

- 6) Crudu V. Arnatodir T, Laticevschi D. Resistance to antituberculosis drug and practices in drug susceptibility testing in Moldova, 1995-1999 În: Int. J. Tuberc. Lung. Dis. 7(4): 336-342,2003, IUATLD
- 7) Crudu V. Timbalari Gh, Burinschi V, Ghinda S., Golisceva Dangers of multidrug resistant tuberculosis American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, V.169,nr.7, May, 2003, p. 377
- 8) Crudu V. Timbalari Gh, Burinschi V, Ghinda S. Golisceva O. TB resistance in the Republic of Moldova in 2001 American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine, V.169,nr.7, May, 2003, p. 378
- 9) Crudu V. V.Laticevschi. Tuberculosis resistance in Moldovan prison before and after DOTS implementations În: International Journal Tuberculosis and Lung Diseases. v.8, nr. 11,2004, p.83
- 10) Crudu V. Timbalari Gh, Burinschi V, Ghinda S. Golisceva O. Tuberculosis resistance in the Republic of Moldova before and after DOTS implementations În: International Journal Tuberculosis and Lung Diseases. v.8, nr. 11,2004, p.203
- 11) Crudu V. Estimation of the MDR-TB disease burden in Republic of Moldova În: International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases. v.9, nr. 11,2005, p.257
- 12) Crudu V. Soltan V., Burinschi V., Goliscev O., Blagodetelev G., Ghinda S The anti-tuberculosis drug resistance trends over the last 10 years in the Republic of Moldova. În: // International Journal of Tuberculosis and Lung Diseases. Paris, v.9, no 10, 2006, p.124

PERSPECTIVE DE OPTIMIZARE A TRATAMENTULUI TUBERCULOZEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Liliana Domete

Institutul de Ftziopneumologie, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Towards the optimization of TB treatment in the Republic of Moldova

Tuberculosis is a priority issue of public health in the Republic of Moldova. The TB epidemiological situation has worsened considerably during the last years. Despite the number of newly registered cases remaining relatively constant, the share of destructive and sputum-positive forms in the structure of prevalence is very high. All these patients need hospitalization and treatment until becoming non-infectious. At the same time a significant reduction in the number of TB beds could be observed lately. Creating new hospitals or increasing the number of beds is not possible due to financial constraints. Thus, the efficient treatment should be guaranteed by improving the organizational forms of treatment, including ambulatory treatment of non-infectious patients in the acute phase under the supervision and control of the TB specialist, and offering of a series of incentives/enablers to increase the adherence to treatment and the cure rate.

La momentul actual tuberculoza, care pînă nu demult se considera o boală pe cale de dispariție în țările dezvoltate, re-apare în calitate de prioritate majoră a sănătății publice. Printre factorii principali care contribuie la răspîndirea tuberculozei (și a altor maladii infecțioase) la nivel global ar putea fi menționați: sporirea numărului populației, sărăcia, migrarea intensă, deteriorarea infrastructurii medicale și a programelor de sănătate publică în țările în tranziție, conflictele armate și actele teroriste, adaptarea nemijlocită a microorganismelor, etc. În prezent în toate țările lumii au fost depistate tulpini rezistente de *Mycobacterium tuberculosis*, ceea ce creează probleme suplimentare în combaterea tuberculozei, inclusiv prin sporirea semnificativă a costurilor tratamentului. O altă problemă majoră constă în gradul jos de aderență la tratament al pacienților cu tuberculoză, care se întâlnește atît în țările în curs de dezvoltare cît și în cele

dezvoltate. Aceste noi provocări necesită și implementarea unor noi strategii de control al tuberculozei, diferite de cele adoptate în anii 1970. Noile strategii au drept scop ameliorarea depistării cazurilor noi, reducerea numărului formelor rezistente, sporirea aderenței pacienților la tratament, precum și abordarea aspectelor socio-economice, culturale, politice, etc. și sunt nespuse de actuale pentru Republica Moldova.

În ultimii 17 ani situația epidemiologică a tuberculozei în republică s-a agravat considerabil, incidența globală sporind de 2,1 ori (de la 49,2 la 100 000 populație în anul 1990 la 126,7 în anul 2007).

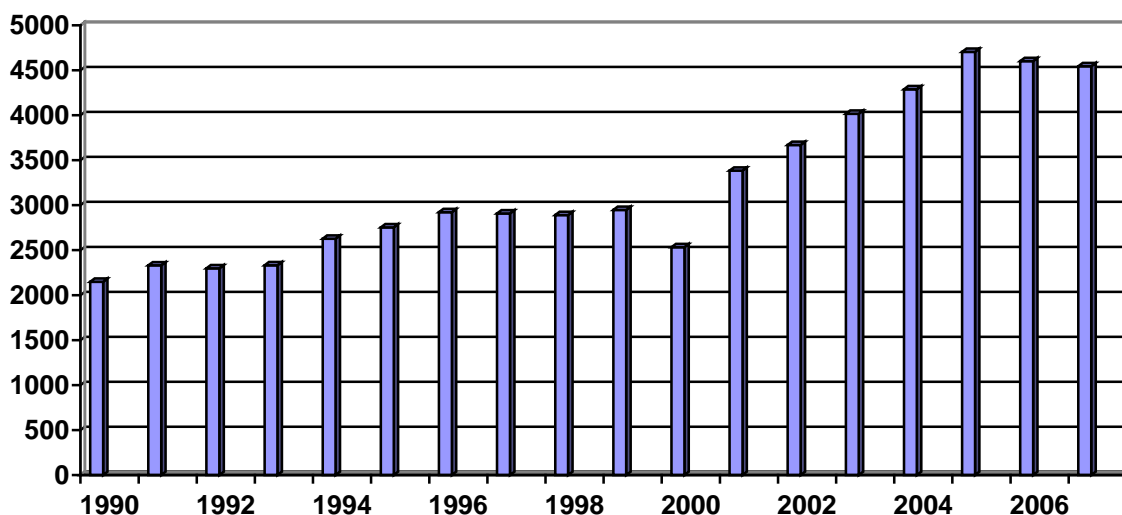


Fig. 1 Numărul bolnavilor înregistrați (caz nou și recidiv) anii 1990-2007 în RM

După cum se vede în figura 1 în perioada 1990-1999 numărul cazurilor de tuberculoză (caz nou și recidive) înregistrate anual era în continuă creștere. Dacă în anul 1990 a fost înregistrat cel mai mic număr de bolnavi – 2149, atunci 1999 numărul acestora crește până la 2947 (cu 798 mai mare decât în 1990). Incidența globală în această perioadă a sporit cu 37%, (de la 49,2 până la 68,7), ritmul de creștere al incidenței fiind de aproximativ 3-4 % anual.

În perioada anilor 1990-1999, serviciul de ftiziopneumologie a funcționat în condiții foarte dificile din cauza finanțării insuficiente. Începând cu anul 1996 asigurarea republicii cu medicamente antituberculoase a devenit insuficientă și neritmică, tratamentul se administra incomplet și neregulat (cu întreruperi), ceea ce a influențat negativ eficacitatea lui.

Pentru spitalizarea și tratamentul bolnavilor cu forme evolutive de tuberculoză în anul 1990 funcționau 3085 paturi.(fig. 2)

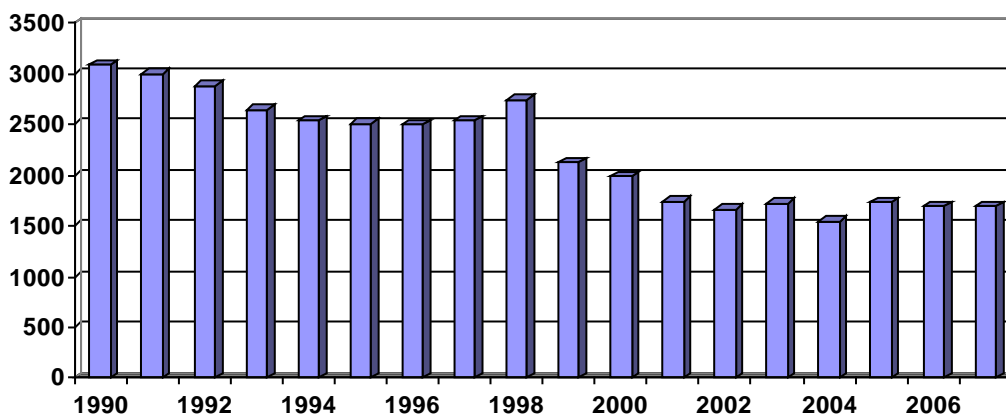


Fig. 2. Numărul paturilor de profil ftiziopneumologic, perioada 1990-2007 în R.M.

Din această perioadă s-a început reducerea numărului de paturi (1991- cu 90 paturi, 1992 - cu 110, 1993 - cu 253, 1994 - cu 115, 1998 - cu 210, cea mai semnificativă reducere avînd loc în anul 1999 – cu 619 paturi). De menționat, că numărul de paturi s-a micșorat mai ales în spitalele mari: în mun. Chișinău - cu 65 paturi, în dispensarul de ftziopneumologie din mun. Bălți (care deservea 14 raioane din nordul republicii) - cu 360 paturi și în spitalul republican Vorniceni, (care deservea centrul și sudul republicii) - cu 290 paturi. Spitalul de tuberculoză din Orhei cu o capacitate de 200 paturi a fost reprofilat în spital pentru bolnavi de boli mintale. Această micșorare considerabilă a numărului de paturi (cu 915) în spitalele mari a influențat negativ calitatea și eficacitatea tratamentului în faza intensivă, care este decisivă în tratamentul bolnavilor cu tuberculoză.

Pe parcursul anilor 2000 – 2006 numărul paturilor în spitale s-a micșorat cu încă 293. În teritoriile și instituțiile medicale subordonate Ministerului Sănătății la 01.01.2007 sunt amplasate 1090 paturi și în evidență sunt 4365 bolnavi cu forme active de tuberculoză sau cîte 4,0 bolnavi la un pat.

Începînd cu anul 2004 serviciul de ftziopneumologie activează în cadrul medicinei prin asigurare. Compania Națională de Asigurări în Medicină (CNAM) alocă fonduri importante pentru finanțarea serviciului în cauză. În anii 2004-2007 finanțarea s-a efectuat la etapa asistenței medicale spitalicești cu achitarea “cazului tratat”.

În această perioadă nivelul de finanțare a instituțiilor specializate, care acordau asistență medicală spitalicească bolnavilor cu tuberculoză este în creștere tabelul 1:

Tabelul 1

Finanțarea asistenței medicale spitalicești, în instituțiile specializate (lei),
anii 2004-2007

2004		2005		2006		2007	
Instituția	Cost-caz	Instituția	Cost-caz	Instituția	Cost-caz	Instituția	Cost-caz
IFP	4749	IFP	6400	IFP	7111	IFP	11666,5
ST Vorniceni	5247	ST Vorniceni	6400	ST Vorniceni	7111	ST Vorniceni	12449,2
SFP Chișinău	3300	SFP Chișinău	5500	SFP Chișinău	5500	SFP Chișinău	8500,7
SFP Bălți	3300	SFP Bălți	5500	SFP Bălți	5500	SFP Bălți	8506,1
SR Soroca	3300	SR Soroca	3700	SR Soroca	4188	SR Soroca	6457,7
SR Florești	3300	SR Florești	3300	SR Florești	3700	SR Florești	5700,8
SR Hîncești	3300	SR Hîncești	3300	SR Hîncești	3700	SR Hîncești	5751,7

Analizînd structura contingentului bolnavilor la finele fiecărui an pe parcursul perioadei 1990-2007 s-a constatat că numărul bolnavilor cronici a sporit esențial. Prevalența formelor distructive și bacilare în anii 1990 a fost de 28,6 și 45,2 la 100 000 populație, iar în anul 2007 - de 72,1 și de 72,7 corespunzător.

În 2007 în republică (în instituțiile subordonate MS) au fost înregistrate 4133 cazuri de tuberculoză, din care 3307 cazuri noi și 826 recidive. Dacă numeric numărul cazurilor înregistrate rămîne practic la același nivel, apoi contingentul bolnavilor activi (4365) la sfîrșitul anului trezește mari îngrijorări. În structura prevalenței ponderea bolnavilor cu forme distructive este de 55% și a bolnavilor eliminatori de bacili 54,5%.

Făcînd o analiză a datelor statistice pe anii 2004-2007, putem constata ca numărul bolnavilor cu tuberculoză respiratorie nebaciliferi este la fel mare (fig.3.). Ponderea bolnavilor cu tuberculoză respiratorie nebaciliferi în anul 2007 este de 60% .

Din numărul total de pacienți nebaciliferi depistați pe parcursul anilor 2004–2007, mai mult de 50%, locuiesc în mun. Chișinău, mun. Bălți și în centrele raionale (fig.4). Practic acești pacienți ar fi putut urma tratamentul în condiții de ambulator sub evidența medicului ftziopneumolog. Astfel ar fi fost posibilă internarea sau majorarea duratei de tratament a

pacienților microscopic pozitivi pînă la debacilare, ceea ce ar fi dus la sporirea eficacității tratamentului.

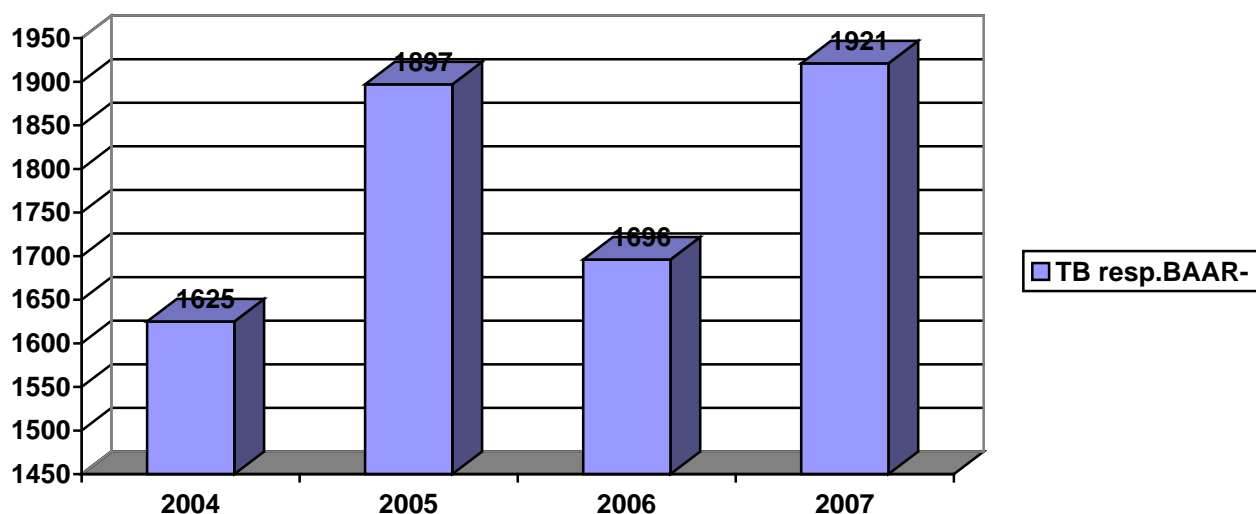


Fig. 3. Numărul bolnavilor TB respiratorie nebaciliferi, anii 2004-2007 RM.

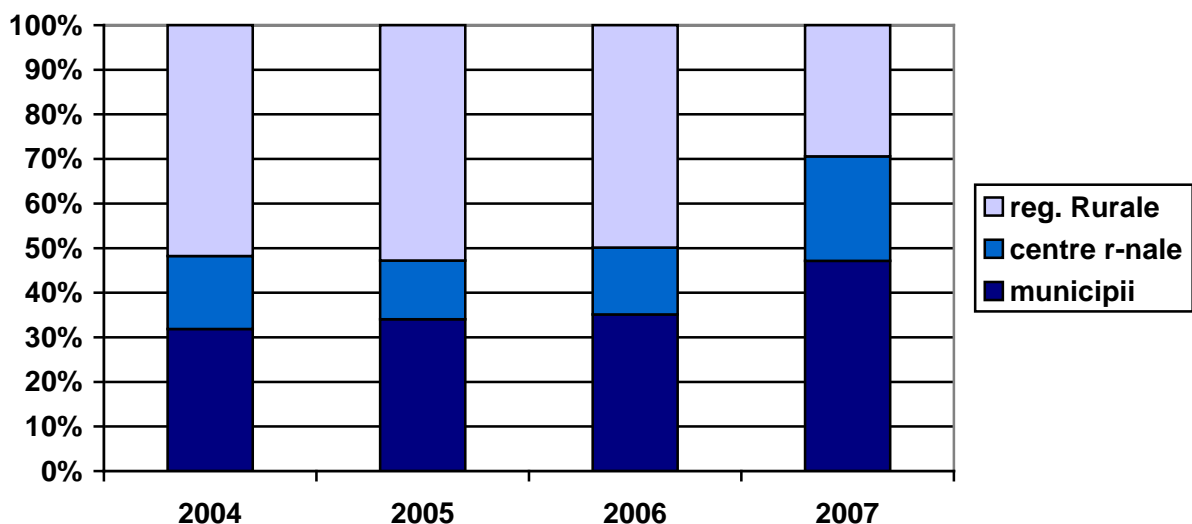


Fig. 4. Distribuirea teritorială a pacienților TBC respiratorie nebaciliferi, anii 2004-2007 RM.

După cum se vede organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză este o problemă prioritară la moment. E nevoie de sporit finanțarea serviciului ftiziopneumologic, dar și calitatea asistenței. Cea mai bună metodă de profilaxie a tuberculozei este tratamentul efectiv. Obiectivul principal al Programului Național de Combatere și Profilaxie a Tuberculozei prevede vindecarea a 85% din numărul bolnavilor prim-depistați, microscopic pozitivi. Rata succesului tratamentului în anul 2006 la finele fazei intensive a fost realizată la nivel de 73%, iar la finele curei de tratament acest indice este de doar 63%.

Luînd în considerație creșterea numărului bolnavilor cu forme cronice de tuberculoză precum și faptul că marea majoritate a lor au forme multirezistente, numărul paturilor pentru asigurarea spitalizării bolnavilor ar necesita o majorare cu circa 400 paturi, după care numărul de bolnavi activi la un pat ar fi de 3 bolnavi și va asigura durata spitalizării unui bolnav activ pe parcursul a 4 luni în an, termen maximal prevăzut de strategia DOTS. Deschiderea noilor staționare, sau majorarea numărului de paturi la moment nu este posibilă. Asigurarea tratamentului bolnavilor trebuie rezolvată prin perfecționarea formelor organizatorice de tratament.

La finele anului 2007 a fost emis Ordinul comun Nr. 437/29.11.07/210-A/13.12.07 MS și CNAM “Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulator”. Prin implementarea acestui Ordin se preconizează eliberarea paturilor, pe care vor putea fi spitalizați bolnavii microscopic pozitivi. Astfel va putea fi majorată durata spitalizării bolnavilor, ceea ce va spori eficacitatea tratamentului. Ordinul stabilește modul de organizare al tratamentului și motivarea pacientului, precum și specifică formele clinice de tuberculoză, care pot fi tratate în condiții de ambulator.

Conform noului ordin, costul cazului tratat în condiții de ambulator, faza intensivă este de 2250 lei. Bolnavul se va deplasa zilnic în cabinetul ftiziopneumologic, unde i se vor administra medicamente antituberculoase conform schemei de tratament. Cu scopul creșterii complianței la tratament, pacienții vor fi motivați prin eliberarea bonurilor pentru produse alimentare în sumă de 35 lei zilnic și acoperirea cheltuielilor pentru transport public (tur- retur), după caz, în baza abonamentelor, tichetelor sau a unui echivalent bănesc în sumă de 75 de lei lunar.

Analizînd costul tratamentului bolnavilor nebaciliferi faza intensivă, în municipiile Chișinău și Bălți, și a bolnavilor din centre raionale, care urmează tratament în Institutul de Ftiziopneumologie și spitalul republican de tuberculoză Vorniceni pe anii 2004-2007, putem menționa, că cheltuielile sunt cu mult mai mari în condiții de staționar. Spre exemplu în anul 2007 în municipiile Bălți și Chișinău s-au înregistrat 906 bolnavi cu tuberculoză nebaciliferi și în centrele raionale aproximativ 450 bolnavi. În cazul organizării tratamentului a 1356 bolnavi în condiții ambulator cu achitarea cheltuielilor pentru transport și alimentație este necesar de alocat 3,051.000 lei (1356 x 2250). Pentru tratamentul acestor bolnavi internați în staționar cu achitarea costului unui caz tratat, s-au alocat 7,701.000 lei (906 x 8500) pentru pacienții din municipii și 5,426.100 lei (450x12058), pentru pacienții din centrele raionale. În total CNAM a achitat pentru tratamentul a 1356 bolnavi 13,127.100 lei. În cazul organizării tratamentului acestor bolnavi în condiții de ambulator ar fi fost economisite surse financiare în sumă de 10,076.100 lei și ar fi fost eliberate 226 paturi, dintre care în spitalele din Chișinău și Bălți –151 paturi, și în IFP și spitalul Vorniceni –75 paturi. Aceste paturi ar fi putut fi utilizate pentru spitalizarea bolnavilor baciliferi, care sunt sursa de infecție în societate, pînă la debacilarea acestora.

Mai mult ca atît motivînd pacienții, care vor urma tratament în condiții ambulator, atît în faza intensivă cît și faza de continuare, vom putea obține o majorare a ratei succesului tratamentului și ne vom putea apropia de obiectivul principal a Programului Național. Această formă de tratament în condiții de ambulator a bolnavilor de tuberculoză fără eliminări de micobacterii, se practică în mai multe țări din lume, cu aplicarea diferitor stimuli, în scopul sporirii vindecării și creșterii complianței la tratament.

Motivarea pacientului este o problemă semnificativă în controlul tuberculozei. Majoritatea pacienților sunt demotivați din cauza stimei, poverii financiare, duratei lungi a tratamentului, inclusiv necesitatea de a continua tratamentul și după dispariția simptomelor, etc. Multe programe de control al tuberculozei din lume încearcă să îmbunătățească rata vindecării prin oferirea unui șir de stimuli și factori facilitatori pacienților încadrați în programul DOTS și prestatorilor. Astfel, programul-pilot implementat în regiunea Ivanovo (Federația Rusă) a inclus pachete alimentare, oferirea transportului gratuit, educarea pacienților și oferirea posibilităților de petrecere a timpului liber; în Haiti programul a inclus suport nutrițional, transport, asigurare cu locuințe (cazare), asistență socio-economică (în dependență de necesități), în Cambodia – suport nutrițional, în Cazahstan – suport bănesc, alimentație, vizite la domiciliu a asistentei medicale, controale medicale gratuite, în Tadjikistan – suport nutrițional.

La moment este dificil de a evalua obiectiv impactul real al stimulilor și factorilor facilitatori și cost - eficiența lor, dar totuși există o percepție puternică că anumite scheme de stimulare/facilitare „funcționează” (în special cele legate de suportul nutrițional), ceea ce înseamnă că ele sporesc aderența la tratament, ameliorează accesul la DOTS, facilitează depistarea cazurilor noi, îmbunătățesc starea nutrițională și statutul imun, etc.

Bibliografie

1. Ordinul MS nr. 180 din 08.05.07” Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova”, p. 55-57.
2. Materialele conferinței științifico-practice 19- 20 septembrie 2006, Actualități în fiziopneumologie, vol.I , Chișinău 2006.
3. Ordinul MS și CNAM nr.437 din 29 noiembrie 2007/ 210-A din 13 decembrie 2007”Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou și readmis, nebaciliferi în condiții de ambulator”
4. Iacubowiak W.M., Bogorodskaya E.M., Borisov S.E., Danilova I.D., Lamakina O.B., Kourbatova E.V.”Social support and incentives programme for patients with tuberculosis: experience from the Russian Federation” International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, vol. 11, number 11, november 2007, pp.1210-1215 (6)
5. Farmer P.”Social science and the new tuberculosis” Social Science and Medicine, 1997, 44(3), pp.347-358.
- 6.”Addressing poverty in TB Control” WHO, Geneva, 2005.
7. www.msh.org/rpmpplus/tb („Incentives and Enablers”)
8. Е.М.Богородская, И.Д.Данилова, О.Б. Ломакина” Формирование у больных туберкулезом стимулов к выздоровлению и соблюдению режима химиотерапии” , Проблемы туберкулеза, март 2007, ст.46-64.
9. Е.В.Сухова, В.Н.Барсуков, В.М. Сухова, Н.Р.Зайнулин „ Факторы, снижающие дисциплину лечения у больных туберкулезом легких, и возможности повышения мотивации к лечению”, Пульмонология, февраль 2007, ст.50-55.
10. О.Б.Нечаева” Стационарзамещающие технологии в лечении больных туберкулезом легких” , Проблемы туберкулеза, март 2007, ст.34-36.

TRATAMENTUL PACIENȚILOR CU DIABETUL ZAHARAT DE TIP 1

Irina Coșciug

USMF „Nicolae Testemițanu”, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Treatment of patients with type 1 diabetes mellitus

Diabetes mellitus is one of the most widespread health problems affecting about 160 million people in the world. About 10% of diabetic patients have type 1 diabetes mellitus. Mandatory insulin treatment, being a complex issue, involves a number of unsolved issues in social, organizational and educational areas, especially related to self-management and life quality of these patients, which arguments the need of research in the area of patients’ preferences regarding distribution of insulin preparations, and their training in self-management of type 1 diabetes.

Introducere

Diabetul zaharat ocupă unul dintre primele locuri în mulțimea problemelor medico-sociale globale care influențează negativ economia țărilor și sănătatea întregii omeniri, căpătând proporțiile unei epidemii. Diabetul zaharat după importanța medico-socială se plasează pe locul doi după patologia cardiovasculară și oncologică. Aceasta se explică prin următoarele: răspândirea largă a maladiei, gravitatea complicațiilor, costul mare a metodelor de diagnostic și de tratament care sunt necesare pacienților pe tot parcursul vieții. După OMS, numărul total a bolnavilor cu diabet în lume constituie 160 milioane. Diabetul zaharat de tip I reprezintă o formă mai gravă de diabet și constituie circa 10% din numărul total de pacienți. Cauza dezvoltării insuficienței insulinice absolute în diabetul de tip I este distrucția autoimună a celulelor – beta