții

Analizând particularitățile biologice ale bolnavilor eșantionați, am constatat că în ambele eșantioane au predominat bărbații, cu raportul bărbați/femei=2,78/1 în EST și 3,86/1 în EPDS. Analiza comparativă a demonstrat că ponderea bărbaților în ambele eșantioane a fost statistic semnificativ mai mare decât a femeilor, iar comparând eșantioanele între ele, am constatat o pondere nesemnificativ mai mare a bărbaților în eșantionul bolnavilor pierduți din supraveghere.

Distribuind pacienții în grupe de vârstă, am determinat o repartiție fără devieri semnificative între eșantioanele cercetate. Totuși, s-a constatat predominarea grupei de vârstă medie a adultului (35-54 de ani) în ambele eșantioane, urmată de grupa de vârstă tânără (18-34 de ani). Comparând datele obținute cu rezultatele studiilor naționale, a fost demonstrat că persoanele în vârstă aptă de muncă și de reproduce activă sunt expuse similar riscului de îmbolnăvire, precum și riscului de a întrerupe tratamentul [2, 3]. Datele sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Distribuția pacienților conform indicatorilor de sex, vârstă și demografie

Indicatori	EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Bărbați	290 (73,61)	216 (79,41)	>0,05
Femei	104 (26,39)	56 (20,58)	>0,05
18–34 ani	125 (31,72)	121 (44,48)	>0,05
35–54 ani	181 (45,94)	137 (50,37)	>0,05
55+ ani	88 (22,33)	14 (5,15)	>0,05

Notă. EST – eșantionul bolnavilor tratați cu succes, EPDS – eșantionul bolnavilor pierduți din supraveghere; P (%) – valori procentuale ale mediei aritmetice.

Evaluând tipul cazului de tuberculoză, am stabilit că ponderea cazurilor noi au predominat în eșantionul tratat cu succes, iar ponderea pacienților cu un istoric de abandon terapeutic a predominat în eșantionul celor pierduți din supraveghere. Deci, istoricul unui tratament anterior a predominat în EPDS (116 sau 42,65%), comparativ cu EST (105 sau 26,65%), ducând la reducerea complianței terapeutice și contribuind, în final, la abandonarea tratamentului (tabelul 2).

Tabelul 2

Distribuția cazurilor în funcție de istoricul de tratament

Indicatori		EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Caz nou		289 (73,35)	156 (57,35)	<0,01
Retratament	Recidivă	80 (20,35)	49 (18,01)	>0,05
	Pierdut din supraveghere	13 (3,29)	52 (19,12)	<0,05
	Eșec terapeutic	12 (3,04)	15 (5,51)	>0,05

Evaluând tipul diagnosticului clinic, am stabilit că ponderea formelor pulmonare printre toate formele diagnosticate a fost covârșitoare în ambele eșantioane: 365 (92,64%) în eșantionul tratat cu succes față de 257 (94,48%) cazuri în eșantionul pierdut din supraveghere. Formele severe de tuberculoză pulmonară, precum cea diseminată și forma fibrocavitară, au predominat, deși nesemnificativ, în eșantionul pacienților pierduți din supraveghere. Totuși, afectarea ambilor plămâni, precum și prezența destrucțiunii parenchimotoase au predominat în eșantionul pacienților pierduți din supraveghere. Nu au fost stabilite diferențe între ponderea pacienților cu localizări extrapulmonare.

Așadar, ponderea mare a pacienților incluși în regimuri de tip retratament s-a reflectat asupra severității afectării pulmonare, localizării în ambii plămâni și a condus la reducerea eficacității terapeutice, factori citați și în surse internaționale [6, 7, 16] (tabelul 3).

Tabelul 3

Distribuția pacienților conform caracteristicilor radiologice

Parametri		EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Forme clinice	TPI	341 (86,55)	223 (81,98)	>0,05
	TPD	18 (4,56)	21 (7,72)	>0,05
	TB generalizată	0	1 (0,36)	>0,05
	TPFCV	6 (1,52)	19 (6,98)	>0,05
Localizare și particularități	1 plămân	251 (63,71)	61 (22,42)	<0,001
	Ambii plămâni	143 (36,29)	211 (77,57)	<0,001
	Destrucțiuni parenchimotoase	108 (27,41)	150 (55,15)	<0,001
Localizare extrapulmonară	Pleurezie	10 (2,54)	3 (1,11)	>0,05
	Alte forme	19 (4,82)	5 (1,84)	>0,05

Notă. TPI – tuberculoză pulmonară infiltrativă, TPD – tuberculoză pulmonară diseminată, TPFCV – tuberculoză pulmonară fibrocavitară.

Pacienții au fost evaluați conform particularităților managementului cazului, tipului personalului medical implicat în depistarea pacientului sau în reincluderea în tratament și statutul microbiologic al sputei în momentul inițierii terapiei. A fost stabilit că ponderea pacienților depistați ca bolnavi simptomatici și readuși în tratament a fost semnificativ mai mare în eșantionul bolnavilor

tratați cu succes, iar ponderea celor care s-au adresat la secția de internare, evitând asistența medicală primară, a fost mai mare în eșantionul bolnavilor pierduți din supraveghere.

Stabilind ponderea pacienților identificați prin examenul grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire, am determinat că ponderea celor depistați de către medicul de familie a fost mai mare în EST, iar ponderea celor depistați de specialist – în EPDS, deși diferențe concludente nu au fost atestate. Deci, managementul standardizat al cazului, utilizând algoritmul recomandat de Protocolul național, duce la tratarea cu succes, ceea ce demonstrează și sursele științifice internaționale [10, 11], (tabelul 4).

Tabelul 4

Particularitățile de depistare și statutul microbiologic al sputei la inițierea tratamentului antituberculos

Parametri		EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
AMP – medicul de familie	Depistat de MF ca simptomatic	143 (36,29)	73 (26,83)	<0,01
	Depistat de MF prin metoda activă	70 (17,76)	35 (12,87)	>0,05
AMP – specialist	Depistat de specialist ca simptomatic	51 (12,94)	31 (11,39)	>0,05
	Depistat de specialist prin metoda activă	27 (6,85)	23 (8,45)	>0,05
Spitalizare	Adresare directă pentru spitalizare	75 (19,04)	107 (39,34)	<0,001
Altele	Alte căi de depistare	28 (7,11)	3 (1,11)	>0,05
Microbiologic	Microscopic pozitiv	92 (23,35)	149 (54,78)	<0,001
	Culturi pozitive	82 (20,81)	156 (57,35)	<0,01
	MDR-TB	25 (6,34)	79 (29,04)	<0,001
GeneXpert MTB/Rif	Sensibil	124 (31,47)	D/A	-
	Rezistent	20 (5,08)	D/A	-

Notă. AMP – asistență medicală primară, MF – medic de familie, D/A – date absente.

Evaluând statutul microbiologic al pacientului la inițierea terapiei, a fost stabilit că microbiologic pozitiv a fost fiecare al doilea pacient reinclus în tratament după pierdere din supraveghere și doar fiecare al cincilea din cei tratați cu succes. Rata pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă a fost semnificativ mai mare în EPDS. Astfel, ținta va fi abordarea pacienților pierduți din supraveghere, din cauza pericolului epidemiologic pe care-l prezintă aceștia pentru populație [5, 7, 9], (tabelul 4).

Factorii de risc evaluați țin de particularitățile nivelului educațional și economic, de apartenența la anumite grupuri cu risc sporit: comorbizii, persoane cu contact tuberculos, istoric recent de migrație, istoric de detenție, consumatori de alcool, precum sunt citate în surse autohtone și internaționale [2-6, 13].

Pacienții au fost evaluați conform nivelului de instruire și repartizați în grupurile: studii primare și studii medii incomplete; studii medii complete

(studii medii generale); studii medii speciale; studii superioare. Am determinat că, deși studii medii complete sau diplomă de bacalaureat a posedat fiecare al treilea pacient din totalitatea celor evaluați, studiile primare și medii incomplete au predominat semnificativ în eșantionul bolnavilor tratați cu succes, iar studiile medii speciale – în eșantionul bolnavilor care au abandonat anterior tratamentul.

Sumând totalitatea pacienților cu un nivel redus de școlarizare, care a inclus persoanele fără studii, persoanele cu studii primare și medii incomplete, față de grupul cu studii medii generale complete și speciale, nu am determinat diferențe semnificative între eșantioane. Deci, informarea continuă a pacienților despre semnele bolii și necesitatea administrării unui tratament complet trebuie să fie distribuită tuturor, indiferent de nivelul de educație obținut (tabelul 5).

Tabelul 5

Distribuția pacienților conform nivelului de instruire

Indicatori	EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Studii primare / medii incomplete	86 (21,83)	9 (3,31)	<0,001
Studii medii generale	137 (34,77)	81 (29,79)	>0,05
Studii medii speciale	141 (35,78)	147 (54,04)	<0,001
Studii superioare	28 (7,11)	31 (11,39)	>0,05
Fără studii	2 (0,51)	4 (1,47)	>0,05

Tuberculoza este o maladie care afectează orice clasă socială, însă persoanele pauperizate prezintă un risc mai mare de infecție și îmbolnăvire, având și o dificultate majoră de finalizare optimă a tratamentului antituberculos [9, 11, 14]. Evaluând statutul social-economic al pacienților eșantionați, am constatat că bolnavii neangajați, deci fără sursă financiară proprie de existență, respectiv fără protecție medico-socială, au predominat în eșantionul celor pierduți din supraveghere, iar persoanele angajate și salariate – în eșantionul tratat cu succes. Persoanele cu sursă financiară convențională au predominat ne semnificativ în eșantionul tratat cu succes. Luând în considerație totalitatea persoanelor economic vulnerabile (neangajați, invalizi și pensionați), am constatat predominarea lor în eșantionul pacienților pierduți din supraveghere: 254 (93,38%) versus 274 (69,54%), $p < 0,001$.

Sumând totalitatea persoanelor neangajate, fără poliță de asigurare medicală obligatorie și asistență socială, și a celor angajate, invalizi, pensionați – cu poliță de asigurare medicală obligatorie și asistență socială, am identificat că persoanele fără protecție medico-socială au predominat semnificativ în EPDS.

Astfel, s-a demonstrat că este obligatoriu de acordat suport financiar tuturor bolnavilor de tuberculoză, indiferent de stagiul de muncă și cotizație, pentru finalizarea completă a tratamentului specific. Datele sunt prezentate în tabelul 6.

Tabelul 6

Evaluarea statutului socioeconomic și a prezenței protecției medico-sociale

Stabil	Indicator	EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Stabil	Angajat	98 (24,87)	18 (6,62)	<0,001
	Asigurat	152 (38,58)	38 (13,97)	<0,001
Vulnerabil	Neangajat	220 (55,84)	234 (86,03)	<0,001
	Pensionat	31 (7,87)	4 (1,47)	>0,05
	Invalid	23 (5,84)	16 (5,88)	>0,05
	Neasigurat	242 (61,42)	234 (86,03)	<0,001

Apreciind factorii de risc de îmbolnăvire și apartenența pacienților la grupurile cu risc desemnate în Protocolul clinic național, am analizat următoarele criterii: factorii epidemiologici (contactul tuberculos) și medico-biologici (infecția HIV, tratamentul cronic imunosupresiv, afecțiuni psihiatrice și sechele posttuberculoase) și anumite particularități cu risc sporit, precum: istoricul de migrație, de detenție, deprinderile nocive cu risc sporit. Am constatat o pondere înaltă a pacienților cu tabagism activ în ambele eșantioane și o predominare semnificativă a consumului de alcool sau a alcoolismului cronic în EPDS. Rata redusă a persoanelor care au fost în contact tuberculos demonstrează calitatea nesatisfăcătoare a anchetei epidemiologice. Persoanele cu istoric de detenție sau de migrație în ultimul an au predominat în EPDS. Deși ponderea persoanelor comorbide a fost similară în ambele eșantioane, rata bolnavilor co-infecțați HIV a fost de două ori mai mare în EPDS (tabelul 7).

Tabelul 7

Structura grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire

Indicator	EST n=394 (P%)	EPDS n=272 (P%)	P
Tabagism activ	256 (64,97)	193 (70,95)	>0,05
Consum cronic de alcool	34 (8,63)	70 (25,74)	<0,001
Contact tuberculos	27 (6,85)	19 (6,98)	>0,05
Migrație	44 (11,16)	70 (25,73)	<0,001
Istoric de detenție	3 (0,76)	56 (20,58)	<0,001
Comorbidități	98 (24,88)	72 (26,47)	>0,05
Infecția HIV	19 (4,82)	25 (9,19)	>0,05

Apreciind sintetic particularitățile cazurilor ce favorizează evoluția spre întreruperea tratamentului,

am grupat caracteristicile cu impact negativ asupra rezultatului terapeutic. Luând în considerație predominarea semnificativă a pacienților incluși în rețetament în eșantionul pierdut din supraveghere, am stabilit că istoricul anterior de tratament a constituit un factor de risc mare.

Adresarea directă la secția de internare, evitând asistența medicală primară, precum și istoricul anterior al tratamentului antituberculos au constituit factori de risc mediu. Factorii de risc sociali, precum absența poliței de asigurare, au prezentat un risc major, iar vulnerabilitatea economică, stabilită prin lipsa unui loc de muncă, a constituit un factor de risc mediu. Printre particularitățile cu risc epidemiologic am stabilit că istoricul de detenție a constituit un risc major pentru abandonul terapeutic. Cu un impact mai redus, deși apreciat ca factor de risc mare, s-a prezentat consumul cronic sau abuziv de alcool. Migrația a fost stabilită ca factor de risc înalt, deși într-o pondere mai redusă decât ceilalți factori epidemiologici.

Apreciind ierarhia factorilor identificați, conform ponderii acestora am stabilit ordinea lor: istoricul de detenție, infecția cu sușe drogrezistente, care necesită un tratament de lungă durată, consumul cronic de alcool, istoricul recent de migrație, adresarea directă a pacientului la secția de internare, istoricul anterior al tratamentului antituberculos, statutul economic vulnerabil și absența poliței de asigurare.

Tabelul 8

Factorii de risc de pierdere din supraveghere a pacienților cu tuberculoză

Factori		Indicatori statistici				AR
		P	LR	RR	OR	%
Istoricul terapeutic	Anterior tratați	1,6E-5	18,44	1,37	2,04	37,51
Factori social-economici	Șomaj	0	35,64	1,46	2,89	30,08
	Absența poliței	0	75,31	1,71	5,51	28,61
	Consum cronic alcool	0	35,27	1,87	3,66	66,43
	Migrație	1,6E-6	23,67	1,67	2,76	56,62
	Istoric de detenție	0	86,77	2,667	33,79	96,31
Factori intrinseci	Adresare la secția de internare	0,0001	15,04	1,32	1,89	51,61
	TB-MDR	0	63,82	2,12	6,04	78,18

Notă. P – valoare calculată conform testului Pearson, LR – likelihood ratio, RR – riscul relativ, OR – odds ratio; AR – riscul atribuibil.

Evaluând factorii dependenți de boala propriuzisă, am constatat că tuberculoza drogrezistentă,

prin durata îndelungată a tratamentului, a constituit un factor de risc major pentru întreruperea terapiei antituberculoase.

Concluzii

1. Pierderea din supraveghere și finalizarea tratamentului cu succes au fost constatate în proporții fără diferențe semnificative la bărbați și la persoanele cu vârstă tânără, economic și reproductiv activă.

2. Statutul economic vulnerabil, asociat cu absența poliței de asigurare și a protecției sociale, au constituit factori de risc major și nu au fost influențați de statutul de educație al pacienților.

3. Grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire au fost slab reprezentate, din cauza calității nesatisfăcătoare de depistare și de profilaxie a tuberculozei.

4. Particularitățile epidemiologice cu risc, precum istoricul de detenție și migrația, au constituit factori de risc major pentru pierderea din supraveghere.

5. Deși istoricul terapeutic anterior și evitarea unei abordări standardizate au fost factori de risc mediu, includerea pacientului în tratamentul pentru tuberculoza drogrezistentă a constituit un factor major pentru întreruperea acestuia.

6. Grupurile pacienților cu risc major pentru pierderea din supraveghere au fost: bolnavii incluși în tratament pentru TB-MDR (prin durata de 18-24 de luni), persoanele cu istoric de detenție și migrație (lipsa continuității tratamentului post-eliberare sau în țara de emigrare), consumul de alcool pe durata tratamentului (ce duce la lipsa complianței prin reducerea responsabilității) și absența poliței de asigurare (barieră în accesarea serviciilor medicale ambulatorii). Risc mediu au avut grupurile pacienților cu istoric anterior al tratamentului antituberculos (prin reducerea complianței) și cu evitarea accesării serviciilor asistenței medicale primare (din cauza multiplelor bariere).

7. Ca urmare a factorilor implicați, ponderea pacienților cu procese extinse, localizate în ambii plămâni și agravate de destrucțiuni parenchimotoase, a fost covârșitoare în eșantionul bolnavilor pierduți din supraveghere.

Recomandări

Suportul social, intervențiile educative și tehnicile de sevraj al deprinderilor nocive sunt metodele de reducere a riscului pierderii din supraveghere, ce trebuie aplicate tuturor pacienților cu tuberculoză pulmonară.

Bibliografie

1. Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, 2015.*
2. Ciobanu S., Lesnic E., L. Todoriko. et al. *Predictive exogenous conditions for tuberculosis treatment default.* In: Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Киев, 2015, № 4 (22), с. 35-39.
3. Lesnic E., Uzdris V., Ciobanu S. *Predictors for treatment default among patients with pulmonary tuberculosis.* In: Curierul Medical. Chișinău, 2014, nr. 57 (4), p. 24– 31.
4. Lesnic E., Ustian A., Niguleanu A. et al. *Social features of patients with pulmonary tuberculosis.* In: Туберкулез, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. Киев, 2016, № 2 (25), с. 36-40.
5. Park S. *Predictors of treatment success for multidrug resistant tuberculosis.* In: Infect. Chemother., 2016, nr. 48 (4), p. 350-352.
6. Pardeshi G. *Time of default in tuberculosis patients on directly observed treatment.* In: J. Glob. Infect. Dis., 2010, nr. 2 (3), p. 226-230.
7. Vasydevan K., Jayakumar N. *Smear conversion, treatment outcomes and the time of default in registered tuberculosis patients, Southern India.* In: J. Clin. Diagn. Res., 2014, nr. 8 (10), p. 10-16.
8. United Nations. *The millennium development goals report, 2015.*
9. World Health Organization. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings, 1999.*
10. World Health Organization. *Brief Guide on Tuberculosis Control for Primary Health Care Providers.* Geneva, 2004.
11. World Health Organization. *Guidelines for the treatment of tuberculosis, 2010.*
12. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis.* Geneva, 2011.
13. World Health Organization. *Systematic screening for active tuberculosis.* Geneva, 2013.
14. World Health Organization. *End TB Strategy.* Geneva, 2014.
15. World Health Organization. *Tuberculosis Report, 2015.*
16. World Health Organization. *Treatment guidelines for drug resistant tuberculosis, 2016.*

Prezentat la 10.06.2017



DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

• „Dacă bolnavului nu îi este mai ușor după discuția cu medicul, acesta nu este medic.”

(Vladimir Behterev)

• „Speranța de viață ar crește, dacă legumele ar mirosi ca și baconul.”

(Doug Larson)

• „Sănătatea este lucrul pentru care închină prietenii mei înainte de a cădea lași.”

(Phyllis Diller)

• „Părerea mea personală este că cei mai buni medici din lume sunt medicii veterinari. Un medic veterinar nu își poate întreba pacientul de ce suferă... el trebuie să știe!

(Will Rogers)

• „Orice boală medicina o extirpă laudabil, /
Doar ciubucul, bată-l vina, e microbul incurabil.”

(Ioan Hodaș)