

CZU: 616.24-002.5

PARTICULARITĂȚI ALE CONTROLULUI TUBERCULOZEI ȘI RESURSELOR UMANE IMPLICATE

Evelina LESNIC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Features of tuberculosis control and human resources involved

Tuberculosis control is a priority for the health system of the Republic of Moldova. In 2016, the National Tuberculosis Control Program was adopted, according to the objectives of the worldwide implemented End TB strategy. The evaluation of the Program's performance indicators established a positive dynamics; however the rate of patients with severe forms and low incidence of drug-resistant patients established barriers for the early detection, low activity in high risk groups and insufficient use of new diagnostic methods. The high rate of therapeutic success was conditioned by the exclusion of the drug-resistant tuberculosis cohort, and the reduced mortality was endangered by the number of patients diagnosed after death. The proportion of the TB-HIV varied according to the regions, the maximum being in the north of the country. The large number of hospital beds associated with long-term hospitalization conditioned a financial burden and high risk of nosocomial infection transmission. The precarious mechanism of tuberculosis patient centered care was established an impediment for ensuring an optimal therapeutic efficacy.

Keywords: tuberculosis, programme, human resources

Резюме

Особенности борьбы с туберкулезом и человеческие ресурсы

Борьба с туберкулезом является одним из приоритетов здравоохранения страны. В 2016 году была утверждена Национальная Программа по борьбе с туберкулезом, которая внедрила цели. Стратегии End TB. Оценка основных показателей эффективности Программы выявила положительную динамику, однако высокий процент больных с тяжелым течением туберкулеза и значительная доля пациентов с лекарственной устойчивостью демонстрируют наличие препятствий в обследовании групп риска и недостаточное использование новых методов диагностики. Высокий показатель успешности лечения был обусловлен исключением больных с лекарственной устойчивостью, а снижение смертности включало большое число пациентов с диагнозом, установленным после смерти. Доля TB-ВИЧ варьировала в зависимости от регионов, самый высокий уровень выявлен на севере страны. Большое число больничных коек, связанных с длительной госпитализацией, обуславливает высокие финансовые затраты и риск внутрибольничной инфекции. Несовершенный подход к пациенту с туберкулезом является препятствием в обеспечении оптимальной терапевтической эффективности.

Ключевые слова: программа борьбы с туберкулезом, человеческие ресурсы

Introducere

Tuberculoza reprezintă una dintre prioritățile sistemului de sănătate al oricărui stat, iar prevenirea și combaterea bolii sunt obiective strategice naționale [15]. Conform raportului Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), Republica Moldova este una dintre țările regiunii europene a OMS în cadrul căreia controlul tuberculozei este prioritar și una din cele 30 de țări ale lumii cu cea mai mare povară a tuberculozei multidrog-rezistente (TB-MDR) [18]. Activitățile de combatere a tuberculozei sunt incluse în programele naționale de control al bolii și sunt aprobate la fiecare cinci ani prin hotărâri de guvern. Prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1160 din 20.10.2016, publicată în *Monitorul Oficial al RM* nr. 3690378, a fost aprobat *Programul Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2016-2020* [6].

Scopul Programului a constat în reducerea poverii tuberculozei în RM prin asigurarea accesului universal al populației la serviciile de prevenire, diagnostic și tratament, cu aplicarea intervențiilor centrate pe pacient. Obiectivele pe termen mediu până în anul 2020 sunt:

- 1) asigurarea accesului universal la diagnosticul timpuriu al tuturor formelor de tuberculoză;
- 2) asigurarea accesului universal la tratament prin abordarea centrată pe pacient și obținerea unei rate de succes terapeutic la cel puțin 85% din cazurile noi de tuberculoză pulmonară confirmată bacteriologic și 75% din cazurile de tuberculoză drog-rezistentă;
- 3) reducerea poverii coinfecției TB/HIV până la 5%;
- 4) asigurarea profilaxiei bolii prin menținerea ratei de vaccinare de 95%;
- 5) consolidarea capacităților sistemului de sănătate în scopul asigurării controlului eficient;
- 6) consolidarea implicării comunității și societății civile în controlul tuberculozei prin abordarea centrată pe pacient [6].

Implementarea Programului ține de atribuțiile Ministerului Sănătății (MS) al RM

în comun cu Ministerele: Justiției; Finanțelor; Afacerilor Interne; Muncii, Protecției Sociale și Familiei; Dezvoltării Regionale și Construcțiilor; Afacerilor Externe și Integrării Europene, dar și de competența Companiei Naționale de Asigurări în Medicină [6]. Programul este coordonat tehnic de IMSP Institutul de Ftiziopneumologie *Chiril Draganiuc* (IMSP IFP), care posedă trei subunități: de monitorizare, de supraveghere și instruire și laboratorul național de referință [6]. Ministerul Sănătății, prin intermediul Consiliului național de coordonare a programelor naționale pentru HIV și tuberculoză, gestionează direct activitățile Programului.

Organigrama Programului este constituită dintr-un sistem organizat în trei niveluri, fiecare având atribuții și relații funcționale specifice. Nivelul de bază actualmente constă în rețeaua de asistență medicală primară, rețeaua laboratoarelor de bacteriologie și centrele de medicină preventivă și sănătate publică. Nivelul intermediar include unitățile medico-sanitare cu secții profilate în ftiziopneumologie, spitalele de ftiziopneumologie și laboratoarele regionale de referință în micobacteriologie. Nivelul superior îl constituie IMSP IFP *Chiril Draganiuc*, care asigură asistența tehnică și managementul Programului [4].

Scopul studiului a constat în evaluarea unor indicatori de performanță ai Programului Național de Control al Tuberculozei și a resurselor umane implicate în realizarea activităților Programului. Materialul supus analizei a constat din publicațiile Organizației Mondiale a Sănătății, Centrului Național de Management al Sănătății, rapoartele Ministerului Sănătății, articolele de sinteză și de cercetare, publicate în sursele științifice autohtone și internaționale.

Rezultate și discuții

Conform Organizației Mondiale a Sănătății, tuberculoza reprezintă cea mai grea povară pentru populația socialmente vulnerabilă, agravând inegalitățile existente [18]. În luna mai 2014, Adunarea Generală a Sănătății a aprobat Strategia *End TB* ca răspuns la Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului [11, 17]. Ținta Strategiei este reducerea numărului de decese cu 90% până în anul 2030, comparativ cu 2015; reducerea incidenței cu 80% până în 2030, comparativ cu 2015; absența familiilor afectate de costurile tuberculozei – 0% [17].

Rezultatele prevăzute de Program corespund cu cele stipulate de Strategia *End TB* și ținesc până în anul 2020:

1) asigurarea accesului universal la diagnosticul tuturor formelor de tuberculoză, cu depistarea a cel puțin 85% din numărul total de cazuri de tuberculoză cu forme rezistente la rifampicină sau multidrog-rezistente;

2) atingerea ratei succesului terapeutic de 85% la cazurile confirmate bacteriologic și de 75% la cazurile de TB-MDR;

3) realizarea activităților colaborative cu alte programe pentru reducerea poverii coinfecției TB-HIV până la 5%;

4) menținerea ratei de vaccinare BCG la naștere de cel puțin 95%;

5) consolidarea capacităților sistemului de sănătate pentru asigurarea controlului eficient al tuberculozei;

6) dezvoltarea și aplicarea instrumentelor noi în controlul tuberculozei;

7) consolidarea implicării societății civile în controlul tuberculozei prin abordare centrată pe pacient [6].

Costul estimativ al Programului constituie 3.128,6 milioane de Lei, iar performanța lui este evaluată în baza indicatorilor: incidența globală, mortalitatea, rata de depistare a cazurilor TB-MDR, ponderea TB-MDR printre cazurile noi și anterior tratate, rata succesului terapeutic în cazurile confirmate bacteriologic și în cazurile de TB-MDR, ponderea pacienților cu tuberculoză testați la markerii HIV, ponderea coinfecției TB/HIV printre cazurile cu tuberculoză; nivelul de cunoștințe despre tuberculoză în populația generală, ponderea pacienților cu tuberculoză asistați social [6].

Conform *Anuarului Statistic al Sistemului de Sănătate din RM* din 2016, publicat de Centrul Național de Management în Sănătate al RM, incidența globală (include cazurile noi și recidivele) a tuberculozei raportată la 100.000 populație în 2015, în Chișinău, a constituit 71,6; în RDD *Nord* – 74,6; în RDD *Centru* – 103,1; în RDD *Sud* – 76,1; în total pe malul stâng al Nistrului – 81,1, iar pe republică – 83,0 la 100.000 populație. În conformitate cu indicatorii evaluați, morbiditatea maximă a fost stabilită în RDD *Centru*, iar cea minimă – în Chișinău, față de celelalte regiuni de dezvoltare ale țării.

Incidența cazurilor noi, în 2015, în Chișinău a constituit 53,6; în RDD *Nord* – 58,4; în RDD *Centru* – 85,5; în RDD *Sud* – 70; în total pe malul stâng al Nistrului – 65, iar pe republică – 66,8 la 100.000 populație. Respectiv, incidența cazurilor noi a fost maximă în RDD *Centru* și minimă în Chișinău [1].

Tuberculoza drog-rezistentă (TB-MDR) reprezintă o provocare majoră pentru sistemul de sănătate autohton, iar RM se regăsește printre țările cu cea mai mare povară a multidrog-rezistenței [18]. Incidența cazurilor cu TB-MDR printre cazurile noi, în 2015, în Chișinău a constituit 8,3; în Bălți – 17,3, iar media pe republică a fost de 13,0 cazuri la 100.000 populație [3].

Incidența recidivelor constituie un indicator ce reflectă indirect eficacitatea terapeutică și determină numărul de bolnavi care au fost tratați și definiți ca vindecați sau cu tratament încheiat și sunt diagnosticați cu un nou episod de tuberculoză, raportat la 100.000

populație. Astfel, în 2015, în municipiul Chișinău incidența a constituit 17,2; în RDD *Nord* – 15,1; în RDD *Centru* – 16,8; în RDD *Sud* – 12,0; în total pe malul stâng al Nistrului – 15,3, iar pe republică – 16,3 la 100.000 populație [1]. Indicatorul a avut o valoare maximă în Chișinău și una minimă în RDD *Sud*, fapt ce reflectă nivelul de vigilență clinică a specialiștilor în domeniu.

Prevalența cazurilor de tuberculoză (totalitatea cazurilor notificate, care a inclus cazurile noi, recidivele, pacienții tratați după eșecul terapeutic și pierderea din supraveghere), în 2015, în municipiul Chișinău a constituit 99,3; în RDD *Nord* – 76,9; în RDD *Centru* – 92,4; în RDD *Sud* – 84,6; în total pe malul stâng al Nistrului – 100,4, iar în republică – 94,8 la 100.000 populație [1]. Așadar, incidența globală și a cazurilor noi a atins cote maxime în RDD *Centru*, prevalența a fost maximă în Chișinău, față de celelalte regiuni de dezvoltare, probabil datorită ponderii majore a pacienților incluși în retratament în această localitate.

Ponderea cazurilor pozitive la examenul microscopic pentru identificarea bacililor acidoalcoolo-rezistenți, în 2015, în Chișinău a constituit 25,5%; în RDD *Nord* – 36,5%; în RDD *Centru* – 39,3%; în RDD *Sud* – 46,6%; în total pe malul stâng al Nistrului – 37% și pe republică – 36,7% [1]. Deci, ponderea formelor bacilifere, cu risc epidemiologic pentru populația sănătoasă, a fost maximă în RDD *Sud* și minimă în Chișinău. Incidența cazurilor noi cu forme distructive, raportată la 100.000 locuitori, în 2015, în Chișinău a constituit 18,5; în RDD *Nord* – 21,3; în RDD *Centru* – 25,8; în RDD *Sud* – 24; pe malul stâng al Nistrului – 22,1, iar în republică – 22,4 la 100.000 populație [1].

Incidența formelor distructive, caracterizate print evoluție cronică și risc epidemiologic, a fost maximă în RDD *Centru* și minimă în Chișinău. Un indicator ce demonstrează mai fidel severitatea afectării pulmonare și precocitatea depistării cazurilor noi a fost ponderea formelor distructive de tuberculoză pulmonară (inclusiv prezența cavernelor) printre toate formele pulmonare diagnosticate. Valoarea procentuală, în 2015, în Chișinău a constituit 39,8%; în RDD *Nord* – 40,6%; în RDD *Centru* – 34,0%; în RDD *Sud* – 42,9%; pe malul stâng al Nistrului – 38,5% și în republică – 37,8% [1]. Indicatorul a fost maxim în regiunea sudică, fapt ce demonstrează tergiversarea depistării cazurilor noi din cauza multiplelor bariere de accesare a serviciilor de screening, dar și a riscului epidemiologic.

Ponderea bărbaților printre cazurile noi, în 2015, în Chișinău a constituit 69,9%, iar ponderea femeilor – 30,1%; în RDD *Nord* – 70,9% bărbați și 29,1% femei, în RDD *Centru* – 72,7% bărbați și 27,3% femei, în RDD *Sud* – 69,5% bărbați și 32,5% femei; în total pe malul stâng al Nistrului – 72% bărbați și 28,7% femei, iar pe republică – 72,1% bărbați și 27,9% femei [1]. Raportul bărbați/femei maxim înregistrat în RDD *Centru* a de-

monstrat gravitatea situației epidemiologice determinată de controlul redus al grupelor cu risc, constituite majoritar din bărbați în vârstă aptă de muncă și activă din punct de vedere reproductiv.

Evaluarea rezultatelor tratamentului antituberculos la pacienții tratați pentru tuberculoză prezumptivă sau confirmată sensibilă a stabilit o rată a succesului terapeutic, în 2014, în Chișinău de 79,3%; în RDD *Nord* – de 81,7%; în RDD *Centru* – de 78,3%; în RDD *Sud* – de 68,8%; în total pe malul stâng al Nistrului și în republică – 82,6% [1]. Datele confirmă o rată maximă a succesului terapeutic în regiunea *Nord* și în municipiul Chișinău, care posedă instituții medicale specializate în tratamentul și managementul bolnavilor de tuberculoză: Spitalul Clinic de Ftiziopneumologie Bălți și Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie. Indicatorul obținut este puțin inferior de ținta de 85% prevăzută de Program, specificându-se că reflectă succesul tratamentului cohorței tratate pentru tuberculoză prezumptivă sau confirmată sensibilă și nu include rezultatele cohorței drog-rezistente [1].

Rata pacienților pierduți din supraveghere, în 2014, în Chișinău a constituit 11,2%; în RDD *Nord* – 3,3%; în RDD *Centru* – 3%; în RDD *Sud* – 3,9%; în total pe malul stâng al Nistrului – 4,9%; în republică – 4,9% [1]. Pierderea din supraveghere (întreruperea tratamentului mai mult de două luni) a fost maximă în Chișinău, probabil din cauza numărului mare de pacienți din grupele cu risc major. Rata medie a eșecului terapeutic (definit prin examenul microbiologic al sputei pozitiv la cinci luni de tratament) pe republică, în 2015, a constituit 3,2% [1].

Mortalitatea condiționată de progresarea tuberculozei, în 2015, în Chișinău a constituit 7 cazuri, în RDD *Nord* – 9,7; în RDD *Centru* – 10,8; în RDD *Sud* – 7,7; în total pe malul stâng al Nistrului și în republică – 8,9 la 100.000 populație [1]. Indicatorul mortalității în asociere cu indicatorii morbidității au confirmat gravitatea situației epidemiologice în regiunile de dezvoltare *Centru* și *Nord* ale țării. Datele preliminare obținute din nota informativă privind situația epidemiologică a tuberculozei (11 luni 2016) au oglindit rezultatele tratamentului pacienților cu TB-MDR: succes terapeutic de 50%, pierduți din supraveghere – 19%, deces – 14% și eșec terapeutic – 14% [2].

Ponderea pacienților cu tuberculoză testați la markerii HIV a constituit pe republică 94,7% [1]. Ponderea infecției HIV la cazurile noi și recidive, în 2015, în Chișinău a constituit 6,9%, în Bălți – 23,4%, iar media pe republică a fost de 8,1% [1]. Indicatorul a fost mai mare de 5% recomandate de Strategia *End TB*. Ponderea infecției HIV la persoanele decedate, în 2015, în Chișinău a constituit 16,1%, în Bălți – 62,5%, iar media pe republică a fost de 20,7% [1]. Gravitatea situației epidemiologice, condiționată de coinfectia

TB-HIV, a demonstrat precaritatea intervențiilor de acoperire a grupelor infectate HIV cu tratament antiretroviral, ceea ce a determinat decesul la fiecare al doilea bolnav de tuberculoză din Bălți și la fiecare al cincilea din Chișinău.

Un indicator ce demonstrează gradul de cunoaștere și utilizare a algoritmului de diagnostic al tuberculozei este ponderea pacienților diagnosticați cu tuberculoză *post-mortem*. În număr absolut, în 2015, în Chișinău au fost 14 bolnavi, în RDD Nord – 10, în RDD Centru – 22, în RDD Sud – 7, în total pe malul stâng al Nistrului și în republică – 55 de bolnavi au fost diagnosticați *post-mortem* [1]. Valoarea maximă a fost stabilită în RDD Centru, iar cea minimă – în regiunea sudică, condiționată de rata de examinare necropsică a persoanelor decedate de cauză necunoscută.

Succesul controlului tuberculozei la nivel național depinde în mare măsură de prestatorii de servicii medicale responsabili de managementul pacienților, de implicarea personalului medical în prevenirea transmiterii infecției și de eficiența conlucrării cu alte servicii publice [5]. Personalul medical implicat în controlul tuberculozei este constituit din specialiștii-pneumologi (ftiziopneumologi), furnizorii de asistență medicală primară și specialiștii în sănătate publică [9].

Programul abordează comprehensiv intervențiile de consolidare a capacităților sistemului de sănătate în scopul asigurării controlului eficient al bolii [6]. Aceste intervenții constau în: formarea continuă a resurselor umane calificate în controlul tuberculozei; întărirea rețelei de control al tuberculozei; consolidarea măsurilor de prevenire a transmiterii nosocomiale a infecției în unitățile sanitare din rețeaua de ftiziopneumologie; creșterea implicării tuturor furnizorilor de servicii medicale în controlul tuberculozei; consolidarea parteneriatului public-privat prin încurajarea pacienților cu tuberculoză și a comunităților civile pentru realizarea activităților de susținere, comunicare și mobilizare socială; promovarea cercetării operațional-programatice [6].

Studiul actual a analizat cantitativ ponderea resurselor umane implicate în controlul tuberculozei. Asistența medicală primară (AMP) este primul nivel de asistență medicală preventivă și curativă a populației generale, constituind elementul esențial al procesului de asistență medicală, și reprezintă nivelul primar de realizare a activităților incluse în Program [10]. Rolul și obligațiunile medicului de familie (MF) sunt descrise în ghidul *Controlul tuberculozei la nivelul asistenței medicale primare* [10]. Colaboratorii asistenței medicale primare participă actualmente la realizarea Programului în special prin activități de depistare și referire a pacientului la specialistul-pneumolog/ftiziopneumolog (SP) [9].

Deoarece AMP reprezintă primul contact al populației cu furnizorii de servicii medicale, rolul MF

în depistarea suspectilor la tuberculoză este major. Identificarea persoanelor simptomatice în etapa de adresare și inițierea procedurii de diagnostic al tuberculozei, ca parte componentă a căii pasive de depistare, sunt cele mai importante obligațiuni ale MF. Adresarea persoanelor suspectate cu simptome sugestive de tuberculoză (tuse cu o durată mai mare de trei săptămâni, expectorații, astenie, scădere ponderală, inapetență, hemoptizii, transpirații nocturne, febră și alte simptome determinate de organul afectat) obligă MF să realizeze: examenul clinic, colectarea datelor anamnestică, examinarea paraclinică (hemoleucograma, analiza biochimică a sângelui, examenul radiologic al cutiei toracice, examinarea specimenelor/sputei prin colorația Ziehl-Neelson pentru identificarea bacililor acidoalcoolo-rezistenți (două specimene colectate, obligatoriu una matinală), consilierea și testarea la markerii HIV) și referirea pacientului la SP pentru efectuarea investigațiilor complementare la necesitate (fibroscopia bronșică, examenul histologic, tomografia computerizată de înaltă rezoluție), în vederea stabilirii diagnosticului de tuberculoză [9]. Începând cu anul 2014, a fost implementată la nivel național examinarea materialului biologic/sputei a oricărui suspect prin metoda molecular-genetică GeneXpert MTB/Rif pentru identificarea mutației genei *rProb*, răspunzătoare de rezistența la rifampicină, care a îmbunătățit întrucâtva rata depistării cazurilor noi și rezistente la rifampicină [7].

Furnizorii de AMP au un rol decisiv în depistarea activă (screeningul sistematic) a grupelor cu risc [13]. Prin supravegherea persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire, vigilență sporită și examinarea contingentelor periclitante, MF contribuie la depistarea timpurie a cazurilor cu afectare limitată a parenchimului pulmonar, de obicei fără o simptomatologie clinică evidentă. Conform Protocolului clinic național, grupele cu risc sporit de îmbolnăvire sunt constituite din: a) persoanele infectate HIV; b) contactii cu persoanele bolnave de tuberculoză identificați în cadrul anchetei epidemiologice; c) persoanele cu sechele posttuberculoase; d) persoanele tratate cu medicamente imunosupresive (inhibitorii factorului de necroză tumorală α , corticosteroizi în doză echivalentă cu 15 mg/kg prednison zilnic); e) persoanele cu afecțiuni psihice cu ocazia internării [9].

Medicii de familie vor recomanda persoanelor din grupele cu risc efectuarea anuală a radiografiei toracice standardizate, iar copiilor din grupele cu risc sporit – a testului cutanat la tuberculină. MF acordă o atenție deosebită persoanelor din grupele ce necesită vigilență sporită privind tuberculoza și includ categoriile socialmente defavorizate (persoanele fără loc de trai, șomerii, migranții, refugiații), persoanele cu boli pulmonare cronice, fumătorii activi, consumatorii cronici sau abuzivi de alcool, consumatorii

de droguri, pacienții cu diabet zaharat, insuficiență renală cronică, gastrectomie, copiii nevaccinați BCG [9, 16]. Acestor persoane li se va efectua examenul clinic anual, iar prezența simptomelor sugestive pentru tuberculoză obligă la inițierea algoritmului de diagnostic al bolii. Ținând cont de situația epidemiologică tensionată, MF abordează cu strictețe personalul – resursele umane din sectoarele cu risc major de transmitere a tuberculozei, definit „periclitant”, care include: personalul din instituțiile medico-sanitare (secțiile de nou-născuți și cele de pediatrie; personalul medical din centrele de reabilitare și plasament al copiilor) și personalul din instituțiile de învățământ (preșcolar și primar) [9]. MF va recomanda acestor angajați efectuarea examenului clinic și a radiografiei pulmonare standardizate la angajarea persoanei și anual. Rata medie pe republică a examinărilor radiologice ale cutiei toracice realizate grupelor cu risc sporit, definite conform Protocolului național, a constituit 67%, cifră ce demonstrează precaritatea activităților de control al tuberculozei în populațiile cu risc [9].

Conform *Anuarului statistic al sistemului de sănătate din RM*, în 2015, instituțiile medico-sanitare care acordă asistență medicală primară au fost: 5 instituții de asistență medicală teritorială, 12 centre ale medicilor de familie, 5 centre consultativ-metodice. În regiunea de dezvoltare Nord au activat 12 secții consultative, în RDD Centru – 13, în RDD Sud – 8, în RDD UTA Găgăuzia – 3 secții consultative. Rețeaua instituțiilor medico-sanitare ale Ministerului Sănătății, în 2015 a fost constituită din 364 de subdiviziuni medico-sanitare, inclusiv 60 spitale cu un număr total de 16.834 paturi [1, 2]. Spitalele care posedă paturi cu profil ftiziopneumologic sunt: IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc, IMSP Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie din municipiul Chișinău, IMSP Spitalul Clinic Municipal – Departamentul de Ftiziologie din municipiul Bălți și Spitalul de Psihiatrie și Ftiziopneumologie din Orhei [1, 2]. Evaluând prevalența bolilor aparatului respirator (inclusiv tuberculoza), în 2015, în Chișinău au fost înregistrate 2.119 cazuri, în RDD Nord – 1.365, în RDD Centru – 1.428, în RDD Sud – 1.810, în total în municipii – 2.152, în total în republică – 1.558 cazuri la 100.000 populație [1].

Numărul de medici care au activat în sistemul sănătății a constituit, în 2015, 10.397 sau 29,3 medici la 10.000 populație. Numărul colaboratorilor personalului medical mediu care au activat în sistemul MS a constituit, în 2015, 21.527 sau 60,6 colaboratori la 10.000 populație [1].

Un indicator cantitativ ce demonstrează rolul AMP în acțiunile de control al tuberculozei este numărul MF angajați în rețeaua medico-sanitară publică. Numărul funcțiilor ocupate de MF, în 2015, în

Chișinău a constituit 513, în RDD Nord – 526, în RDD Centru – 521, în RDD Sud – 237, în municipii – 597, în raioane – 1.288 MF și în republică – 1.935 MF [1]. Datele obținute demonstrează numărul maxim de funcții scriptice în regiunea de dezvoltare nordică și minimă în regiunea sudică. Gradul de asigurare a populației cu MF în aceeași perioadă a constituit în Chișinău 6,1, în RDD Nord – 4,5, în RDD Centru – 4,0, în RDD Sud – 3,6, în total pe municipii – 6,4, pe raioane – 4,1, respectiv media pe republică – 4,9 MF la 10.000 populație [1]. Datele obținute ne demonstrează o acoperire maximă cu servicii ale AMP în Chișinău și una minimă în regiunea sudică.

Numărul de vizite în instituțiile de asistență medicală primară, în 2015, a constituit 5.663.507 în Chișinău, ceea ce corespunde cu 7,0 vizite/an/pacient, iar ponderea vizitelor persoanelor asigurate a fost de 87,1%; în RDD Nord au fost realizate 5.051.116 vizite sau 5,1 vizite/an/pacient, ponderea vizitelor persoanelor asigurate constituind 85,7%. La nivelul rețelei de AMP a RDD Centru, în 2015 au fost realizate 5.031.850 vizite sau 4,8 vizite/an/pacient, iar ponderea persoanelor asigurate a constituit 89%. În RDD Sud au fost înregistrate 2.246.484 vizite sau 4,2 vizite/an/pacient și ponderea persoanelor asigurate a alcătuit 87,9% [1]. Analizând datele obținute, a fost stabilit faptul că de cel mai mare grad de acces la serviciile de AMP s-au bucurat locuitorii Chișinăului, iar de cel mai mic – locuitorii RDD Nord. În total pe municipii au fost efectuate 6.599.139 vizite la AMP, ceea ce corespunde cu 6,9 vizite/an/pacient, cu 85,2% persoane asigurate, iar pe raioane – 12.270.386 vizite, cu 4,7 vizite/an/pacient și 88,8% persoane asigurate [1].

Întru confirmarea impactului reședinței persoanei asupra accesibilității serviciilor medicale la nivelul AMP au venit și rezultatele obținute, care demonstrează un număr mai mare de vizite ale persoanelor cu reședință urbană și un număr mai mic de vizite a celor cu reședință rurală. În total pe republică au fost realizate 22.157.493 vizite la furnizorii de AMP, ceea ce corespunde cu 6,2 vizite/an/pacient, cu 79,8% persoane asigurate. Analizând structura vizitelor bolnavilor la medici în aceeași perioadă, am stabilit că în Chișinău medicului de familie i-au revenit 55,8% din numărul total de vizite, în RDD Nord – 59,6%, în RDD Centru – 61,7%, în RDD Sud – 61,1%, iar în total pe republică – 50,6% vizite [1]. A fost constatată o pondere majoră a vizitelor la medicul de familie în RDD Sud și Centru, probabil din cauza accesibilității reduse a serviciilor medicale specializate în aceste teritorii.

Pentru evaluarea impactului nivelului intermediar în controlul tuberculozei a fost studiat gradul de asigurare cu resurse umane a unităților medico-sanitare de profil ftiziopneumologic. Servicii medicale specializate în ftiziopneumologie, realizate în condiții

de ambulatoriu, au fost oferite prin intermediul a 55 de unități medico-sanitare, dintre care 10 servicii au fost localizate în cadrul a 5 AMT din municipiile Chișinău, 1 în Bălți și 4 în regiunea transnistreană, 43 de servicii ale centrelor consultative și de diagnostic și 2 unități ale serviciului Căilor Ferate și Cancelariei de Stat [1]. În 2015 au activat 220 de ftziopneumologi, actualmente definiți „specialiști-pneumologi” (SP), sau 0,6 SP la 10.000 populație. În Chișinău au activat 42 SP, corespunzător 0,5 la 10.000, în RDD Nord – 41 sau 0,4/10.000 populație, în RDD Centru – 30 sau 0,3/10.000, în RDD Sud – 16 sau 0,3/100.000, în total pe municipii – 57 sau 0,6/10.000, pe raioane – 76 sau 0,3/10.000 și în republică – 220 SP sau 0,6/100.000 populație [1]. Am stabilit un grad maxim de asigurare a populației cu SP în Chișinău, datorită IMSP SCMF și a 5 AMT-uri, care concentrează resursele umane specializate, și un grad minim în regiunea sudică.

Evaluând distribuția specialiștilor ftziopneumologi/pneumologi (SP) în funcție de aria de amplasare a activității profesionale, am constatat că, în 2015, în Chișinău au activat 42 medici, care au asigurat 71.788 vizite ale pacienților, ceea ce corespunde cu 0,1 vizite/locuitor; în RDD Nord – 41 medici au asigurat 98.700 vizite sau 0,1 vizite/locuitor, în RDD Centru – 30 medici au asigurat 86.333 vizite sau 0,1 vizite/locuitor, în RDD Sud – 16 medici au asigurat 53.552 vizite sau 0,1 vizite/locuitor [1]. Deși numărul cel mai mare de vizite la SP au fost atestate în regiunile de nord și centru, indicatorul raportat la numărul de locuitori ai regiunii a fost similar pe întreg teritoriul republicii.

Evaluând activitatea tuturor specialiștilor în ftziopneumologie care-și desfășoară activitatea în republică, am stabilit că au fost realizate în medie 0,1 vizite raportate la 1 locuitor. Cercetând ponderea vizitelor la medici după specialitate, am constatat că, în anul 2015, în Chișinău, din numărul total de vizite efectuate de pacienți, pentru consultarea SP au fost realizate 1,4% vizite, în RDD Nord – 2,2%, în RDD Centru – 1,9%, în RDD Sud – 2,7%, în total pe municipii – 1,5%, pe raioane – 2,2% și în republică – 1,9% [1]. Deci, ponderea cea mai mare a vizitelor pentru consultarea SP a fost atestată în regiunea sudică și ponderea minimă – în Chișinău, condiționată de nivelul de accesibilitate a furnizorilor de AMP.

Evaluând gradul de asigurare a populației cu paturi de spitalizare cu profil ftziopneumologic, am constatat 1180 de paturi pe republică, ceea ce corespunde cu 3,3 la 10.000 locuitori. În 2015, un număr total de 3.310 pacienți cu tuberculoză au beneficiat de tratament în condiții de spitalizare, dintre care 95,4% au fost adulți și 4,6% copii. În spitalele municipale au fost tratați 1308 pacienți (88,5% adulți și 11,5% copii), iar în instituțiile republicane – 1.582 (99,9% adulți și 0,1% copii) [1].

Evaluând durata medie de tratament în condiții de spitalizare a bolnavilor de tuberculoză, care este

definită ca standardizată conform Protocolului clinic național, am stabilit o medie de 80 de zile în republică și în spitalele municipale, iar în instituțiile republicane – de 71 de zile. Durata medie de tratament în spital al copiilor a constituit în republică 94,2 zile [1]. Conform Protocolului național, tratamentul tuberculozei în faza intensivă în condiții de spitalizare durează 60-90 de zile pentru forma prezumptivă sau confirmată sensibilă la preparatele antituberculoase de linia 1-a și 180 de zile pentru forma drog-rezistentă [9].

Letalitatea spitalicească cauzată de tuberculoză, în 2015 a constituit 14,3 cazuri în spitalele raionale, 7,3 în spitalele municipale, 4,8 în instituțiile republicane, cu o medie de 5,6 cazuri în republică la 10.000 persoane [1].

Evaluând structura dizabilității primare după principalele cauze, am stabilit că, în 2015, în Chișinău nu au fost înregistrate cazuri cu dizabilitate prin tuberculoză; în RDD Nord, ponderea a constituit 0,04% din numărul total de bolnavi cu dizabilități, în RDD Centru – 0%, în RDD Sud – 0,1% [1]. Acordarea gradului de dizabilitate îi oferă pacientului o sursă convențională de suport financiar pe durata tratamentului [19]. Indicatorul demonstrează un grad minim de asistență a pacienților cu tuberculoză.

Conform clasamentului realizat de Fondul Global pentru Combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei, Republica Moldova s-a situat pe locul 2 după nivelul de finanțare acordat pe cap de locuitor din lista celor 110 state finanțate [4]. În pofida asistenței sustenibile, a fost atestat un impact redus al finanțării și al intervențiilor realizate asupra micșorării nivelului morbidității și asupra ratei succesului terapeutic [4]. În 2013, o echipă compusă din 12 experți internaționali a realizat o evaluare a Programului și a stabilit un plan strategic. Principalele constatări ale experților au fost absența unei dinamici semnificative de reducere a incidenței bolii, condiționată de nivelul înalt al pauperizării în societate și de condițiile de trai precare ale populației. A fost constatat faptul că sărăcia, persistentă în anumite grupe populaționale ale Republicii Moldova (persoanele dependente de munca agricolă, cele cu grad redus de calificare, familiile cu mulți copii), determină un risc înalt al progresării infecției spre boală activă și constituie o barieră majoră în diagnosticul timpuriu și finalizarea optimă a tratamentului antituberculos [19]. A fost stabilită o pondere mare a cazurilor cu rezistență extinsă, aproximativ 2/3 din cazurile anterior tratate au fost confirmate cu TB-MDR.

Extinderea în masă a tuberculozei drog-rezistente a fost condiționată de eficacitatea redusă a tratamentului și de transmiterea infecției între pacienții instituționalizați. A fost documentată precaritatea măsurilor de control al infecțiilor transmise aerogen la nivel instituțional și comunitar, agravat de numărul

nejustificat de mare de cazuri spitalizate pe o durată nejustificat de lungă. Echipa de evaluatori a constatat o pondere înaltă a formelor de tuberculoză cu destrucții pulmonare și evoluție cronică, ce reprezintă un indicator de diagnostic tardiv și de existență a barierelor sociale în depistarea timpurie a tuberculozei.

S-a constatat o pondere mare a pacienților pauperi, suportul social și stimulentele oferite au fost insuficiente și neconsecvente în timp, adică acestea nu și-au demonstrat impactul pozitiv. Pentru creșterea numărului pacienților beneficiari de suport financiar, optimizarea numărului de paturi spitalicești și promovarea tratamentului în condiții de ambulatoriu ar putea constitui o soluție eficace [4].

Concluzii

1. Tuberculoza rămâne o provocare pentru sistemul de sănătate al Republicii Moldova și în realizarea obiectivelor Politicii Naționale de Sănătate.

2. S-a înregistrat o îmbunătățire a indicatorilor notificării tuberculozei, datorată reducerii numărului de grupe cu risc sporit pentru screening și gradului redus de acoperire prin metode de examinare a persoanelor cu risc.

3. Ponderea înaltă a cazurilor noi cu forme de tuberculoză pulmonară distructivă a demonstrat un nivel redus de acces al pacienților la screeningul pentru tuberculoză.

4. Un pericol major pentru securitatea epidemiologică îl reprezintă extinderea infecției micobacteriene cu sușe drog-rezistente, ce reflectă calitatea nesatisfăcătoare a tratamentului antituberculos, precaritatea controlului infecției nozocomiale și comunitare, deficitul serviciilor de asistență medicală specializată.

5. Rata înaltă a succesului terapeutic, apropiat de obiectivul stabilit de *Programul Național de Control al Tuberculozei pentru anii 2016-2020*, nu reflectă situația reală, deoarece a fost exclusă cohorta pacienților cu tuberculoză drog-rezistentă.

6. Indicatorul mic al mortalității a fost periclitat de numărul considerabil al pacienților decedați diagnosticați cu tuberculoză post-mortem și de ponderea substanțială a pacienților drog-rezistenți și coinfectați HIV.

7. Ponderea coinfecției TB-HIV a demonstrat devieri majore la nivel de republică, aceasta fiind maximă în municipiul Bălți și reflectând controlul redus a coinfecțiilor în cea mai importantă grupă cu risc de îmbolnăvire.

8. Numărul mare de paturi de profil în asistența spitalicească a bolnavilor de tuberculoză este asociat spitalizărilor excesive, acoperite printr-un mecanism de finanțare din partea Companiei Naționale de Asigurări în Sănătate. Ponderea minoră a persoanelor cu grad de dizabilitate a demonstrat un grad minim de asistență financiară de stat acordată pacienților cu tuberculoză.

9. În 2013, Programul a fost evaluat de experții OMS, care au constatat: subutilizarea serviciilor de asistență medicală primară și a unităților medico-sanitare ambulatorii în managementul pacienților cu tuberculoză; spitalizare excesivă, care este asociată riscului transmiterii nozocomiale a sușelor drog-rezistente; mecanism precar de abordare a pacientului; suport redus al sectorului civil – factori contributivi unei complianțe terapeutice joase și unei rate înalte a pacienților pierduți din supraveghere.

Bibliografie

1. Centrul Național de Management în Sănătate. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova*. Chișinău, 2016.
2. Centrul Național de Management în Sănătate. *Indicatori preliminari în formă prescurtată privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare*. Chișinău, 2016.
3. Centrul Național de Management în Sănătate. *Notă informativă privind situația epidemiologică a tuberculozei, 11 luni 2016*. Chișinău, 2017.
4. Colombani O., Ahmedov S., Blondal K. ș.a. Raport: *Evaluarea Programului Național de Control al Tuberculozei 2011-2015*.
5. Jelamschi N., Nichita S., Barbă O. ș.a. Raport de studiu: *Potențialul uman din sistemul sănătății implicat în acordarea asistenței medicale în ftziopneumologie*. Chișinău, 2012.
6. Hotărârea Guvernului RM nr. 1160 din 20.10.2016, anexele 1-4. În: *Monitorul Oficial al RM*, nr. 369-378 din 28.10.2016, art. 1256.
7. Malic A. *The predictive factors for positive molecular-genetic assay in patients with pulmonary tuberculosis from Chisinau city*. În: *Curierul medical*, 2016, vol. 59, nr. 2.
8. Ministerul Sănătății. *Raport privind realizarea Hotărârii Guvernului nr. 886 din 06.08.2007 cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate în perioada anului 2016*.
9. Ministerul Sănătății. *Protocolul Clinic Național Tuberculoza la adult*, 2015.
10. Ministerul Sănătății. *Ghidul Controlul tuberculozei la nivelul asistenței medicale primare*. Chișinău, 2015.
11. United Nations. *The millennium development goals report*, 2015.
12. World Health Organization. *Guidelines for the prevention of tuberculosis in health care facilities in resource-limited settings*, 1999.
13. World Health Organization. *Brief Guide on Tuberculosis Control for Primary Health Care Providers*. Geneva, 2004.
14. World Health Organization. *Guidelines for the treatment of tuberculosis*, 2010.
15. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2011.
16. World Health Organization. *Systematic screening for active tuberculosis*. Geneva, 2013.
17. World Health Organization. *End TB Strategy*. Geneva, 2014.
18. World Health Organization. *Tuberculosis Report*, 2015.
19. OMS. *Barriere și factori ce facilitează accesul la serviciile de sănătate în Republica Moldova*, 2012.

Prezentat la 14.08.2017