

mele cu procesare termică sunt doar de circa 2 ori mai scumpe decât cele tradiționale).

Filmele cu prelucrare termică asigură o mai bună calitate a imaginii, optimizează procesul de diagnosticare etc. Costul anexe PSR *Eleva-S* este de ≈55 000 €, iar a anexe ICR-3600 LF – de ≈40 000 €. Dezavantajul acestor anexe este procurarea uneia noi la ieșirea din funcție a casetelor, fiindcă procurarea lor separată este imposibilă.

Calculule noastre au demonstrat că dacă cele 232 DRDT din IMSP ale MS RM ar fi dotate cu anexă PSR *Eleva-S*, ar fi necesare 12 760 000 €, comparativ cu 55 879 700 € necesare pentru dotarea IMSP cu dispozitive digitale cu obținerea directă a imaginii. Dotarea cu aceste anexe ar costa de 4,3 ori mai puțin decât procurarea DRD cu imagine directă. Dotarea cu anexe ICR-3600 LF (SUA) ar costa 9 280 000 €.

Concluzii

1. Dotarea SRD cu dispozitive de RD digitale este o măsură managerială modernă, care ar asigura o calitate mai înaltă a asistenței de profil, ar optimiza radioprotecția și securitatea radiațională, ar diminua considerabil doza colectivă de radiație ionizantă a populației etc.

2. Dotarea SRD cu DRDD și obținerea imaginii directe ar necesita alocarea din bugetul autorităților publice centrale și locale a circa 56 milioane de euro, ceea ce pentru bugetul statului reprezintă un efort considerabil la ora actuală.

3. Pentru ameliorarea asistenței de RD și utilizarea judicioasă a resurselor financiare statale, propunem dotarea temporară cu anexe RSR *Eleva-S* sau ICR-3600 LF (SUA) a celor 232 DRDT din IMSP ale MS RM, care ar putea funcționa cu succes în următorii 5-6 ani.

Bibliografie

1. Roșca A. *Evoluția și specificul activității serviciului de imagistică medicală din Republica Moldova în 2000-2006*. În Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. Chișinău, 2007, p. 15-19.
2. Roșca A. *The advantages of digital radio diagnostic devices implementation in m. Chișinău (Republic of Moldova) in 2009-2011 (first quarter)*. International Conference on Microelectronics and Computer Science, Chișinău, 2011, p. 304-306.
3. Kovalenco Yu., Miroshnicenko S. *The role of digital technologies to decrease the radiation exposure from X-ray diagnostics to the population of Ukraine*. In: Radiation Protection Dozimetry Oxford Journals, 2010, 139 (1-3), p. 98-99.
4. *Normele Fundamentale de Radioprotecție. Cerințe și Reguli Igienice (NFRP-2000)*. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 40-41, Chișinău, 2001, p. 1-39, 107-110.
5. Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 346 din 20.12.02 *Despre*

realizarea prevederilor Hotărârii Guvernului Republicii Moldova „Cu privire la ameliorarea situației în domeniul radioprotecției și securității nucleare” nr. 1483 din 18.11.02. Chișinău, 2002, 4 p.

6. *Darea de seamă privind activitatea instituției medico-sanitare (f.61-san), 2007-2011*.
7. *Darea de seamă privind examinările radiofotografice preventive (f-61san), 2007-2011*.

Andrei Roșca

Tel.: 852-180; 852-124

e-mail: cimrms@gmail.com

MANAGEMENTUL TUBERCULOZEI ÎN CONDIȚIILE EPIDEMIOLOGICE CONTEMPORANE

N. NALIVAICO,

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Revista literaturii

La începutul secolului XXI tuberculoza continuă să rămână o maladie răspândită și este o problemă prioritară a sănătății publice [32, 34]. Incidența înaltă a tuberculozei dictează necesitatea intensificării activităților antituberculoase ca parte componentă prioritară a asistenței medicale primare. Răspândirea și afectarea înaltă a populației din țările în curs de dezvoltare, creșterea incidenței într-un șir de țări cu nivel înalt de dezvoltare a economiei naționale necesită acordarea atenției sporite tuberculozei ca o problemă prioritară după importanță în sistemul sănătății la nivel internațional [34].

Incidența înaltă a tuberculozei și a mortalității din cauza acestei maladii în țările în curs de dezvoltare, creșterea incidenței în statele Europei de Vest și în SUA sunt motivate prin răspândirea infecției HIV și incidenței SIDA. Într-un șir de regiuni ale lumii situația epidemiologică a tuberculozei s-a agravat în legătură cu răspândirea înaltă a infecției HIV. O influență negativă are și agravarea condițiilor de trai, intensificarea proceselor de migrare, reducerea activităților de control al tuberculozei în lumea întreagă. În aceste condiții, alimentarea insuficientă, prezența unui nivel înalt de infectare a populației, mărirea numărului contigentelor cu risc sporit de îmbolnăvire cu tuberculoză posibil duc la creșterea incidenței din contul reactivării endogene și înmulțirii populației bacteriene, care se află într-o stare persistentă în focarele vechi de tuberculoză [32].

Totuși, în ultimii ani mai frecvent se dezvoltă tuberculoza condiționată de superinfecție în rezultatul infectării repetate, preponderent la persoanele

care se află în contact cu bolnavii baciliferi, inclusiv eliminatori de microbacterii rezistente la preparatele antituberculoase în caz de ineficacitate a tratamentului, evoluție cronică a procesului tuberculos. Eliminarea micobacteriilor rezistente se poate înregistra la bolnavii cu tuberculoză tratați cu chimiopreparate cu efect bun, dar la care s-a dezvoltat recidiva procesului tuberculos. La pacienții primari cu tuberculoză, care nu s-au tratat anterior cu preparate antituberculoase, chmioresistența poate apărea în cadrul infectării cu microbacterii ale tuberculozei chmioresistente și dezvoltarea maladiei pe cale exogenă. Numărul bolnavilor cu chmiorezistență primară crește în multe țări al lumii.

În ultimii ani s-a stabilit că tuberculoza la maturi poate apărea în rezultatul reactivării endogene a sechelelor de tuberculoză, preponderent la persoanele din grupa de risc sporit de îmbolnăvire, dar și prin mecanismul superinfecției exogene. Numărul bolnavilor cu tuberculoză evolutivă pe cale exogenă are o tendință de creștere și depinde de rezervuarul infecției destul de mare din cauza pacienților nedepistați cu forme de tuberculoză epidemiologic periculoase și a categoriei de bolnavi baciliferi cu forme cronice, de asemenea cu tuberculoză recidivantă, care se află la evidență dispensarială.

În legătură cu mărirea numărului de bolnavi cu tuberculoză evolutivă pe calea superinfecției exogene a apărut problema de a lărgi numărul contactilor din gupa a IV a evidenței de dispanser și verificarea noțiunii de „focar de tuberculoză”. Rezervuarul enorm de infecție, incidența și mortalitatea înaltă prin tuberculoză necesită de urgență studierea epidemiologiei tuberculozei, atât la nivel regional, cât și la nivel național, în comparație cu alte teritorii.

O deosebită importanță au cercetările pericolului epidemiologic și infectării populației, de asemenea mecanismele reactivării endogene a tuberculozei, și anume în condițiile imunodeficitului, prezenței maladiilor asociate și a altor cauze care creează un risc înalt de îmbolnăvire.

Cercetările științifice și clinice, tehnologiile în condițiile patomorfozei contemporane noi au dus la perfecționarea diagnosticării tuberculozei și la optimizarea tratamentului [31, 33, 35]. În condițiile mecanismului exogen al tuberculozei evolutive o sarcină primordială este păstrarea și fortificarea serviciului de ftiziopneumologie ca o parte componentă a asistenței medicale specializate. Sarcina principală este optimizarea tuturor componentelor activității de dispanser, în primul rând în grupele cu risc sporit de îmbolnăvire, în populația migrantă și în focarele de tuberculoză.

Tuberculoza continuă să reprezinte un pericol serios pentru sănătatea populației în toată lumea. În

anul 1993, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a anunțat tuberculoza problemă globală a sănătății publice [22], în anul 1994 a formulat strategia DOTS de luptă contra tuberculozei [11]. Mai târziu OMS a publicat strategia desfășurată a luptei efective cu tuberculoza, care a cuprins aspecte tehnice, de management, sociale, politice [28] ca răspuns la o situație deosebită alarmantă, care s-a creat din cauza proporțiilor răspândirii tuberculozei în lume, în primul rând în țările Europei de Est, Baltice și în Comunitatea Statelor Independente [36]. În țările Europei de Vest și Centrale incidența tuberculozei se micșorează, iar în Europa de Est povara acestei maladii rămâne încă la un nivel înalt și continuă să se mărească [13, 19].

Controlul efectiv al tuberculozei presupune o îmbinare fructuoasă a strategiei combaterii tuberculozei aprobate la nivel internațional cu asigurarea tuturor măsurilor pentru menținerea și fortificarea activităților pentru sănătatea publică, prevenirea și depistarea oportună, tratamentul eficient al acestei maladii. Pentru a obține succes în aceste activități, este necesar să fie implicate toate structurile asistenței medicale a sistemului de sănătate responsabile pentru controlul tuberculozei [29]. Astfel, de regulă, diagnosticul și tratamentul tuberculozei sunt înfăptuite de specialiștii serviciului de ftiziopneumologie. Totodată, cadrele asistenței medicale primare, care vin primele în contact cu persoana bolnavă, sunt responsabile pentru identificarea oportună și trimiterea la specialist a tuturor pacienților cu semne sugestive la tuberculoză. Anume acestor responsabilități ale serviciului de asistență medicală primară le este atribuit un rol important în controlul tuberculozei, deoarece depistarea tardivă a bolnavilor este un pericol epidemiologic pentru societate și cadrele medicale la care se adresează acești pacienți [2, 27].

Evaluarea integrală a recomandărilor din practica mondială privind depistarea și diagnosticul tuberculozei ne permite să stabilim tendințele prioritare în strategia depistării și diagnosticării tuberculozei în condițiile situației epidemiologice actuale. Astfel, caracterul recomandărilor în depistarea tuberculozei în mare măsură depinde de nivelul răspândirii maladiei, de nivelul de dezvoltare a sistemului sănătății, prezența serviciului specializat antituberculos, nivelul de viață și cheltuielile statului pentru sistemul de sănătate pe cap de locuitor [2].

Strategia internațională *Stop TB Strategy*, susținută de OMS și Uniunea internațională de combatere a tuberculozei și bolilor pulmonare, recomandă diagnosticarea tuturor bolnavilor cu tuberculoză pulmonară preponderent prin metoda microbiologică [29]. Această strategie este orientată la persoanele cu semne sugestive la tuberculoză, care se

adrează lucrătorilor medicali și examinează sputa la BAAR, apoi cultura și sensibilitatea la preparatele antituberculoase. Această recomandare presupune fortificarea serviciului microbiologic în depistarea tuberculozei prin rezultatele pozitive sau negative ale bacterioscopiei sputei, examinarea sensibilității la preparate antituberculoase și controlul tratamentului. Pentru depistarea bolnavilor cu tuberculoză din rândurile persoanelor cu risc sporit de îmbolnăvire se recomandă identificarea lor printre persoanele contacte. Examenul radiologic are un rol important în stabilirea diagnozei tuberculozei în caz dacă nu este clar rezultatul examenului microbiologic [6, 29]. De asemenea, examenele radiologice sunt aplicate în calitate de screening la tuberculoză la anumite părți de populație cu risc sporit de îmbolnăvire.

Recomandările OMS servesc drept bază pentru pregătirea programelor naționale de control al tuberculozei și reglementarea metodicii depistării tuberculozei în populația diferitelor țări. În țările cu nivel înalt de răspândire a maladiei activitățile de control al tuberculozei sunt orientate la depistarea preponderent a formelor bacilifere de tuberculoză și luarea unor măsuri de tratament efectiv pentru a întrerupe lanțul infecției. În statele cu nivel scăzut de răspândire a maladiei este acordată o atenție deosebită depistării tuberculozei în populația cu risc sporit de îmbolnăvire, activităților de eradicare a bolii, elucidarea și tratamentul formelor latente ale bolii [27, 36].

O situație similară este în SUA, Canada și Marea Britanie referitor la epidemiologia tuberculozei, țări cu o „povară” a tuberculozei scăzută, care se înregistrează preponderent printre imigranți sau în păturile social defavorizate ale populației. Astfel, conform informației Centrelor de control și profilaxie a tuberculozei, în pofida scăderii esențiale a indicatorilor epidemiologici în ultimii ani, în SUA continuă să se păstreze un rezervuar mare de infecție [27, 29, 36]. În legătură cu aceasta, activitățile de control sunt orientate la depistarea și tratamentul infecției tuberculoase latente, pentru a preveni trecerea ei în tuberculoză activă. Standardele de diagnosticare și clasificare a tuberculozei sunt determinate de strategiile pentru pacienții din păturile de populație cu risc înalt și minor de îmbolnăvire din punct de vedere al epidemiologiei tuberculozei și tehnologiilor noi în acest domeniu [1, 36].

Scopul primordial al SUA în controlul tuberculozei, de comun cu poziția Asociației toracale americane, Centrelor de control și profilaxie a tuberculozei, Asociației infecționiștilor din America, este micșorarea incidenței și letalității prin tuberculoză prin prevenirea transmiterii infecției *M. tuberculosis* de la pacienții baciliferi persoanelor neinfectate

și preîntâmpinarea progresării infecției latente în tuberculoză activă printre persoanele infectate cu *M. tuberculosis*.

Unul dintre principiile de bază în controlul tuberculozei în SUA este depistarea timpurie, diagnosticul bazat pe dovezi și informarea pacienților depistați cu tuberculoză. Cadrele asistenței medicale primare depun eforturi enorme în depistarea timpurie a pacienților cu tuberculoză, informează permanent organele sistemului sănătății responsabile de controlul maladiei și pentru asigurarea unui plan corect în tratamentul acestei categorii de pacienți. O deosebită atenție este acordată persoanelor din contactul apropiat cu pacienții baciliferi și altor persoane cu infecție tuberculoasă latentă cu un risc sporit de îmbolnăvire și asigurarea tratamentului antituberculos în corespundere cu regimuri standardizate. Toate recomandările contemporane sunt elaborate și argumentate în conformitate cu baza de dovezi, cu îndeplinirea necondiționată a lor.

În Marea Britanie, conform recomandărilor clinice din anul 2006, pacientul cu tuberculoză este apreciat ca un centru al întregului sistem de activități antituberculoase, aceasta presupunând satisfacția pacientului, necesitățile individuale, o informare adecvată, o complianță în relațiile pacientului cu cadrele medicale în diagnosticarea și tratamentul maladiei [15]. Această tactică aplicată în Marea Britanie are particularitățile sale în controlul tuberculozei și este recunoscută și susținută de OMS, de comunitatea internațională în implementarea strategică a standardelor internaționale în controlul tuberculozei în lume [25] și Hartia pacienților cu tuberculoză [30], unde sunt accentuate posibilitățile bolnavilor în diagnosticul și tratamentul lor.

Calitatea controlului tuberculozei în aceste țări reflectă importanța organizării corecte a depistării și diagnosticării tuberculozei, de asemenea și complexitatea activităților antituberculoase cu antrenarea mai multor participanți.

Problemele de bază includ un șir de aspecte care sunt legate de: adresări tergiversate pentru asistența medicală sau lipsa accesului la ea; depistare și diagnosticare tardive, care contribuie la inițierea întârziată a tratamentului, cauzată de faptul că medicu-clinicist nu poate identifica la timp tuberculoza. Acest fenomen ar putea prelungi perioada contagiozității pacienților baciliferi, ar putea duce la deces. Declararea tardivă a cazului de tuberculoză duce la organizarea întârziată a activităților adecvate antituberculoase, la insuccese în efectuarea și finalizarea tratamentului antituberculos standardizat în legătură cu necomplianța pacienților, motivația lor ineficientă; la tratamente incorecte, care nu corespund regimurilor chimioterapeutice recoman-

date; efectuarea tardivă a măsurilor de profilaxie a tuberculozei printre copii, mai frecvent din cauza declarării tardive a tuberculozei la maturi și examinării contactilor; neajunsuri în ancheta epidemiologică, în identificarea contactilor; probleme de reacționare promptă la izbucnirea focarului de tuberculoză [1, 2, 5, 15, 30].

Recomandările SUA, Canadei și Marii Britanii [1, 5, 15] cu certitudine determină rolul și responsabilitățile în managementul tuberculozei ale organelor de conducere a sistemului sănătății la diferite nivele; cliniciștilor din sectoarele public și privat; medicilor licențiați, care înfăptuiesc examinări de screening printre imigranți, persoanele care se adresează pentru cetățenie, loc permanent de trai și alte servicii; centrelor de asistență medicală primară; spitalelor; centrelor academice și organizațiilor medicale profesionale; ONG-urilor; instituțiilor sistemului penitenciar.

Recomandările de bază privitor la depistarea și conduita pacienților cu tuberculoză includ un șir de activități din momentul când diagnosticul tuberculozei este suspectat pentru prima dată și se finisează cu momentul încheierii tratamentului antituberculos. În absoluta majoritate a cazurilor pacienții cu simptome sugestive la tuberculoză se adresează în instituțiile de asistență medicală primară și secții de asistență medicală urgentă, cadrele cărora trebuie să cunoască și să identifice aceste persoane suspecte la tuberculoză [28].

Strategia depistării și diagnosticării tuberculozei în programele naționale evaluate nu se deosebește principial. Dar în diagnosticarea tuberculozei sistemului respirator în Marea Britanie [15] este recomandată radiografia organelor toracelui, în caz de depistare a modificărilor pulmonare se examinează sputa la BAAR, se face examenul prin cultură. Depistarea și diagnosticarea tuberculozei extrarespiratorii prevede metode noi cu tehnologie performantă pentru confirmarea bacteriologică, sunt propuse scheme concrete pentru examinarea pacienților cu tuberculoză extrarespiratorie cu diferită localizare. Toate aceste investigații sunt accesibile și se efectuează în instituțiile medicale de profil general, dar din momentul confirmării diagnosticului pacientul este transferat imediat în instituții medicale specializate antituberculoase. Serviciul de ftiziologie include asistente medicale cu o pregătire specială, cadre medicale pentru asistență medicală la domiciliu.

În SUA [1] au fost elaborate recomandări speciale după scenarii, în care pot nimeri medicii din rețeaua asistenței medicale primare la examinarea pacienților cu semne sugestive la tuberculoză. Totodată, cadrele din rețeaua asistenței medicale primare sunt orientate spre depistarea tuberculozei în rân-

durile populației care se adresează de sine stătător. Depistarea activă în aceste țări la persoanele care nu se adresează după asistență medicală se efectuează în cadrul examinării contactilor cu bolnavii cu tuberculoză și printre persoanele infectate cu MBT. Depistarea activă a bolnavilor cu tuberculoză se efectuează prin screeningul radiologic al organelor toracelui tuturor celibatarilor și/sau persoanelor cu semne sugestive la tuberculoză, ceea ce ar putea să fie și o motivație pentru complianța acestor persoane. Cadrele medicale, la rândul lor, sunt orientate la perfecționarea permanentă a cunoștințelor, metodelor de depistare, al tratamentului și măsurilor de prevenție, integrarea tuturor activităților între serviciul de asistență medicală primară, serviciul de ftiziopneumologie, asistența socială, voluntari care lucrează cu celibatarii.

Un loc important în recomandările Asociației toracale americane, Centrelor de control și profilaxie a maladiilor în SUA îl au depistarea, tratamentul și prevenirea infecției tuberculoase latente. La nivelul fiecărui stat este recomandată evaluarea situației în teritoriile administrative pentru determinarea grupelor de populație cu risc sporit de îmbolnăvire. La nivel federal sunt determinate grupele de bază și propuse căile de soluționare a problemei tuberculozei.

Depistarea și profilaxia tuberculozei la copii și adolescenți presupune, în primul rând, determinarea, diagnosticarea și tratamentul bolnavilor maturi cu tuberculoză. Identificarea contactilor cu bolnavul de tuberculoză este foarte importantă în controlul și prevenirea tuberculozei la copii [1, 2].

Analizând recomandările organizațiilor internaționale de frunte și programele naționale din SUA, Canada și Marea Britanie, cu certitudine menționăm că controlul efectiv al tuberculozei în primul rând se bazează pe managementul corect al acestui proces, care include activități importante, cum ar fi educația cultural-socială, cultura sanitară a populației, accesibilitatea asistenței medico-sanitare, corectitudinea repartizării responsabilităților și resurselor între structurile de diferite niveluri ale sistemului sănătății [29, 30, 36]. Nivelul scăzut de răspândire a tuberculozei în SUA, Canada și Marea Britanie, în cadrul activităților antituberculoase întreprinse, ne permite să apreciem eficiența recomandărilor privind depistarea și diagnosticarea tuberculozei adoptate în aceste țări, care în principiu corespund cu strategia internațională *Stop TB Strategy*, susținută de OMS, și le dezvoltă în corespundere cu specificul și posibilitățile acestor state. Mai frecvent se aplică metodele examenului radiologic în cadrul investigațiilor de screening în depistarea tuberculozei la anumite pături sociale.

Stop TB Strategy, lansată în anul 2006, se bazează pe strategia DOTS și îi sporește realizările, care, prin obiectivele noi, permite accesul universal la tratamentul de înaltă calitate și individualizat și la serviciile de protecție contra TB/HIV, prevenirea TB MDR [17]. Conform acestui program, pacienții considerați mai infecțioși, cu sputa pozitivă, constituie obiectul principal al controlului tuberculozei, inclusiv depistarea, monitorizarea contactilor și controlul infecției. În scopul aplicării strategiei noi *Stop TB Strategy*, Planul Global a impus revizuirea ediției a treia a *Ghidului pentru programele naționale: Tratamentul tuberculozei*, publicat în 2003 [21, 23]. În ediția a IV a Ghidului au fost fondate recomandările pe dovezi de calitate, pe valorile pacienților și pe raportul cost-beneficiu [17, 21, 23, 16, 6, 4, 18, 9, 11, 12], unde este specificat faptul că toți pacienții „*au dreptul la acces liber și echitabil la tratamentul tuberculozei, din momentul diagnosticării până la finalizarea tratamentului*” [16].

Pentru a înlocui Categoriile I-IV, ediția a IV-a clasifică pacienții (și regimurile-standard de tratament pentru fiecare grupă) conform probabilității existenței rezistenței la droguri. Rezistența medicamentoasă este un factor critic pentru succesul terapiei, iar tratamentul anterior al tuberculozei conferă un risc mai mare [6, 4].

Această ediție folosește aceleași grupe de înregistrare a pacienților ca și cele utilizate pentru evidență și raportare, care diferențiază pacienții noi de cei care au primit anterior tratament [7]. Grupele de înregistrare pentru pacienții tratați anterior se bazează pe rezultatele tratamentului pe care l-au primit deja: eșec, recidivă sau abandonul tratamentului.

Ediția a patra cuprinde diagnosticul și tratamentul atât al infecției HIV, cât și al TB-MDR și astfel ar trebui să contribuie la realizarea accesului universal la un sistem de îngrijire de înaltă calitate a TB-MDR și a HIV, promovat de *Strategia Stop TB* [12, 24].

În ceea ce privește diagnosticarea HIV, această ediție prezintă ultimele recomandări ale OMS privind testarea HIV a tuturor persoanelor care au fost diagnosticate sau sunt suspecte de TB pentru toate tipurile de epidemie HIV (nivel scăzut concentrat sau generalizat) [9].

Ediția nouă include și recomandările recente ale OMS de efectuare a testelor de sensibilitate la începutul terapiei tuberculozei la toate persoanele care trăiesc cu HIV [10], precum și recomandări privind calendarul și tipul regimului terapiei antiretrovirale (ARV) [20].

Realizările noi în TB-MDR, de asemenea, au contribuit la necesitatea revizuirii. Conform principiului accesului universal la diagnosticarea și tratamentul TB-MDR, planul de răspuns TB-MDR și TB-XDR

(chimiorezistența extinsă) din 2007-2008 [22, 11] îndeamnă la diagnosticarea și tratamentul TB-MDR în toate țările până în 2015.

În condițiile în care există finanțare din partea partenerilor internaționali, lipsa fondurilor pentru tratamentul TB-MDR nu mai este un argument acceptabil pentru a indica un regim de retratament cu medicamente de prima linie timp de 8 luni (anterior numit *Categoria a II-a de tratament*) pacienților cu o probabilitate înaltă de MDR. Acest regim este ineficient în tratamentul TB-MDR și poate doar amplifica drogrezistența [6, 7].

În țările cu o acoperire insuficientă cu DOTS, ar putea exista condiții potrivite pentru un proiect-pilot în MDR, care, odată creat, ar putea oferi un model și un imbold pentru extinderea programului DOTS. În majoritatea țărilor, totuși, condițiile pentru inițierea unui component MDR în PNCT este sistemul DOTS bine pus la punct în întreaga țară [12, 24].

Această strategie poate fi aplicată și în alte țări, unde suferinzi de tuberculoză au acces la asistența medico-sanitară, de asemenea la resursele necesare pentru stabilirea diagnozei corecte; în țările unde este atinsă o eficacitate înaltă a tratamentului anti-tuberculos și care au un sistem antituberculos bine organizat, bazat pe date științific argumentate [36].

Bibliografie

1. American Thoracic Society. *Diagnostic Standard and Classification of Tuberculosis in Adults and Children*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., vol. 161, p. 1376-1395.
2. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Disease Society of America: *Controlling Tuberculosis in the United States*. In: Am. J. Respir. Crit. Care Med., 2005, vol. 172, p. 1169-1227. Internet address: www.atsjournals.org.
3. *An expanded DOTS framework for effective tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/TB/2002.297; <http://www.who.int/gtb/dots/2002-297.html>, accessed 25 September 2003).
4. Aziz M.A. et al. *Epidemiology of antituberculosis drug resistance (the Global Project on Anti-tuberculosis Drug Resistance Surveillance): an updated analysis*. In: Lancet, 2006, vol. 368, p. 2142-2154.
5. Canadian Lung Association/Canadian Thoracic Society, Government of Canada. *Canadian Tuberculosis Standards* (5th edition), 2000, 253 p.
6. Espinal M.A. et al. *Standard short-course chemotherapy for drug-resistant tuberculosis: treatment outcomes in 6 countries*. In: Journal of the American Medical Association, 2000, vol. 283, p. 2537-2545.
7. Espinal M.A. *Time to abandon the standard retreatment regimen with first-line drugs for failures of standard treatment*. In: International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2003, vol. 7, p. 607-608.
8. *Framework for effective tuberculosis control*. Geneva, World Health Organization, 1994 (WHO/TB/94.179; http://whglidboc.who.int/hg/1994WHO_TB_94.179.pdf, accessed 25 September 2003).

9. *Guidance on provider-initiated HIV testing and counseling in health facilities*. Geneva, World Health Organization, 2007.
10. *Guidelines for the programmatic management of drug-resistant tuberculosis: emergency update 2008*. Geneva, World Health Organization, 2008 (WHO/HTM/TB/2008.402).
11. Guyatt G.H. et al. *GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations*. In: British Medical Journal, 2008, vol. 336, p. 924-926.
12. *International Standards for Tuberculosis Care (ISTC) 2nd ed*. The Hague, Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2009.
13. Kochi A. *The global tuberculosis situation and the new control strategy WHO*. In: Bull. World Health Org., 2001, vol. 79, no. 1, p. 71-75.
14. *Molecular line probe assays for rapid screening of patients at risk of MDR TB: policy statement*. Geneva, World Health Organization, 2008 (available at: www.who.int/tb/features_archive/policy_statement.pdf).
15. National Institute for Health and Clinical Excellence *Clinical Guideline Tuberculosis: Clinical diagnosis and management of tuberculosis, and measures for its prevention and control*. London, 2006, 66 p.
16. *Patients' charter for tuberculosis care: patients' rights and responsibilities*. Geneva, World Care Council, 2006 (available at: www.who.int/tb/publications/2006/patients_charter.pdf).
17. Raviglione M.C., Uplekar M.W. *WHO's new stop TB strategy*. In: Lancet, 2006, vol. 367, p. 952-955.
18. *Revised TB recording and reporting forms and registers – version 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/TB/2006.373; available at: www.who.int/tb/dots/r_and_r_forms/en/index.html).
19. *Surveillance of Tuberculosis in Europe – Euro TB (In KNCV) and the national coordinators for tuberculosis surveillance in the WHO European Region*. Report on tuberculosis cases notified in 2000. Saint-Maurice, Institute de Veille Sanitaire.
20. *Settings: recommendations for a public health approach*. Geneva, World Health Organization, 2006.
21. *The global plan to stop TB, 2006-2015*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35).
22. *The global MDR-TB & XDR-TB response plan 2007-2008*. Geneva, World Health Organization, 2007 (WHO/HTM/TB/2007.387).
23. *Treatment of tuberculosis: guidelines for national programmes*, 3 rd. ed. Geneva, World Health Organization, 2003 (WHO/CDS/TB/2003.313).
24. *Treatment of tuberculosis: guidelines*, 4th ed. Geneva, World Health Organization, 2009 (WHO/HTM/TB/2009.420)
25. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. *International standards for Tuberculosis Care (ISTC) – The Hague*, 2006.
26. World Health Assembly. *Tuberculosis programme*. Geneva, World Health Organization, 1993 (WHA46.36).
27. World Health Organization. *Taman's tuberculosis case detection, treatment and monitoring questions and answers (2nd edition)*, Geneva, 2004, 331 p.
28. World Health Organization, Regional Office Europe: *The Brief Guide on TB Control for Primary Health Care Providers*. Copenhagen. World Health Organization, 2004, 54 p. (EUR/04/5049265).
29. *World Health Organization: Stop TB Strategy*. World Health Organization, Geneva, 2006, 24 p. (WHO/HTM/TB/2006.360).
30. World Care Council. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care*, 2006.
30. Баронова В.С., Одинец В.С., Акинина С.А. *Особенности течения туберкулеза, нераспознанного при жизни больного*. В журнале: Проблемы туберкулеза и болезней легких, 2011, №4 (IX съезд фтизиатров России), с. 49-50.
31. Наумов В.И., Шайхаев А.Я., Токаев К.В. *Хирургическая тактика в условиях современного течения туберкулеза легких*. В журнале: Русский медицинский журнал, том 6, № 17, с. 1143-1145.
32. Хоменко А.Г. *Туберкулез как международная и национальная проблема*. В журнале: Проблемы туберкулеза, №2, 1994, с. 2-4.
33. Хоменко А. Г. *Современные представления о патогенезе туберкулеза*. В журнале: Русский медицинский журнал, том 6, № 17, с. 1126-1128.
34. Хоменко А. Г. *Современные тенденции распространения туберкулеза в России*. В журнале: Русский медицинский журнал, том 6, № 17, с. 1121-1125.
35. Чуканов В.И. *Основные принципы лечения больных туберкулезом*. В журнале: Русский медицинский журнал, том 6, № 17, с. 1138-1142.
36. Юрасова Е.Д., Демихова О.В., Пунга В.В. *Международные подходы к организации выявления туберкулеза в современных эпидемических условиях*. В журнале: Туберкулез и болезни легких, 2010, №9, с. 3-7.

MANAGEMENTUL DEPISTĂRII TUBERCULOZEI ÎN SISTEMUL MEDICAL INTEGRAT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

N. NALIVAICO,

IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc

Scop. Optimizarea depistării tuberculozei în sistemul medical integrat, determinarea criteriilor medico-sociale de formare a grupelor de risc crescut de îmbolnăvire cu tuberculoză, care vor contribui la reducerea poverii tuberculozei în Republica Moldova.

Material și metode. Ancheta-chestionar pentru depistarea maladiilor aparatului respirator. Au fost analizate materialele activității secției de monitorizare, evaluare și integrare a serviciilor de asistență medicală și Strategia DOTS și DOTS plus în cadrul Institutului de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc, agenda de monitorizare și evaluare a programelor teritoriale de control al tuberculozei.