

continuitatea asistenței în mod eficient, cel puțin 90% din țări să aibă medici de familie și asistente medicale care să prezinte servicii de îngrijire primară într-un sistem integrat.

Toate statele membre ar trebui să direcționeze managementul din sectorul de sănătate spre obținerea rezultatelor de calitate în sănătate, în același timp necesită a fi introduse mecanisme noi de finanțare și respectiv de alocare a resurselor pentru sistemele de sănătate, cât și dezvoltarea resurselor umane pentru sănătate prin asigurarea cu profesioniști în medicină cât și alte sectoare pentru protejarea și promovarea sănătății.

În scopul realizării acestor obiective necesită a fi implementate sisteme de cercetare, informare și respectiv comunicare în domeniul sănătății ca să se utilizeze eficient cunoștințele pentru sănătate. În același timp, implementarea politicilor pentru sănătate poate fi reală doar în baza parteneriatelor stabile între indivizi, grupuri și organizații din sectoarele publice și private și respectiv din societatea civilă. În acest aspect și în dependență de priorități, este necesară implementarea pe termen scurt, mediu și lung, a programelor de promovare a sănătății la nivel național, regional și local. Este stabilit că realizarea în integru a acestor obiective va permite fortificarea sănătății populației.

Bibliografie

1. Whitelaw,S., McKeown,K. and Williams,J. (1997) Global health promotion models: enlightenment or entrapment. Health education Research, 12, 479-490
2. World Health Organization (1991) Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health
3. Zilo,E (2000) Repositioning health promotion: research implications. In Watson,J. and Platt,S (eds) Researching Health Promotion. Routledge, London
4. Prisăcaru V., Malai Em. Optimizarea educației pentru sănătate după modelul infecțiilor intestinale. Chișinău,2006. 99p.

PARTICULARITĂȚILE PROCESULUI EPIDEMIC ȘI MĂSURILE DE PROFILAXIE ȘI COMBATERE A OREIONULUI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Ion Berdeu, Mihai Barabaș

Catedra Epidemiologie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

The retrospective analysis of morbidity in mumps in different period, including the prevaccinal period is characterized by a strong periodicity of morbidity. Vaccinal period with a single vaccine dose is characterized by decrease of morbidity level and vaccinal period with 2 doses of ROR vaccine is characterized by a tendency of stabilizing of morbidity. Mumps epidemic in 2007-2009 affected mostly age groups of 15-24 years, vaccinated with a single dose of antiparotiditis vaccine more than 10 years ago.

Rezumat

Este prezentată analiza retrospectivă a morbidității prin oreion în diferite perioade, inclusiv perioada prevaccinală care se caracterizează printr-o periodicitate pronunțată a morbidității. Perioada vaccinală cu o singură doză de vaccin se caracterizează prin diminuarea nivelului morbidității și perioada vaccinală cu 2 doze de vaccin ROR care s-a caracterizat printr-o tendință de stabilizare a morbidității. Epidemia de oreion din 2007-2008 a afectat preponderent grupurile de vârstă 15-24 ani, vaccinate cu o singură doză de vaccin antiurlian cu mai mult de 10 ani în urmă.

Introducere

Oreionul este considerat o boală relativ benignă, de origine virală, caracterizată prin tumefierea dureroasă a glandelor salivare și afectarea, în particular la adulți, a glandelor sexuale, meninge, pancreas și alte organe.

Oreionul se impune și în prezent ca o problemă importantă de sănătate prin complexitatea manifestărilor clinice și mai ales, prin complicațiile pe care le poate produce.

Aspecte de vaccinare

Practica mondială a demonstrat că vaccinarea este cea mai sigură, eficientă și economică măsură de prevenție a maladiilor infecțioase de etiologie virală, inclusiv oreionul, care permite eficient de controlat incidența, contribuie la diminuarea morbidității precum și a formelor clinice grave, complicațiilor și deceselor. [1, 5].

Rata de seroconversie la persoanele vaccinate variază în funcție de tulpina vaccinală administrată, calendarul de imunizări și imunogenitatea vaccinului. În prezent toate vaccinurile utilizate sunt bazate pe tulpini vii atenuate, fiind folosite mai multe tulpini vaccinale (11), dintre care 5 tulpini - mai frecvent:

- tulpina Jeryl-Lynn (genotipul A) - obținută în SUA, licențiată în anul 1967 și recomandată pentru vaccinarea de rutină în anul 1977, cu o seroconversie de 80-100%;

- tulpina Urabe Am9 (genotipul B) - licențiată inițial în Japonia în anul 1979 și ulterior în Belgia, Franța și Italia, cu o rată de seroconversie de 92-100%;

- tulpina Leningrad-3 (genotipul D) - obținută în fosta URSS în anii '60, aplicată pentru vaccinarea în masă a copiilor în anii '70 și în cadrul programelor de imunizare din anii '80 a secolului trecut, cu o seroconversie de 89-98%;

- tulpina RIT 4385 (genotipul A) - obținută în Germania în 1997, este un derivat al tulpinii Jeryl-Lynn, cu inducerea seroconversiei în aproximativ 96% cazuri;

- tulpina Leningrad-Zagreb (genotipul D) - obținută în Croația în baza tulpinii Leningrad-3 (prin atenuare) în anii '70, inducând seroconversia în 87-100%. [3].

Tulpinile Hoshino, Torii, Miyahara, NKM-46, Sofia 6 actualmente se utilizează limitat, iar tulpina Rubini cu eficacitatea joasă - 6,3%, nu este recomandată pentru aplicarea în cadrul programelor naționale de imunizări. [3].

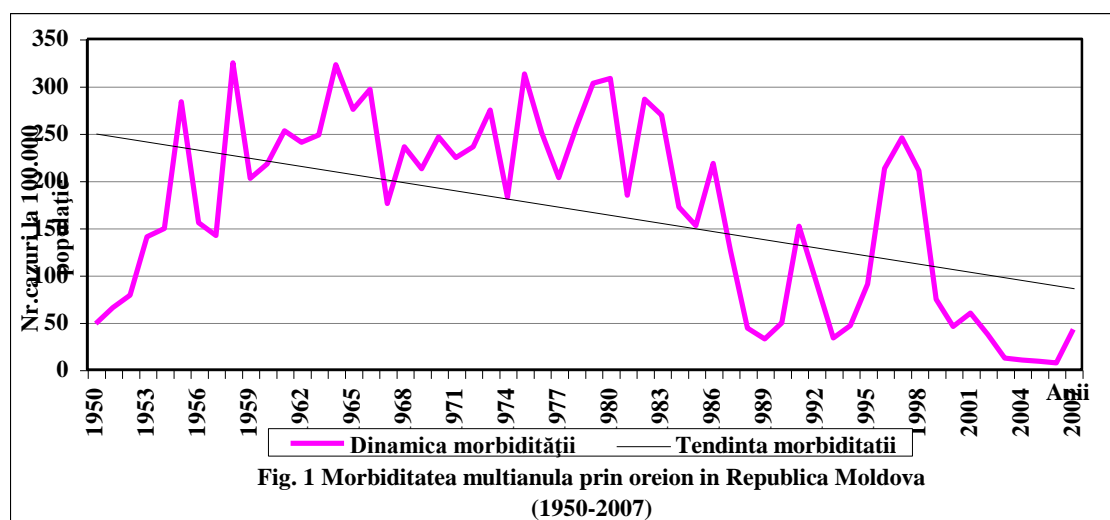
Vaccinul antiparotidic este disponibil în formă de vaccin monovalent, bivalent (RO) și trivalent (ROR). Majoritatea statelor (93%) aplică prima doză de vaccin la vârsta de 12-15 luni și doza a doua - la 13-24 luni în 11 țări, la 3-7 ani - în 64 țări, la 9-12 ani - în 14 țări. OMS și CDC recomandă aplicarea primei doze de vaccin ROR la vârsta de 12-18 luni și dozei a doua - până la intrarea în școală la 4-6 ani [2, 6].

Pentru a preîntâmpina apariția erupțiilor epidemice de oreion este necesar de atins un nivel înalt al acoperirii vaccinale (nu mai puțin de 80% cu o doză de vaccin), iar dacă proporția persoanelor seronegative în populația generală este înaltă se recomandă și imunizarea adulților [4]. Totodată este menționat, că nivelul jos al imunității colective nu poate întrerupe circulația virusului și este insuficient pentru a preveni erupțiile [1]. Nivelul acoperirii vaccinale la oreion este influențat de mai mulți factori cum ar fi: diferențe teritoriale, etnie, nivelul de cunoștințe al populației, factori sociali. Vaccinurile planificate au influențat morbiditatea prin modificarea unor caracteristici de bază a procesului epidemic, cum ar fi dinamica procesului epidemic în timp și spațiu (ciclicitate, sezonabilitate, repartizarea morbidității în funcție de teritoriu), intensitatea procesului epidemic, structura morbidității.

Rezultate

Analiza retrospectivă multianuală (1950-2009) a morbidității prin parotidita epidemică în Republica Moldova a evidențiat o răspândire destul de înaltă a infecției, constituind în unii ani aparte 1/10 și mai mult din suma maladiilor infecțioase înregistrate oficial (fără gripă și IR VA). O dată cu implementarea vaccinurilor antiurliene sistematice la începutul anilor '80 ai secolului

trecut, ponderea oreionului în structura infecțiilor copilului s-a micșorat de la 28,1% în perioada prevaccinală până la 6,2 % în perioada vaccinărilor cu două doze de vaccin.



Procesul epidemic al oreionului poate fi împărțit în trei perioade:

- perioada prevaccinală și a vaccinărilor parțiale (1950-1982);
- perioada vaccinărilor planice cu o doză de monovaccin antiurlian (1983- 2001);
- perioada vaccinărilor planice cu două doze de vaccin combinat viu atenuat împotriva rujeolei, oreionului și rubeolei (ROR) (2002-2009).

În perioada prevaccinală și a vaccinărilor parțiale procesul epidemic al oreionului a fost caracterizat printr-o ciclicitate caracteristică infecțiilor aerogene, mai pronunțată în mediul urban comparativ cu cel rural. Majorarea epidemică a fost înregistrată la fiecare 1-2 ani, o singură dată fiind de 3 ani, în total fiind înregistrate 12 cicluri epidemicice. În această perioadă, morbiditatea medie în Republica Moldova a fost de $226,2^{0/0000}$, variind între $48,64^{0/0000}$ în anul 1950 până la $324,69^{0/0000}$ în anul 1958, înregistrându-se o tendință de creștere moderată. Ritmul mediu anual de creștere a fost de 1,6%, cu o medie de 7650,85 cazuri anual. Durata ciclului epidemic în teritoriile urbane a constituit în mediu 2 ani (mai rar 1 an sau 3 ani), în mediu morbiditatea fiind de 2,3 ori mai mare decât în total pe țară, atât în anii epidemici, cât și în cei interepidemic.

În funcție de mediul de trai, în perioada prevaccinală nivelul morbidității în localitățile urbane a fost de aproximativ de 5 ori mai mare comparativ cu teritoriile rurale. Media multianuală constituind, respectiv 524,2 și 107,4 cazuri la 100 mii populație. În anii interepidemic sezonalitya practic, lipsește sau este slab pronunțată, iar pentru anii epidemici este caracteristică o sezonalitya de toamnă-iarnă, iarnă -primăvară. În localitățile urbane s-au înregistrat 67,5% din numărul total de cazuri, comparativ cu localitățile rurale unde s-au înregistrat doar 32,5% sau 1/3 din totalul cazurilor de oreion.

În perioada anilor 1965-1982, cea mai afectată grupă de vârstă au fost copiii până la 14 ani, constituit 94,7% din morbiditatea totală, persoanelor adulte le-au revenit doar 5,3% cazuri. Structura morbidității pe grupe de vârstă 0-2, 3-6, 7-14 ani și adulți în perioada 1979-1982, demonstrează afectarea preponderentă a copiilor de vârstă 3-6 ani, cu o pondere de 55,8% din morbiditatea sumară, iar grupelor de vârstă 0-2 ani și 7-14 ani le revine 19,5% și respectiv 20,0%, iar adulților doar 4,7%. În funcție de mediul de trai, în perioada prevaccinală (1965-1982), 73,4% cazuri au revenit copiilor din mediul urban și doar 26,6% celor din mediul rural. În această perioadă, ponderea adulților din mediul urban a fost de 72,4%, comparativ cu 27,6% cu cei din mediul rural.

Introducerea vaccinării antiurliene planificate în anii '80 ai secolului XX a determinat micșorarea evidentă a morbidității prin oreion, media multianuală în perioada vaccinală constituind $97,74^{0/0000}$, comparativ cu $226,2^{0/0000}$ în cea prevaccinală. Procesul epidemic a avut

o tendință de diminuare pronunțată cu ritmul mediu anual de diminuare 6,3% (fig.1). În această perioadă s-a modificat periodicitatea și intensitatea procesului epidemic al oreionului, precum s-a evidențiat și o redistribuire a morbidității după mediul de trai și grupurile de vârstă. În această perioadă, nu se observă schimbări majore în dinamica a procesului epidemic, păstrându-se ciclicitatea procesului epidemic, cu majorarea duratei ciclului epidemic până la 4-5 ani (fig.1), care practic nu diferă de mediul de trai.

Analizând dinamica multianuală a morbidității, putem observa că s-au înregistrat 2 cicluri complete, urmate de o erupție epidemică pe parcursul a 3 ani (1996-1998), din cauza dificultăților în asigurarea cu vaccin la începutul anilor '90 a sec.XX, cu prelungirea ulterioară a ciclului epidemic pe fundalul introducerii dozei a doua de vaccin combinat ROR în anul 2002. În această perioadă, morbiditatea a diminuat practic de două ori, comparativ cu cea prevaccinală. Indicele intensiv în mediu fiind de 121,6⁰/₀₀₀₀ (cu excepția anilor epidemici 1996-1998, când nivelul morbidității practic a atins nivelul perioadei prevaccinale și a constituit 222,9⁰/₀₀₀₀). Morbiditatea a variat între limitele 32,49⁰/₀₀₀₀ (anul 1989) până la 269,35⁰/₀₀₀₀ (anul 1983 - începutul perioadei vaccinale). În această perioadă morbiditatea medie anuală a fost de 4292,9 cazuri de oreion. Procesul epidemic a înregistrat o tendință de diminuare moderată, cu ritmul mediu anual de diminuare 3,1%.

Sezonalitatea infecției urliene în perioada vaccinărilor cu o doză de vaccin a fost mai puțin pronunțată, indicii maximi ai morbidității fiind determinați în lunile martie-mai. Intensitatea cazurilor de oreion în dependență de mediul de trai, în perioadele prevaccinală și vaccinărilor cu o doză de vaccin nu diferă esențial: în perioada vaccinărilor cu o doză, în mediul populației urbane a constituit - 65,18%, iar în mediul populației rurale - 34,8%, comparativ cu 67,5% și 32,5% respectiv în perioada prevaccinală.

Valoarea indicilor intensivi în mediul urban și cel rural, în perioada vaccinărilor cu o doză de vaccin, diferă esențial de indicatorii respectivi din perioada prevaccinală și au constituit respectiv 172,81⁰/₀₀₀₀ și 77,64⁰/₀₀₀₀, ceea ce înseamnă o micșorare a morbidității în medie de 3 ori în mediul urban și respectiv de 1,4 ori în cel rural. În funcție de mediul de trai, în această perioadă, nivelul morbidității, în mediul urban, a fost de 2,3 ori mai mare decât în mediul rural, fapt valabil și pentru erupția din anii 1996-1998 (2,5 ori), spre deosebire de perioada prevaccinală când morbiditatea în mediul urban era de aproximativ 5 ori mai mare. Astfel putem face o concluzie că introducerea doar a unei singure doze de vaccin antiurlian în calendarul de vaccinare a condiționat o micșorare evidentă a morbidității oreionului, fapt evident în mediul urban, unde densitatea populației și prezența colectivelor organizate favorizau răspândirea mai intensă a oreionului în perioada prevaccinală. De asemenea, în această perioadă, s-a modificat și repartizarea morbidității pe grupuri de vârstă, caracterizată prin afectarea preponderentă a adolescenților și adulților (12,3%). În perioada prevaccinală acest indice era de 5,3%, copiii de vârstă 0-14 ani constituind 87,7% din morbiditatea sumară. În același timp s-a determinat o scădere a ponderii copiilor de vârstă 0-2 și 3-6 ani în morbiditatea generală, respectiv 9,6% și 33,3%. În sumă, aceste două grupuri de vârstă constituind 42,9% comparativ cu 75,3% în perioada prevaccinală. Totodată a crescut și ponderea copiilor de 7-14 ani până la 42,27%, care în sumă cu adulții, constituie 54,97% din morbiditatea generală, comparativ cu 24,7% în anii 1979-1982 a perioadei prevaccinale. Trebuie de menționat faptul, că vaccinurile sistematice cu o doză de vaccin au provocat „maturizarea” infecției.

Introducerea celei de-a doua doză de vaccin antiparotidic a provocat schimbări majore în periodicitatea procesului epidemic, s-a mărit durata ciclului epidemic până la 10 ani și nu se mai observă diferențe în activitatea procesului epidemic în funcție de mediul de trai, aceasta fiind caracteristic și pentru perioada vaccinărilor cu o doză de vaccin. În mediu, în această perioadă morbiditatea a fost de 19,54⁰/₀₀₀₀ micșorându-se de 11,5 ori comparativ cu perioada prevaccinală și de 6,2 ori comparativ cu perioada vaccinărilor cu o doză de vaccin. În mediu, anual se înregistrau 822,5 cazuri de boală. Indicii intensivi au variat în limitele 7,1⁰/₀₀₀₀ (an.2006) - 41,7⁰/₀₀₀₀(an.2007), în mediu fiind 19,54⁰/₀₀₀₀. Cu toate că a fost determinată o tendință de

stabilizare a morbidității în această perioadă, s-a păstrat caracterul ciclic al infecției, anul 2007 fiind un an epidemic.

O particularitate importantă a morbidității în perioada vaccinărilor cu două doze de vaccin este că, pe fundalul înregistrării unui număr mic de cazuri de boală, în dinamica anuală nu se evidențiază sezonalitatea infecției urliene. În această perioadă, a avut loc și o redistribuire a morbidității după mediul de trai, a crescut intensitatea cazurilor de boală în mediul rural până la 42,31%, comparativ cu 32,5% în perioada prevaccinală și 34,8% în perioada vaccinărilor cu o singură doză de vaccin. În mediul urban, morbiditatea a atins valoarea de 24,9⁰/₀₀₀₀, fiind aproximativ de 1,6 ori mai mare decât în mediul rural (15,1⁰/₀₀₀₀). Comparativ cu perioada prevaccinală și vaccinală cu o doză de vaccin, în localitățile urbane morbiditatea a diminuat de 21,2 ori și respectiv de 7 ori. În mediul rural, morbiditatea medie s-a micșorat de 7,1 ori și respectiv 5,1 ori, comparativ cu perioadele anterioare.

Pentru perioada vaccinărilor cu două doze de vaccin, de asemenea a fost caracteristic fenomenul de maturizare a infecției: ponderea adulților în structura de vârstă a morbidității a atins nivelul de 36,2% comparativ cu 5,3% în perioada prevaccinală și 12,3% în perioada vaccinală cu o doză, dar ponderea copiilor de vârstă 0-14 ani s-a micșorat de la 94,7% în perioada prevaccinală până la 63,8% din morbiditatea sumară. În acelaș timp, a crescut și ponderea copiilor de vârstă 7-14 ani până la 50,0%, în sumă cu adulții constituind 84,8%, comparativ cu 24,7% în perioada prevaccinală și 55,0% în cea a vaccinărilor planice cu o doză de vaccin. Spre deosebire de perioadele anterioare, ponderea copiilor de vârstă 0-2 ani și 3-6 ani a scăzut și a fost de 6,23% și respectiv 17,60%.

Pentru perioada vaccinărilor planice, a fost caracteristic fenomenul de redistribuire a morbidității după mediul de trai în dependență de faza ciclului epidemic determinat atât în grupul de vârstă 0-14 ani, cât și la adulți. Astfel, în anul epidemic 2007 a perioadei vaccinărilor cu două doze de ROR, s-a constatat majorarea ponderii bolnavilor din mediul rural până la 57,6% în grupul de vârstă 0-14 ani și 41,48% - la adulți, comparativ cu 45,5% și respectiv 36,7% pe parcursul întregii perioade (2002-2007).

În anul 2007, comparativ cu perioada precedentă, s-a determinat o tendință de majorare a morbidității prin oreion. Pe parcursul a 10 luni ale anului 2007 s-a înregistrat 321 cazuri de maladie (7,62 la 100 mii populație), comparativ cu 225 cazuri (5,33 la 100 mii populație) în aceeași perioadă a anului 2006, lunar se înregistrau în mediu 25 cazuri de oreion, incidența constituind sub 1 caz la 100.000 populație. De la începutul anului de studii 2007-2008, situația epidemică a oreionului a început a se agrava. În luna august 2007 au fost înregistrați 21 bolnavi, în septembrie - 27 bolnavi, în octombrie - 105 bolnavi (de 3,8 ori mai mult comparativ cu luna precedentă), în noiembrie - 386 bolnavi (de 2,6 ori mai mult comparativ cu luna octombrie), ceea ce indica începutul erupției de oreion.

Paralel cu creșterea numărului de cazuri de oreion a avut loc și extinderea ariei de răspândire epidemică a oreionului. Cel mai mare focar de oreion și cu cel mai mare potențial de răspândire a oreionului s-a format în centrul țării, cuprinzând mun.Chișinău și 10 raioane limitrofe, în care morbiditatea medie pe 3 luni ale anului 2008 a fost de peste 600⁰/₀₀₀₀. Un alt focar intensiv s-a format în sudul țării și a cuprins 4 raioane: Comrat, Ciadîr-Lunga, Cahul, Cantemir, cu incidența mai mare de 600⁰/₀₀₀₀. Mai puțin afectate au fost teritoriile din nordul țării: mun.Bălți (138,9⁰/₀₀₀₀), raioanele din nord și zona transnistreană - cu incidența sub 100⁰/₀₀₀₀. În perioada cuprinsă între săptămânile 51 a anului 2007 (17.12.07-23.12.07) și 06 a anului 2008 (04.02.08-10.02.08), morbiditatea prin oreion a căpătat o tendință de creștere pronunțată cu un ritm egal de 7,2%, urmată de o stabilizare a incidenței oreionului în săptămânile 07.2008 (11.02.08-17.02.08) - 15.2008(14.04.08-20.04.08) și diminuarea ulterioară a morbidității. Majorarea incidenței nu a fost uniformă, fiind legată în timp de durata perioadei de incubație - în majoritatea cazurilor 1-2 săptămâni. Dar o dată cu inițierea campaniei de vaccinare cu vaccinul ROR la începutul lunii martie s-a atestat o diminuare a incidenței prin oreion. Majoritatea cazurilor de oreion la începutul epidemiei au apărut la persoanele născute în anii 1984-1995, care au primit doar o singură doză de vaccin antiparotidic, conform calendarului existent până în 2002.

În total pe parcursul epidemiei de oreion (octombrie 2007-mai 2008) au fost înregistrate 30 633 cazuri de boală, morbiditatea medie a fost de 745,3⁰/₀₀₀₀.

Ponderea cea mai mare în structura de vârstă a morbidității prin oreion au avut-o persoanele cu vârsta cuprinsă între 15-24 ani (79,6%), dintre care persoanele cu vârsta între 15-17 ani (40,4%), 18-19 ani (22,2%) și 20-24 ani (17,0%). Morbiditatea medie în grupa de vârstă 15-17 ani a fost 6082,2⁰/₀₀₀₀ la 18-19 ani - 4323,6⁰/₀₀₀₀ și la 20-24 ani - 1284,4⁰/₀₀₀₀. Cel mai afectat grup, au fost persoanele de sex masculin, ponderea lor fiind de 58,0% din totalul bolnavilor de oreion, iar persoanelor de sex feminin le-a revenit 42,0%. Acest raport a fost determinat și în majoritatea grupurilor de vârstă, cu excepția persoanelor de 30 ani și mai mult, la care proporția persoanelor de sex feminin a fost mai mare și a constituit 53,2%. Maladia s-a manifestat în majoritatea cazurilor în forme clinice combinate cu afectări ale pancreasului în circa 50% cazuri, orhite la circa 30% bolnavi de sex masculin. Numărul bolnavilor spitalizați poate servi drept indicator indirect al nivelului de gravitate al maladiei. În total, în perioada 17.12.07-22.06.08 au fost spitalizate 10 892 persoane (36,1%), mai frecvent cu vârsta de 15-24 ani .

De la 21 bolnavi au fost colectate probe de salivă, dintre care 3 probe au fost investigate în Insti-tutul Național de Sănătate Publică și Protecție a Mediului din Olanda și 18 probe - în laboratorul de referință al Centrului de Boli Infecțioase din Marea Britanie prin metode virusologice și reacția de polimerizare în lanț (PCR). Antigenul virusului urlian a fost depistat în 20 probe prin PCR, izolat și identificat ca apartenent la genotipul G5. Astfel, putem face o concluzie că în epidemia de oreion din anii 2007-2008 au fost afectate preponderent persoanele de sex masculin din grupurile de vârstă 15-24 ani din teritoriile din centrul țării, vaccinate cu o singură doză de monovaccin antiurlian cu mai mult de 10 ani în urmă. Campania de vaccinare s-a început pe 3 martie 2008, cu aplicarea vaccinului combinat ROR. Vaccinările au fost efectuate în cadrul instituțiilor de medicină primară teritoriale și medico-militare ale ministerelor și departamentelor respective, punctelor temporare de vaccinare organizate în cadrul instituțiilor de învățământ.

La prima etapă a campaniei de imunizare (faza activă - 03.03-01.06.08), în total au fost administrate 322025 doze de vaccin ROR cu acoperirea a 37 teritorii administrative ale republicii, inclusiv ministerele și departamentele de forță, cu excepția teritoriilor din Estul țării. Etapa a doua a campaniei de vaccinare în masă a decurs mai lent cu aplicarea unui număr limitat de vaccinuri. Totodată, vaccinările au fost realizate și în teritoriile din Estul țării. În perioada iunie-decembrie 2008 au fost aplicate încă 33 185 doze de vaccin ROR, în total în campanie până la finele anului 2008 fiind administrate 355 210 doze de vaccin la contingentele eligibile pentru vaccinare.

Datorită realizării campaniei de vaccinare a fost stopată răspândirea în continuare a oreionului în teritoriul republicii. A fost micșorată incidența oreionului de la 745,3⁰/₀₀₀₀ în timpul epidemiei (octombrie 2007-mai 2008) până la 16,7⁰/₀₀₀₀ în perioada de după faza activă a campaniei (iunie-decembrie 2008), precum a fost redus și numărul cazurilor de boală înregistrate lunar și limitată răspândirea virusului urlian în colectivități organizate și redusă focalitatea infecției.

Concluzii

- în perioada prevaccinală, procesul epidemic al oreionului s-a caracterizat prin periodicitate pronunțată, cu majorarea epidemică a morbidității fiecare 1-2 ani, în special în mediul urban;
- se păstrează caracterul sezonier de toamnă-iarnă, iarnă-primăvară, mai exprimat în anii epidemicim, cei mai afectați au fost preșcolarii și copiii de vârstă școlară;
- perioada vaccinală cu o singură doză de vaccin parotiditic s-a caracterizat prin micșorarea morbidității de aproximativ două ori comparativ cu perioada prevaccinală și mărirea perioadei interepidemică până la 8 ani;
- perioada vaccinală cu 2 doze de vaccin ROR s-a caracterizat printr-o tendință de stabilizare a morbidității, mărirea duratei ciclului epidemic până la 10 ani și redistribuirea

morbidității funcție de mediul de trai (în mediul rural înregistrându-se până la 42,31% de cazuri și lipsa sezonality);

- epidemia de oreion din 2007-2008 a afectat preponderent grupurile de vârstă 15-24 ani, vaccinate cu o singură doză de vaccin antiurlian mai mult de 10 ani în urmă, ceea ce-a determinat necesitatea realizării campaniei de vaccinare, care și-a demonstrat eficacitatea înaltă în controlul și stoparea epidemiei.

Bibliografie

1. CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). Brief report: update: mumps activity—United States, January 1-October 7, 2006. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, Oct 2006, no. 55(42), p. 1152-1153.
2. DOS SANTOS, BA, STRALIOTO, SM, SIQUEIRA, MM. et. al. Prevalence of antibodies against measles, mumps, and rubella before and after vaccination of school-age children with three different triple combined viral vaccines, Rio Grande do Sul, Brazil, 1996. *Rev Panam Salud Publica*, Nov 2006, no. 20(5), p. 299-306.
3. GOLABEK, V, WOZNIAKOWSKA-GESICKA, T. Mumps--effect of immunizations on epidemiological situation. *Przegl Epidemiol*, 2008, no. 62(3), p. 613-621.
4. ЖЕЛЕЗНИКОВА, Г.Ф., ИВАНОВА, В.В., БЕХТЕРЕВА, М.К. и др. Протективная роль поствакцинального иммунитета при паротите у детей. *Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии*, 2000, №3, стр. 42-46.
5. МИХЕЕВА, И.В., ЛЫТКИНА, И.Н. Эпидемиология и вакцинопрофилактика эпидемического паротита. *Бюллетень «Вакцинация»*, 2003, №1(25), стр. 21-23.
6. ШУБИН, Н.С. Иммуно-эпидемиологическое исследование эффективности вакцино-профилактики эпидемического паротита: Автореф. дис. канд. мед. наук, Москва, 1993, 22 стр.

MANIFESTAREA PROCESULUI EPIDEMIC ȘI SUPRAVEGHEREA EPIDEMIOLOGICĂ A HEPATITEI VIRALE B ÎN MUN.CHIȘINĂU

Andrei Roșca, Sandul Uliana

(Conducător științific: Adrian Cotelea – dr, conf. univ.)

Catedra Epidemiologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

In the article the evolution of epidemic process in Viral Hepatitis B is described. In Chisinau during the last 2 decades some epidemiological aspects of VHB are highlighted and practical recommendations are elaborated.

Rezumat

În articol este descrisă evoluția în dinamică a procesului epidemic prin Hepatita Virală B în mun.Chișinău pe parcursul ultimilor două decenii. Sunt evidențiate unele aspecte epidemiologice ale morbidității prin HVB și elaborate recomandări practice.

Actualitatea

Infecția cu virusul hepatitei B (VHB) continuă să constituie o importantă problemă de sănătate publică pe plan mondial, datorită răspândirii globale, endemicității și mortalității crescute, cât și ratei înalte de invaliditate consecutiv cronicizării infecției, cu toate că există mijloace eficiente de prevenție activă. Se consideră, că anual în Europa se infectează cu VHB 1 milion de persoane, iar dintre acestea 90 000 devin purtători cronici de virusul B și sunt supuși riscului de a se infecta cu virusul hepatitei D (VHD), ce contribuie la creșterea numărului persoanelor potențiale surse de infecție pentru populație.