

locuințelor bolnavilor de tuberculoză investigați. Suprafața medie a habitatului a constituit 37,5 m<sup>2</sup>, variind între 6 m<sup>2</sup> și 45 m<sup>2</sup>. Limitele minime și cele maxime ale temperaturii aerului au fost cuprinse între valorile de 10 °C și 24 °C, în medie 19,5±1,1. Umiditatea relativă din încăperile de trai la momentul efectuării măsurărilor varia între 41% și 56%. Viteza curenților de aer varia între 0 m/s și 0,1 m/s.

Pe pereții camerelor locative au fost determinate zone afectate de condens, infiltrație și mucegai, la unele locuințe cu dimensiuni ale suprafeței totale de până la 2,65 m<sup>2</sup>/locuință. Unii bolnavi de tuberculoză locuiesc în clădiri avariate, din cauza insuficienței financiare suportate sau a deprinderilor dăunătoare, ultima reparație a imobilului fiind făcută în anii '80 ai secolului XX.

### Concluzii

1. Factorii de risc sociali și biologici au contribuit în dezvoltarea tuberculozei pulmonare la ponderea majoritară a cazurilor investigate.

2. Deși indicatorii măsurărilor obiective au fost în limitele normei, unele semne – precum spațiul locativ redus per persoană, prezența pe pereți a zonelor afectate de mucegai – demonstrează precaritatea situației sanitare și socioeconomice a bolnavilor de tuberculoză

### Bibliografie

1. Ciobanu S., Kavtaradze M. *Raport de studiu: analiza comună a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Tuberculozei din Republica Moldova*. Chișinău: Imprintstar, 2010, 46 p.
2. Iavorschi C., Vilc V., Emelianov O. *Statutul social și tabloul clinico-radiologic al bolnavilor de tuberculoză fibro-cavitară la etapa actuală*. In: *Anale științifice, Chișinău*, 2010, vol. 3, p. 282-286.
3. Nalivaico N. *Concepția internațională în managementul tuberculozei în condițiile epidemiologiei contemporane*. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2011, nr. 4(32), p. 206-211.
4. Pisarenco S., Gerbiș T. *Caracteristica tuberculozei pulmonare la pacienții cu divers risc de îmbolnăvire*. In: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe medicale*. Chișinău, 2006, nr. 2(6), p. 40-43.
5. Ministerul Sănătății. *Indicatori preliminari în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2015-2015*. Chișinău, 2016.
6. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health*. Geneva, 2005.
7. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight to wards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2014.

## CONDIȚIILE DE TRAI ALE BOLNAVILOR DE TUBERCULOZĂ DIN ORAȘUL CHIȘINĂU ÎN PERIOADA RECE A ANULUI

Ovidiu TAFUNI, Evelina LESNIC,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu

### Summary

*The living conditions of patients with tuberculosis in the city of Chișinău in the cold period of the year*

*The risk of developing tuberculosis significantly increases by sharing the household with a person suffering from pulmonary tuberculosis. Even in the absence of a direct contact with the source of infection, the environment and household represents a major risk for disease development. Mycobacterial re-infection and infection of healthy people can be prevented by organizing optimal management of household conditions and permanent dwelling sanitation.*

**Keywords:** tuberculosis, household conditions, dwelling, microclimate

### Резюме

*Условия жизни больных туберкулезом в городе Кишинэу в холодный период года*

*Риск развития туберкулеза значительно возрастает при сожительстве с человеком, страдающим от этой болезни. Даже при отсутствии прямого контакта с человеком, который является источником инфекции, основной риск присутствует в домашней обстановке. Микобактериальная реинфекция у больных туберкулезом и заражение здоровых людей могут быть предотвращены путем организации оптимальных условий жизни и соблюдения гигиены жилья.*

**Ключевые слова:** туберкулез, условия жизни, жилье, микроклимат

### Introducere

Tuberculoza (TB) reprezintă cea mai gravă problemă de sănătate publică, afectând populația de vârstă maximei activității economice. Conform raportului global OMS, în 2014 au fost notificate 10 milioane de cazuri de TB și s-au înregistrat 1,1 milioane de decese printre oamenii HIV negativi, plus 0,35 milioane de decese din cauza asocierii co-infecției TB/HIV; în total 1,2-1,5 milioane de decese, reprezentând a doua cauză de deces din întreaga lume, condiționată de un singur agent infecțios [9]. Regiunii Europene îi revin 5% din cazurile notificate mondial, iar Moldova face parte din cele 18 țări ale Regiunii Europene cu cea mai înaltă povară epidemiologică [9]. Incidența globală (numărul de cazuri noi și recidive) prin tuberculoză a înregistrat, în 2014, o rată de 114,3 la 100.000 populație, ceea

ce demonstrează menținerea unei situații epidemiologice tensionate în țară și în regiunea geografică dată [7].

Fiind considerată boala „lumii în tranziție”, tuberculoza este condiționată de mai mulți factori sociali, cum ar fi sărăcia, malnutriția și migrația [4]. Riscul de a dezvolta TB crește în mod semnificativ în cazul partajării locuinței cu o persoană bolnavă și aflării în contact prelungit și regulat cu ea [3]. Comunicarea regulată la locul de trai, în calitate de membri ai familiei, implicarea în schimbul de fluide ale corpului (sărut, contact sexual), utilizarea acelorași obiecte (veselă, ștergare, cada de baie, WC etc.) pot duce la infectarea cu *M. tuberculosis* [11]. Chiar și în lipsa contactului direct cu persoana-sursă de infecție, un risc major îl prezintă mediul din locuință.

Riscul de infectivitate a locuinței se menține zeci de ani, dacă persoana baciliferă a locuit într-un apartament sau casă. În gospodăria sau în mediul habitual al bolnavului bacilifer unde nu s-a efectuat dereticarea umedă, agentul patogen al TB trăiește aproximativ 1-3 luni în praful de casă [11]. În condiții de subsol, ferit de lumina directă a Soarelui, *M. tuberculosis* supraviețuiește mai mult de 4-5 luni. Multiple surse științifice demonstrează că nivelul sanitar redus al populației, condițiile de trai suboptimale, nerespectarea recomandărilor de igienă personală și a locuinței pot induce dezvoltarea tuberculozei active, creșterea riscului unei recidive timpurii și transmiterea infecției altor membri ai familiei [5].

Scopul studiului a fost evaluarea condițiilor de trai ale bolnavilor de tuberculoză din municipiul Chișinău în perioada rece a anului.

Obiectivele urmărite au fost:

1. Analiza informației bibliografice privind acțiunea condițiilor de trai asupra sănătății populației, inclusiv a persoanelor bolnave de tuberculoză.
2. Estimarea condițiilor tehnico-arhitecturale ale locuințelor bolnavilor de tuberculoză.
3. Estimarea condițiilor igienice de trai ale bolnavilor de tuberculoză.
4. Elaborarea recomandărilor profilactice.

### **Materiale și metode**

Datele au fost colectate din fișele de măsurare a condițiilor microclimatice, din expertiza tehnico-arhitecturală și sanitar-igienică a locuinței, precum și din chestionarele aplicate în urma acordului informat. Au fost utilizate metodele de cercetare: descriptivă, epidemiologică, statistică, matematică.

Suportul metodologic a fost oferit de un lot de 57 de persoane bolnave de tuberculoză din orașul Chișinău, inclusiv 2 copii (cu vârsta de 7 și 16 ani respectiv), și 55 de persoane adulte, cu vârsta între 18 și 63 de ani, media = 35,7 ani.

Criterii de selectare: fișa cu confirmarea diagnosticului de tuberculoză la momentul inițierii

studiului; fișa de tratament; confirmarea că persoana interviuata locuiește în domiciliul cercetat mai mult de cinci ani. Perioada de studiu a cuprins perioada rece a anului 2010.

### **Rezultate și discuții**

În studiu au fost incluși 57 de bolnavi de tuberculoză, 18 (31,57%) fiind locatari ai caselor cu un singur nivel. Numărul camerelor caselor la sol ale bolnavilor interviuați a variat de la 1 până la 5, în medie 2 camere. Restul 39 de bolnavi (68,43%) au locuit la bloc în apartamente, cu un număr de camere variind de la 1 la 4, în medie 2 camere. Locuiau singuri 11 (19,30%) persoane cu vârsta cuprinsă între 31 și 63 de ani. Grupul bolnavilor de TB care împart spațiul locativ cu încă o persoană a fost de 29 (50,87%), aceștia fiind din grupurile familiale: soți, părinte/copil, frate/soră. A urmat grupul celor care împart spațiul locativ cu alți 2 membri (12 sau 21,03%), precum cu cei din gradele apropiate de rudenie, membri ai familiei (părinți cu un copil, doi copii cu un părinte, persoana adultă cu părinții în vârstă etc.). Cel mai mic grup îl constituiau persoanele ce locuiesc cu alți 3 membri ai familiei – 5 (8,8%) cazuri.

Din 57 de bolnavi, doar 6 (10,52%) împărțeau locuința cu o camera cu o altă persoană, din cauza insuficienței spațiului de locuit. Cea mai mică suprafață de locuință ocupată de o persoană a fost de 6 m<sup>2</sup>, cea mai mare – de 11,75 m<sup>2</sup>. În celelalte cazuri, suprafața locativă pentru o persoană bolnavă de TB, în orașul Chișinău, în cazul studiului dat, varia între 12 m<sup>2</sup> și 45 m<sup>2</sup>.

În privința planificării interioare, respectării principiilor de separare arhitectural-tehnică și sanitaro-igienică a încăperilor în principale și auxiliare, am constatat că în majoritatea locuințelor de la bloc aceste principii se respectă în 37 (94,80%) locuințe din 39. În 2 (5,12%) cazuri, bucătăria cu camera de zi au fost comasate, iar într-un singur caz antreul a fost unit cu camera de zi. În cazurile menționate, încăperile erau folosite și ca dormitoare, fapt ce se consideră neigienic.

În ceea ce privește casele situate la sol, respectarea cerințelor de separare arhitectural-tehnică și sanitaro-igienică a încăperilor în principale și auxiliare depindea de planul individual al casei. Așadar, analizând indicatorii, am constatat că în 14 (77,77%) cazuri aceste principii nu se respectau. Antreul/tinda era prezentă în 16 (88,88%) case, iar în 2 (11,12%) lipsea. Absența antreului este un factor negativ, deoarece acesta este o încăpere destinată termoizolării pe timp de iarnă. Accesul locatarilor direct în dormitor determină pierderi permanente ale agentului termic și decalaje mari de temperatură a aerului ambiental al locuinței, fiind un factor care duce la scăderea rezistenței organismului locatarilor.

Studiind locul amplasării camerei de baie, am constatat că doar într-un singur caz (5,55%) WC era instalat în casă, într-o cameră separată, în celelalte cazuri (17 sau 94,45%) closetul se afla afară, separat de clădirea principală sau anexat la ea. Exact la fel și baia: doar într-un caz era amplasată în interiorul casei, în celelalte era amenajată afară. Doar în 3 (16,67%) cazuri camera de baie era încălzită și utilizată și pe timp de iarnă. În celelalte 14 (77,78%), condițiile de igienizare personală erau dificile, din cauza că persoanele făceau baie în bucătărie, în dormitor sau în camera de zi pe perioada rece a anului.

Analizând condițiile habitatului caselor la sol (18 case), am determinat că toate aveau în curte loc amenajat pentru uscatul hainelor. După ce hainele înghețau, ele erau aduse în casă pentru a se usca, fiind amplasate pe dispozitive speciale sau pe scaune, mobila moale etc. Persoanele care locuiau la bloc, numai în 9 (23,07%) cazuri aveau în curte locuri amenajate pentru uscat rufele, în 30 (76,93%) de cazuri persoanele își uscau hainele în apartamente. Unele persoane (19 sau 63,33%) preferau să-și usuce hainele la balcon, 7 (23,33%) – la bucătărie, iar 4 (13,34%) nu aveau un loc fix de uscare a lor. Astfel, periodic apăreau condiții care favorizau creșterea umidității în încăperile de locuit – substrat favorabil pentru scăderea rezistenței organismului bolnavilor de TB, apariția acutizărilor, asocierea unei alte flore microbiene sau virale, precum și pentru transmiterea tuberculozei la membrii familiei.

În 3 (16,66%) cazuri, la casele de la sol lipsea bucătăria ca zonă structurală, locatarii pregătind bucatelile în antreu/tindă sau în dormitor. În 55 (93,22%) de cazuri, dormitoarele și camerele de zi erau utilizate cu multiple scopuri, nu toate încăperile erau încălzite sau era criză de spațiu locativ. Este alarmantă situația când în 2 (3,50%) cazuri persoanele bolnave de TB dau în chirie spații de locuit persoanelor tinere sănătoase, devenind astfel surse de infecție cu *M. tuberculosis*.

Analizând starea tehnică a locuințelor de la sol, în care trăiau persoanele bolnave de tuberculoză, am constatat că 3 (5,08%) din ele prezentau elemente grave de avariere a tavanului și a pereților. De asemenea, în casele menționate lipseau unele ochiuri la geam, la una a fost avariata ușa de la intrare, pe timp de iarnă considerându-se un indicator sanitaro-igienic nesatisfăcător. Pereții interni de lângă geam la 46 (80,70%) locuințe din 57 au fost afectați de condens, la 21 (36,84%) din ele au fost determinate urme de infiltrat, iar în 16 (28,07%) locuințe au fost depistate zone afectate de mucegai, cu suprafața totală de până la 2,65 m<sup>2</sup>/locuință. Infiltratul și mucegaiul sunt indicatori ai umidității sporite și lipsei de ventilație sau schimbului de aer, iar mucegaiul mai prezintă un substrat perfect de reținere a bacteriilor, inclusiv

a celor de tuberculoză, ceea ce duce la persistența infecției [1, 11].

Sistemele comunale și necomunale au un rol important în menținerea igienei locuinței [2, 10, 11]. Sistemul de asigurare centralizată cu apă potabilă lipsea la 3 (5,08%) locuințe de la sol, totodată în curtea lor lipsea și sursa locală de apă potabilă. La bloc a fost sistată alimentația cu apă la 0 (1,75%) locuință din cauza datoriilor la plată. Din 18 locuințe amplasate la sol, 10 (55,55%) nu erau conectate la sistemul de canalizare orășenesc, dar nu erau dotate cu niciun alt tip de canalizare.

În 34 (59,65%) de locuințe era instalat și funcționa sistemul centralizat de încălzire din rețeaua orășenească, dintre care într-un apartament era deconectat din cauza datoriilor la plată, iar în 9 (15,80%) locuințe era instalat sistemul autonom cu termocentrală, cu alimentare la gaz natural. Din locuințele situate la sol, în 2 (3,50%) cazuri sistemul local de încălzire nu funcționa și nu era utilizat, iar în 12 (21,05%) posedau încălzire locală cu sobe, încălzite cu ajutorul lemnului, cărbunilor sau a gazului natural. Din locuințele incluse în studiu 3 (5,08%) erau deconectate de la curent electric din cauza datoriilor la plată, iar 54 (94,72%) erau conectate.

În 48 (84,22%) locuințe, pentru prepararea hranei se utiliza gazul natural sau cel îmbuteliat, în 7 (12,28%) se folosea plita alimentată cu curent electric, iar în 2 (3,50%) cazuri se utilizau lemne sau un alt combustibil. În una din case, respondenții au afirmat că nu pregătesc bucate, se alimentează numai dacă găsesc ceva potrivit pe la gunoi sau dacă primesc ceva de la vecini. În cazul dat, subalimentația este un factor predispozant pentru agravarea stării de sănătate a bolnavilor de tuberculoză.

Unii dintre factorii importanți de menținere a confortului ambiental pentru bolnavii de TB sunt cei microclimatici [10, 11, 12]. Măsurările factorilor fizici, cum ar fi temperatura, umiditatea și viteza curenților de aer, au confirmat condiții neigienice în unele locuințe ale persoanelor bolnave de TB. La momentul măsurării, într-o (1,75%) locuință la sol, avariata, dar locuită, temperatura aerului din interior era de -2 °C, umiditatea fiind de 41%, iar viteza curenților de aer de 0,3 m/s. În alte cazuri, limitele temperaturii minime și maxime cuprindeau valorile 10 °C și 24 °C (19,5±1,1). Umiditatea relativă din încăperile de trai, la momentul efectuării măsurărilor, era în limitele normei și varia între 41% și 56%. Viteza curenților de aer varia între 0 m/s și 0,1 m/s, ceea ce nu este recomandat.

Datele referitor la umiditate sunt valori ale măsurărilor efectuate la un moment anumit, dar determinarea zonelor afectate de mucegai ne vorbește despre faptul că, în unele cazuri, umiditatea relativă

a aerului a depășit și limitele de 70%, deoarece numai în așa condiții apare mucegaiul prezent în unele locuințe ale bolnavilor de TB.

### Concluzii

1. Condițiile de trai sunt nesatisfăcătoare din punct de vedere tehnico-arhitectural și sanitaro-igienic într-o proporție semnificativă de bolnavi de TB.

2. Au fost constatate case avariate și condiții de locuit antisaniare, fapt ce poate duce la agravarea bolii, creșterea frecvenței acutizărilor și transmiterea maladiei altor membri din familie.

3. Pentru a preveni agravările și transmiterea maladiei colcatorilor, este necesară aplicarea măsurilor de ameliorare a condițiilor de trai pentru unele categorii de bolnavi de tuberculoză.

### Bibliografie

1. Baker M., Das D., Venugopal K., Howden-Chapman P. *Tuberculosis associated with household crowding in a developed country*. In: J. Epidemiol. Community Health., 2008; nr. 62(8), p. 715–721.
2. Canadian Tuberculosis Committee. *Housing conditions that serve as risk factors for tuberculosis infection and disease*. An Advisory Committee Statement (ACS). Can. Commun. Dis. Rep., 2007; nr. 33(ACS-9), p. 1–13.
3. Guo N., Marra F. *Measuring health-related quality of life in tuberculosis: A systematic review*. In: Health Quality Life Outcomes, 2009, nr. 7(14), p. 7–14.
4. Hargreaves J., Boccia D., Evans C. et al. *The social determinants of tuberculosis from evidence to action*. In: Am. J. Public Health., 2011; nr. 101(4), p. 654–662.
5. Hill P.C., Jackson-Sillah D., Donkor S.A., Otu J., Adegbola R.A., Lienhardt C. *Risk factors for pulmonary tuberculosis: a clinic-based case control study in The Gambia*. In: BMC Public Health, 2006; nr. 6, p. 156.
6. Holtgrave D., Crosby R. *Social determinants of tuberculosis case rates in the United States*. In: American Journal of Preventive Medicine, 2004, vol. 26 (2), p. 159–162.
7. Ministerul Sănătății. *Indicatori preliminari în format prescurtat privind sănătatea populației și activitatea instituțiilor medico-sanitare pe anii 2014-2015*. Chișinău, 2016.
8. World Health Organization. *Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health*. Geneva, 2005.
9. World Health Organization. *The global plan to stop TB 2011-2015: transforming the fight towards elimination of tuberculosis*. Geneva, 2014.
10. Yeung M., Khoo E., Brode S. et al. *Health-related quality of life, comorbidities and mortality in pulmonary nontuberculous mycobacterial infections: A systematic review*. In: Respirology, 2016, Mar 23. doi: 10.1111/resp.12767.
11. Пузырева Л.В., Николаева И.И., Леонтьев В.В. *Оценка гигиенических условий проживания больных туберкулезом*. В: Сибирское медицинское обозрение. Выпуск № 1, том 73, 2012 г.
12. <http://www.pneumo-iasi.ro/articole/Ghid%20tbc/educatie.html>

## UNELE ASPECTE ALE CONSILIERII PSIHOLOGICE A FAMILIILOR COPIILOR CU PATOLOGII NEUROGENETICE

Mariana SPRINCEAN<sup>1,2</sup>, Ludmila EȚCO<sup>1,2</sup>,  
Elena PALADI<sup>1</sup>,

<sup>1</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului,

<sup>2</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

### Summary

#### *Some aspects of psychological counseling for families of children with neurogenetic pathology*

*Psychological counseling for families of children with neurogenetic diseases represents an important aspect in medicine. Children with neurogenetic diseases manifest neuropsychological deviations, which are progressing with age, with serious personal and social consequences. The application of resources for amelioration of development to children with neurogenetic syndromes are impossible without a deep knowledge of clinical form, specifics and the particularities of the neurogenetic diseases.*

**Keywords:** *neurogenetic pathologies, psychological counseling, children development, neuropsychological deviations, syndrome*

### Резюме

#### *Некоторые аспекты психологической консультации семей детей с нейрогенетическими заболеваниями*

*Психологическая консультация семей детей с нейрогенетическими заболеваниями имеет большое значение в медицине. У детей с нейрогенетическими заболеваниями отмечаются психоневрологические отклонения, которые постепенно прогрессируют, в результате появляются серьезные личностные и социальные последствия. Применение ресурсов для улучшения развития детей с генетическими синдромами невозможно без глубокого знания клинической формы, специфики и нейрогенетических особенностей болезни.*

**Ключевые слова:** *нейрогенетические заболевания, психологическая консультация, детское развитие, психоневрологические отклонения, синдром*

### Intoducere

Descoperirile din domeniul medicinei, neurologiei și din genetică, care au confirmat rolul major al mutațiilor genice și cromozomiale în etiologia patologiilor neurogenetice (PNG), au schimbat cardinal viziunea multor specialiști. Actualmente se cere o atenție deosebită în ocrotirea sănătății neuropsihice a copiilor, în special a celor cu patologii neurogenetice. La copiii cu sindroame cromozomiale și boli genetice asociate cu retard psihomotor se constată