

## UNELE DEFICIENȚE MANAGERIALE ALE CONTROLULUI TUBERCULOZEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Victor TOLMACI, Iurie MALANCIUC,  
Centrul Național de Management în Sănătate

### Summary

#### **Management of Deficiencies in Tuberculosis Control in the Republic of Moldova**

*Management of methods that influence resistance to tuberculosis. The epidemiological situation that leads to the increase of tuberculosis morbidity frequency must be influenced. Our scientific paper includes the goals of special prophylaxis: increase of resistance, identification of persons at risk, prediction and prevention of infection evolution, vaccination, management and localization of epidemiologic situations, TBC testing, use of X-rays, national interdepartmental program monitoring.*

**Key words:** management, epidemiological situation promotion, vaccination.

### Резюме

#### **Некоторые недостатки менеджмента контроля туберкулеза в Республике Молдова**

*Сложившаяся эпидемиологическая ситуация, которая повысила болезненность от туберкулеза, может быть остановлена. Наша работа предлагает специфическое профилактическое воздействие: повышение выносливости, определение и диспансеризация населения с повышенным риском, вакцинация, санитарное просвещение, менеджмент эпидемиологической ситуации, туберкулиновые пробы, флюорография, внедрение Национальной противотуберкулезной программы.*

**Ключевые слова:** менеджмент, выносливость, туберкулиновые пробы, флюорография, население с повышенным риском.

### Introducere

Tuberculoza reprezintă o boală infecțioasă provocată de *mycobacterium tuberculosis* (MBT), ce poate afecta orice organ sau sistem de organe și care are repercursiuni biologice și sociale.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în prezent, o treime din populația planetei este infectată cu *mycobacterium tuberculosis*. Anual în lume se îmbolnăvesc de tuberculoză aproximativ 9 milioane de oameni, iar aproape 3 milioane decedează din cauza acestei maladii. *Mycobacterium tuberculosis* curmă viața mai multor persoane decât orice altă infecție. În țările în curs de dezvoltare, cazurile de deces legate de infecția tuberculoasă constituie 25% din numărul de decese care este posibil de prevenit. Țărilor în curs de dezvoltare le revine 95% din îmbolnăviri și 98% cazuri de decese de tuberculoză.

Condițiile social-economice nefavorabile din anii '90 ai sec. XX au condus la o înrăutățire bruscă a situației epidemiologice prin tuberculoză în Republica Moldova. Aceasta s-a manifestat prin creșterea incidenței bolii. De rând cu aceasta, în ultimii ani se constată și modificarea considerabilă a structurii și manifestărilor clinico-radiologice ale tuberculozei, aparatului respirator, majorarea frecvenței cazurilor de procese cu evoluție grav progresantă, cu debut acut sau erupție acută și eliminări masive ale bacililor.

### Materiale și metode

Obiectul studiului este calitatea și complexitatea decizională a activității în focarele de TB și la diferite nivele ale managementului medical. Rezultatele studiului au fost obținute prin analiza literaturii de specialitate din țară, de peste hotare, a surselor accesibile din internet, a unor acte legislative și instructiv-metodice (instrucțiuni, recomandări metodice, scrisori informative etc.), utilizând metodele documentară și de analiză comparativă.

### Rezultatele studiului

Una dintre cauzele situației create se consideră creșterea frecvenței cazurilor de maladie, condiționate de formele cu tulpini *mycobacterium tuberculosis* rezistente la medicamente. În Republica Moldova, în anul 2007 frecvența MBT rezistente la medicație la eliminătorii de bacili testați în diferite grupuri de bolnavi variază între 42,9% (cazuri noi) și 70,6% (recidive). Concomitent monorezistența se constată la 11%, polirezistența – la 9,8%, multidrogrezistența – la 41,8% din pacienți. Conform datelor cercetătorilor autohtoni și străini, cauzele modificărilor negative în epidemiologia prin tuberculoză în ultimii ani sunt nu numai diminuarea nivelului social al vieții populației și asigurarea insuficientă a programelor de combatere a tuberculozei, ci și schimbarea caracteristicilor biologice ale agentului patogen și a ființei umane. Pericolul epidemiologic al surselor de tuberculoză a devenit foarte înalt, din cauza accentuării în ultimii ani a agresivității tuberculozei, virulenței

înalte și rezistenței la medicamentele specifice. Concomitent, tratamentul tuberculozei pulmonare cu destrucțiune, îndeosebi a tuberculozei polichimiorezistente, este de lungă durată, costisitoare și este asociată cu multe dificultăți.

Reieșind din cele expuse, e necesar de menționat că prevenirea tuberculozei la populația sănătoasă se realizează prin măsuri de profilaxie specifică. Creșterea rezistenței față de infecția bacilară se obține prin vaccinare BCG a nou-născuților și revaccinarea persoanelor neinfectate din grupele de vârstă prevăzute conform *Calendarului vaccinărilor*.

Profilaxia medicamentoasă a tuberculozei este metoda de terapie cu tuberculostatice a persoanelor cu risc crescut de îmbolnăvire, care urmărește prevenirea evoluției infecției sau a unor leziuni inactivă spre boala propriu-zisă. Ideea tratamentului profilactic a apărut foarte curând după introducerea tuberculostaticelelor, în special a izoniazidei – medicament de mare eficacitate în tratamentul tuberculozei. La etapa actuală, prevenirea și controlul tuberculozei dispune de metode eficiente pentru protecția populației neinfectate cu ajutorul vaccinării BCG, precum și pentru recuperarea bolnavilor activi prin tratament profilactic și alte metode. Ținând însă cont și bazându-ne pe numeroasele cercetări și publicații privind organizarea lucrului în focarele de tuberculoză, multe probleme rămân încă nerezolvate. În primul rând, în condițiile actuale de dezvoltare a proceselor epidemice și infecțioase prin tuberculoză, este o necesitate stridentă de criterii noi pentru caracteristica focarelor și abordarea diferențiată în realizarea măsurilor antiepidemice. Necesitatea unificării și corecției activității tuturor specialiștilor în aplicarea examinării epidemice a focarelor de tuberculoză și aplicarea măsurilor de asanare a lor a demonstrat importanța practică a desfășurării acestei cercetări. Modificări deosebite se cer și în tactica de abordare a bolnavilor care au încălcat regimul sanitaro-antiepidemic și, de asemenea, a persoanelor care evită intenționat examinarea și tratamentul.

Actualitatea cercetării este determinată și de faptul că până în prezent nu sunt înlăturate contradicțiile dintre serviciul de fiziologie și centrele de supraveghere sanitară în ceea ce privește aprecierea termenelor supravegherii dinamice și a celor de scoatere a focarului de la evidență, în particular, în cazul decesului bolnavului-sursă de infecție. În literatură se demonstrează că riscul major de infectare și îmbolnăvire de tuberculoză se remarcă la copiii și adolescenții care locuiesc în focarele în care a avut loc decesul. Însă, spre regret, acest fapt nu e indicat în clasificarea focarelor, conform Ordinului nr. 180 *Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova*. În plus,

în instrucțiunile existente cu privire la măsurile în focarele de tuberculoză nu este nominalizat un așa factor epidemiologic important ca aflarea pacientului în instituțiile penitenciare. De asemenea, creșterea șomajului, intensificarea proceselor de migrațiune au dus la apariția focarelor de infecție necontrolabile, cum sunt bolnavii de tuberculoză boschetari, cetățenii străini care sunt stabiliți cu traiul în țară temporar, refugiații și alții. În prezent este evident că limitele focarului de infecție tuberculoasă nu corespund cu cele recunoscute și trebuie concretizate.

Trebuie de menționat că astăzi nu există un raport statistic despre acțiunile medico-sanitare în focarele de tuberculoză. Formele-standard de rapoarte pe care le completează pneumoftiziologii nu reflectă situația completă recentă de realizare a măsurilor antiepidemice.

Astfel, în baza celor expuse, se poate conchide că situația privind tuberculoza în Republica Moldova rămâne încordată, iar măsurile antituberculoase aplicate în focarele de infecție nu corespund cerințelor medicinei contemporane, bazate pe dovezi. În prezent se cere elaborarea programelor noi de combatere a acestei maladii, decizii noi de dirijare, care ar asigura controlul eficient al tuberculozei în R. Moldova.

Reieșind din cercetările efectuate, se poate de concretizat că tuberculoza pulmonară cronică a fost și rămâne o maladie clinic deosebit de gravă, epidemiologic periculoasă și terapeutic puțin respondentă. Mai mult ca atât, în legătură cu creșterea neconținută a rezistenței la tratament a mycobacteriilor tuberculozei, crește ponderea formelor cronice, iar eficacitatea tratamentului, din contra, scade. În afară de aceasta, ponderea formelor cronice de tuberculoză pulmonară este un indice care caracterizează sistemul organizării și calitatea măsurilor de depistare a acestei maladii, diagnosticului corect, supravegherii de dispensar și tratamentului pacienților. Despre aceasta mărturisește, în primul rând, neuniformitatea cohorței. Bolnavii cu forme cronice de tuberculoză a organelor respiratorii se înregistrează atât printre bolnavii prim depistați și recidivi, cât și printre contingentele care deja se află la evidența de dispensar. În legătură cu aceasta, tuberculoza cronică este o problemă stringentă a sistemului ocrotirii sănătății autohton. Suma factorilor medico-biologici și socioeconomiici negativi, ce se mențin în ultimii ani, situația ecologică încordată, devierile demografice (îmbătrânirea populației), creșterea migrației au adus la diminuarea eficienței lucrului antituberculos. Bolnavii cu forme cronice de tuberculoză prezintă nu numai o problemă medicală, social-economică, dar și una general-umană.

Concomitent, eficiența tratamentului și evidenței de dispensar a acestor bolnavi nu poate fi con-

siderată satisfăcătoare. În același timp, în literatura din ultimii ani se constată că eficiența înaltă a tratamentului bolnavilor cu forme cronice de tuberculoză este unul dintre factorii deosebit de importanți de diminuare a rezervorului infecției și de ameliorare a situației epidemiologice. Astfel, rolul chimioterapiei antibacteriene, ca metodă de bază în tratament, completată cu remedii etiopatogenetice și metode chirurgicale, este indiscutabil. Însă efectul advers al preparatelor antituberculoase, dezvoltarea rapidă a rezistenței medicamentoase secundare a mycobacteriilor tuberculozei pe fondul tratamentului, creșterea numărului bolnavilor cu rezistență medicamentoasă primară, patologia asociată pronunțată duc la diminuarea eficienței terapiei.

Este necesar, de asemenea, de accentuat că în situația epidemiologică contemporană și în condițiile funcționării medicinei prin asigurări, unul dintre cele mai importante compartimente ale activității instituțiilor antituberculoase este supravegherea de dispensar a contingentelor ce se află la evidență. Conceptul științific și schema existentă a grupării de dispensar a bolnavilor necesită modificări esențiale. După cum reiese din literatură, la baza supravegherii contemporane de dispensar a contingentelor instituțiilor antituberculoase trebuie să fie plasat principiul necesității pacienților în tratament, și nu al duratei controlului asupra vindecării lor, și, de asemenea, abordarea individuală a tratamentului. Se menționează că de o flexibilitate deosebită au nevoie bolnavii cu forme cronice ale tuberculozei, în particular cu tuberculoză pulmonară fibrocavitară.

În condițiile contemporane, e necesară studierea mai aprofundată a metodelor și a organizării tratamentului bolnavilor cu forme cronice de tuberculoză, a aspectelor epidemiologice și economice legate de ele și a aspectelor profilaxiei la etapele depistării tuberculozei și dispensarizării bolnavilor. E necesar de indicat că în noua istorie a ftiziopneumologiei autohtone, cercetări științifice în acest segment nu au fost efectuate. Studii unice consacrate tuberculozei fibrocavitare și celei diseminate au fost efectuate la sfârșitul anilor '70-80 ai secolului trecut.

Pe parcursul ultimilor ani, în țară s-au produs schimbări majore atât în viața socială, cât și în sistemul de sănătate. A fost implementat sistemul asigurării medicale obligatorii, s-a majorat rolul medicinei în controlul tuberculozei, a fost implementată strategia internațională DOTS (Directly Observed Treatment Strategy – Strategia tratamentului sub observație directă) și DOTS Plus. Au fost aprobate Programul Național de combatere și profilaxie a tuberculozei, Strategia pentru controlul tuberculozei multidrorezistente, ce reglementează principalele laturi ale lucrului antituberculos și care se referă

preponderent la bolnavii primar depistați. Colaborarea dintre ftiziopneumologi și medicii de familie are o importanță primordială. Tuberculoza cronică a organelor respiratorii și lucrul cu pacienții care suferă de aceste forme a rămas în afara vederii științei ftiziatrice, și nu numai în țara noastră. După cum demonstrează practica, recent a devenit stringent necesară asimilarea cunoștințelor contemporane referitor la epidemiologia, patogeneză, patomorfoza, tipurile de rezistență medicamentoasă ale formelor cronice de tuberculoză, tratamentul complex al bolnavilor cu abordarea individualizată a pacientului. În plus, sunt necesare modificări în monitoringul, metodele de evidență și în rapoartele referitoare la tuberculoză.

Trebuie de subliniat că nu este asigurată implicarea maximă a tuturor organelor publice și private, a resurselor destinate îmbunătățirii, întreținerii și revitalizării sănătății bolnavilor de tuberculoză din Republica Moldova. Sistemul sănătății, asistența medicală primară nu sunt fortificate în ceea ce privește baza tehnică și managerială pentru un control eficient al tuberculozei. Managementul serviciului de ftiziopneumologie din țară este sub nivelul așteptat, din cauza asigurării insuficiente cu cadre specializate, neatractivității specialității de ftiziopneumolog, dar și din cauza capacității reduse a unității de coordonare a implementării programelor precedente. Astfel, în anul 2009, numărul medicilor-ftiziopneumologi era de 214, ceea ce este cu circa 60 de medici mai puțin decât numărul necesar. Sunt dezvoltate insuficient mecanismele de transfer tehnologic al rezultatelor cercetărilor științifice, care să asigure noi metode și resurse în controlul tuberculozei. De asemenea, sunt reduse posibilitățile de participare a cercetătorilor autohtoni la conferințele și simpoziunile internaționale axate pe controlul tuberculozei, precum și de implicare a acestora în proiectele internaționale, de cercetare.

În baza prevederilor art. 6, 7, 9 și 72 din Legea nr. 10-XVI din 3 februarie 2009 *Privind supravegherea de stat a sănătății publice* și art. 4 din Legea nr. 153-XVI din 04 iulie 2008 *Cu privire la controlul și profilaxia tuberculozei pentru anii 2011-2015*, a fost aprobat Programul de control al tuberculozei, care este un document de planificare pe termen mediu a politicilor trasate în scopul obținerii unui declin constant în răspândirea tuberculozei în Republica Moldova. Programul a fost elaborat conform prevederilor Legilor nr. 153-XVI din 2008 și nr. 295-XVI din 2007 *Pentru aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății *Stop TB; Planului Global de control al tuberculozei pentru anii 2006-2015*, altor documente internaționale în domeniu, precum și a

*Programului național de control și profilaxie a tuberculozei pentru anii 2006-2010.*

Ținând cont de eforturile întreprinse în Republica Moldova în cadrul programelor naționale de control al tuberculozei (pe anii 1996-2000; 2001-2005; 2006-2010), o serie de factori, cum ar fi: incidența înaltă a tuberculozei în mai multe țări ale regiunii, răspândirea tuberculozei multidrogrezistente la mai multe preparate medicamentoase, apariția formelor de maladie cu rezistență extinsă la toate preparatele, tuberculoza în rândurile persoanelor infectate cu HIV și celor din penitenciare, precum și mobilitatea populației, tuberculoza rămâne a fi o problemă stringentă de sănătate publică pentru țara noastră.

Din anul 2001 până în 2005, numărul total de cazuri noi și de recidive ale tuberculozei a crescut de la 3820 până la 5632. Din anul 2006, numărul de cazuri noi și recidive ale tuberculozei a intrat în faza de stabilizare și a început să descrească nesemnificativ – de la 5468 în anul 2006 până la 4744 în 2009. Ca urmare, incidența globală a tuberculozei a demonstrat o tendință de descreștere de la 133,9 cazuri înregistrate la 100000 locuitori în anul 2005, la 116 cazuri în anul 2009. Efectul vizat a fost posibil datorită implementării în Republica Moldova a strategiilor *DOTS* și *DOTS Plus*, recomandate de OMS pentru asigurarea controlului tuberculozei. Cu toate acestea, în Moldova incidența globală a tuberculozei este de aproape trei ori mai mare decât media înregistrată în țările din regiunea europeană, în care, conform datelor OMS, în anul 2008 se atestau 40,86 cazuri de tuberculoză la 100000 de locuitori.

În Republica Moldova, în pofida tuturor intervențiilor menite să optimizeze depistarea tuberculozei, acceptarea și accesul la tratament, rata de identificare a cazurilor de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă a constituit doar 67% în anul 2007 și este sub nivelul de 70%, recomandat de OMS.

Rata de succes al tratamentului pentru cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă a sputei nu a crescut în ultimii ani, din cauza numărului mare de eșecuri (7,4% în anul 2009) și abandonuri (11,5% în 2009), precum și a cazurilor cu tuberculoză multirezistentă. Astfel, rata de succes al tratamentului cazurilor noi cu microscopie pozitivă a sputei a fost de 57,8% în anul 2009, pe când ținta strategiei *DOTS* este de a trata cu succes cel puțin 85% din cazurile noi cu microscopie pozitivă a sputei.

Studiul efectuat în anul 2007 în rândurile pacienților și ale prestatorilor de tratament – *Factorii de risc asociați cu tratamentul tuberculozei DOTS implicit și eșecul în Republica Moldova*, demonstrează că succesul tratamentului *DOTS* depinde mai puțin de factorii clinic, personali sau economici ai pacienților

cu tuberculoză, dar mai mult de problemele legate de prestatorii de servicii, cum ar fi managementul pacienților, calitatea și continuitatea monitorizării, cunoștințele pacientului despre tuberculoză și tratament.

Este necesar să remarcăm accesul redus la suportul social pe parcursul tratamentului, în special pentru pacienții care fac parte din categoriile social-vulnerabile ale populației, deficiența în organizarea tratamentului ambulatoriu și concentrarea insuficientă a eforturilor asupra unor intervenții la nivelul acestor grupuri de populație. În anul 2009, circa 40% din bolnavii de tuberculoză care necesitau suport social nu au beneficiat de el.

Motivul principal al nesoluționării problemei tuberculozei în Republica Moldova este răspândirea unui număr mare de tulpini *mycobacterium tuberculosis* rezistente la preparatele specifice. Acestea au condus la creșterea numărului de eșecuri în tratament și, ca urmare, la sporirea numărului de pacienți cronici. Conform studiului național de supraveghere a rezistenței, efectuat în anul 2006, cazurile de multidrogrezistentă primară la preparatele antituberculoase constituie în R. Moldova 19,4%±1,4%, plasând-o pe locul doi în lume după Azerbaidjan, fenomen explicat prin asigurarea insuficientă cu medicamente antituberculoase în perioada crizei social-economice, cu care s-a confruntat țara în anii 1995-2001.

Situația rămâne a fi gravă și din cauza că cuprinderea în tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă este asigurată în proporție de 70%. De asemenea, multidrogrezistența reprezintă unul dintre factorii care contribuie la menținerea numărului înalt de decese cauzate de tuberculoză (736 cazuri în anul 2009). În Republica Moldova, rata mortalității prin tuberculoză este înaltă și în anul 2009 a constituit 18 cazuri la 100000 locuitori, chiar dacă s-a micșorat neesențial comparativ cu anul 2006, când valoarea acestui indicator a fost de 19,3. Astfel, rata mortalității prin tuberculoză este de circa 3 ori mai mare decât media înregistrată în țările din Comunitatea Europeană, unde, conform datelor OMS, în anul 2008 se atestau 6,93 cazuri la 100000 locuitori.

O problemă deosebită este prevalența infecției cu HIV în cazurile noi de tuberculoză, care depășește de 42 ori prevalența HIV în rândurile populației generale. Cea mai înaltă prevalență HIV (în cazurile noi de tuberculoză) de 18,9% se înregistrează în municipiul Bălți, fapt îngrijorător ce necesită acțiuni imediate pentru intervenții coordonate împotriva tuberculozei/HIV. Ponderea pacienților cu tuberculoză testați la HIV a constituit în anul 2009 doar 90,8%, iar ponderea pacienților consiliați a fost cu mult sub acest nivel.

O mare parte a infrastructurii destinate controlului tuberculozei din cadrul serviciului de ambulatoriu și celui spitalicesc este defectuoasă, chiar în pofida faptului că în ultimii ani, cu suportul partenerilor internaționali pentru dezvoltare, au fost realizate măsuri de modernizare a laboratoarelor de microscopie, a secțiilor pentru tratamentul bolnavilor cu forme multidrogrezistente, în conformitate cu cerințele internaționale de securitate a pacienților și a personalului. Astfel, au fost îmbunătățite doar condițiile din secțiile pentru tratamentul pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă, ceea ce constituie 230 de paturi de profil ftiziopneumologic din cele 1170 existente în republică.

Este redus numărul de acțiuni intersectoriale de sensibilizare a opiniei publice și de creștere a rolului autorităților administrației publice locale în activitățile de control al tuberculozei, care este o piedică fundamentală în elaborarea și implementarea unor programe eficiente de control al tuberculozei. Mobilizarea socială nu a atins nivelul la care să fie mobilizate toate resursele și capacitățile în lupta cu tuberculoza, iar educarea pacienților, prestatorilor de servicii de sănătate și informarea publicului larg încă nu sunt considerate activități de importanță majoră, fapt confirmat de studiul *Tuberculoza*.

Responsabilitatea pentru implementarea *Programului Național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015* o au Ministerul Sănătății, în comun cu Departamentul Instituției Penitenciare al Ministerului Justiției, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerul Educației, Ministerul Tehnologiilor Informaționale și Comunicațiilor și Dezvoltării Regionale, Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene, Compania Națională de Asigurări în Medicină.

### Concluzii:

1. În scopul fortificării rezultatelor obținute în combaterea TB în Republica Moldova, se impune elaborarea unui proces tehnologic continuu, de la oficiul de sănătate până la Institutul de Pneumologie *Chiril Draganiuc*.
2. Ultimele studii atestă o creștere rapidă a numărului de cazuri de infectare primară cu tulpini multidrogrezistente din mai multe motive. Pentru a fortifica și a uni măsurile de combatere a survenirii cazurilor primare de infectare cu tulpini multidrogrezistente, este stringentă elaborarea unui ghid de management al măsurilor antiepidemice în focarele de TB.

3. Au fost înaintate nenumărate propuneri de modificare a legislației în vigoare cu privire la măsurile de combatere a TB, inclusiv tratamentul forțat, însă acestea nu s-au finalizat cu acte legislative clare și eficiente. Dacă dreptul pacientului de a refuza și a întrerupe tratamentul este legiferat, de ce nu se respectă dreptul omului sănătos de a nu fi expus la infectare de către cel bolnav?

### Bibliografie

1. Bivol S., *Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici în compartamentul populației*. Proiectul Fortificarea controlului tuberculozei în Moldova. Chișinău, 2004, p. 32-36.
2. Crudu V., Moraru N., *Tuberculoza multidrogrezistentă: realizări și probleme*. În: *Al IV-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova. Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice*. Chișinău, 2008, p. 12-19.
3. Emilianov O., lavorschi C., Degtearev V., Cunițchi E., *Focarele de tuberculoză la etapa actuală*. În: *Actualități în ftiziopneumologie. Materialele Conferinței științifico-practice*. Chișinău, 2006, vol. 1, p. 15-16.
4. lavorschi C., Emelianov O., Bolotnicov V., Brumaru A., *Întrebarea privind ridicarea eficacității lucrului în focarele de tuberculoză*. În: *Materialele Congresului V al igienistilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova*. Chișinău, 2003, p. 19-20.
5. lavorschi C., Emelianov O., Degtearev V., *Caracteristica medico-socială a bolnavilor cu tuberculoză fibrocavitară, care s-au aflat la tratament în condițiile de staționar*. În: *Al IV-lea Congres Național de Ftiziopneumologie din Republica Moldova. Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice*. Chișinău, 2008, p. 6-11.
6. Драганюк К. А., *Комплексная терапия больных фиброзно-кавернозным туберкулёзом лёгких*. Кишинёв, Штиинца, 1981, 226 с.
7. Ерохин В. В., Пунга В. В., Скачкова Е. И. *Формирование показателя смертности от активного туберкулёза на территориях зоны курации Центрального НИИ туберкулёза РАМН*. В: *Проблемы туберкулёза и болезней лёгких*. Москва, 2005, 8-13 с.
8. Яворский К. М., Емельянов О. С., Дегтярев В. П., Брутарь А. Г., *Онеобходимости усовершенствования работы в очагах туберкулезной инфекции*. В: *III Конгресс Евро-Азиатского респираторного общества. Сборник трудов*. Астана, 2007, с. 82-90.

Prezentat la 29.09.2011

**Victor TOLMACI**

Tel: 72-73-42 (serviciu); 56-44-67 (domiciliu)