

Raport anual

Tuberculoza în Republica Moldova



2009

Cuprins:

1 Tuberculoza – o prioritate a politicii de sănătate publică.....	3
1.1 Strategia DOTS	3
1.2 Strategia STOP TB	3
1.3 Tuberculoza în Republica Moldova în context regional.....	4
1.4 Răspunsul național vis-a-vis de implementarea strategiei DOTS și tratamentului standardizat DOTS Plus în Republica Moldova	4
2 Epidemiologia tuberculozei în Republica Moldova.....	8
2.1 Incidența globală și incidența caz nou de tuberculoză.....	8
2.2 Prevalența TB HIV/SIDA.....	12
2.3 Tuberculoza multidrogrezistentă.....	13
2.4 Situația epidemiologică a tuberculozei la copii.....	14
2.5 Situația epidemiologică a tuberculozei în instituțiile penitenciare	15
2.6 Rezultatele tratamentului DOTS, a. 2007	17
2.7 Mortalitatea prin tuberculoză.....	19
2.8 Sistem Informațional de Monitorizare și Evaluare a cazurilor de tuberculoză. Dezvoltarea resurselor umane. Activități de comunicare, informare și educare a populației.....	20
3 Lista referințelor:.....	23

1 Tuberculoza – o prioritate a politicii de sănătate publică

- Tuberculoza este cea mai răspândită și mai persistentă boală infecțioasă la om.
- Tuberculoza ucide anual circa 1,7 milioane de oameni.
- Fiecare individ cu tuberculoză activă poate infecta în mediu între 10 și 15 persoane pe an.
- Fiecare oră în lume înregistrează 49 de cazuri noi, 32 de persoane care finisează tratamentul cu succes și 7 care decedază. [10]

Tuberculoza rămâne a fi o problema majoră în plan mondial, fiind declarată un pericol pentru sănătatea publică de către Organizația Mondială a Sănătății încă în anul 1993 [1]. Epidemia globală de tuberculoză înregistrează cel mai mare număr de cazuri noi de tuberculoză în anul 2004 (9 mln), iar începând cu anul 2005 se menține la un nivel constant [2].

Între 1995 și 2007 au fost notificate 37,3 milioane cazuri noi și recidive de tuberculoză, dintre care 18,1 milioane de cazuri noi bacilifere. [3]

Potrivit datelor OMS pentru anul 2007, din cele 196 țări care au raportat către OMS în a.2008, s-au notificat 5,6 milioane cazuri noi și recidive de tuberculoză, dintre care 2,6 milioane (46%) - cazuri noi pulmonare pozitive la microscopie. [3]

Tuberculoza ucide aproximativ 350000 de pacienți cu infecție HIV în fiecare an, situându-se astfel pe primul loc în cadrul cauzelor de deces ale acestor bolnavi conform datelor furnizate de Organizația Națiunilor Unite pentru SIDA (UNAIDS) [13].

1.1 Strategia DOTS

DOTS – Directly Observed Treatment Short-course (Tratament de Scurtă durată sub Directă Observație)

- strategie recomandată de către Organizația Mondială a Sănătății
- elaborată în 1993, când Organizația Mondială a Sănătății a declarat tuberculoza ca urgență mondială

DOTS – obiective:

- Rata de detecție – 70%;
- Rata de succes terapeutic > 85%;
- Prevenirea apariției unor noi infecții prin vindecarea pacienților contagioși;
- Prevenirea dezvoltării tuberculozei rezistente prin urmarea unui tratament corect.

DOTS – componente cheie:

- D (Direct) - detectarea cazurilor prin examen microscopic al sputei;
- (Observed) – tratament standardizat, direct observat, durată scurtă;
- T (Treatment) – aprovizionare neîntreruptă cu medicamente antituberculoase de calitate;
- S (Standardized) – sistem standardizat de evidență și raportare a cazurilor.

1.2 Strategia STOP TB

- strategie lansată se către STOP TB Partnership și Organizația Mondială a Sănătății în anul 2006; [5]

- scop: a contribui la îmbunătățirea stării de sănătate a populației prin reducerea morbidității și mortalității prin tuberculoză și limitarea cât mai rapidă a răspîndirii infecției și a bolii; [5]
- viziunea: „O lume fără tuberculoză”; [5]
- ținta: „Reducerea dramatică a poverii globale a tuberculozei pînă în 2015” [5]
- indicatorii țintă: [5]
 - pînă în 2005: depistarea a cel puțin 70% din cazurile infecțioase de tuberculoză și vindecarea a cel puțin 85% dintre ele;
 - pînă în 2015: reducerea ratelor prevalenței și mortalității tuberculozei cu 50% față de valorile din 1990;
 - pînă în 2050: eliminarea tuberculozei ca problemă de sănătate publică (sub 1 caz la 1 milion de locuitori).

Planul de Stopare a tuberculozei (2007 - 2015) pune un accent deosebit și o necesitate de urgență în atingerea Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului pentru două subregiuni epidemiologice, una din ele fiind subregiunea Europei de Est, care include țările fostei URSS, inclusiv Republica Moldova. [5]

1.3 Tuberculoza în Republica Moldova în context regional

Republica Moldova se situează în zona cu cea mai mare incidență a tuberculozei dintre țările Regiunii Europene a Organizației Mondiale a Sănătății și rămîne a fi un focar de răspîndire a tuberculozei. Comparativ cu țările Regiunii Europene, pentru anul de raportare 2007, Republica Moldova se plasează printre locurile de frunte în ceea ce privește incidența globală a tuberculozei – 128‰, cedînd în fața Kazahstanului, care înregistrează 161‰. Republica Moldova înregistrează 42‰ cazurilor noi pulmonare microscopic pozitive pentru anul 2007, analogic Georgiei, Kazahstanului, Romîniei (40-44‰). Pentru cohorta anului 2006 (cazuri noi pulmonare microscopic pozitive) Regiunea Europeană a Organizației Mondiale a Sănătății, înregistrează rata de succes de 70%. Republica Moldova înregistrează pentru aceeași cohortă 62,3%, față de Federația Rusă – 58,3%, Ucraina – 29,2% și Azerbaidjan – 59,6%. [3]

Incidența prin tuberculoză printre rîndurile deținuților înregistrează cifre de zeci și sute de ori mai mare ca în sectorul civil. Anul 2006, pentru regiunea Europeană înregistrează o incidență a tuberculozei de 40,5‰, iar printre rîndurile deținuților o incidență de circa 6 ori mai înaltă, constituind 232‰. Indicatorii cei mai alarmanți revin spațiului postsovietic, notificînd pentru penitenciarele Kazahstanului o incidență prin tuberculoză de 115 ori mai mare ca pentru sectorul civil, pentru penitenciarele din Azerbaidjan – de 58 ori, pentru penitenciarele din Federația Rusă – de 18 ori și pentru penitenciarele din Republica Moldova – de 22 ori mai mare ca pentru sectorul civil.

1.4 Răspunsul național vis-a-vis de implementarea strategiei DOTS și tratamentului standardizat DOTS Plus în Republica Moldova

Evoluția tuberculozei în Republica Moldova a căpătat un caracter epidemic încă în anii 1990 ai secolului trecut ca urmare a: deteriorării condițiilor socio-economice, perturbărilor în funcționarea sistemului de sănătate, finanțării insuficiente a sistemului de sănătate, migrației populației, răspîndirii tuberculozei în instituțiile penitenciare, lipsa medicamentelor antituberculoase, susținerea insuficientă a Programului Național de control al tuberculozei pentru anii 1996 – 2000 din partea fostelor guverne ale Republicii Moldova și ale organelor administrației publice locale, finanțarea fiind doar de 10 – 15%. [6]

Situația creată a determinat necesitatea unei reacții rapide, bazată pe recomandările Organizației Mondiale a Sănătății în controlul tuberculozei. La 28 iunie 2001 Guvernul Republicii Moldova a adoptat Hotărîrea nr. 559 „Cu privire la aprobarea Programului Național de control al

tuberculozei pentru anii 2001-2005”, avînd la baza strategia DOTS (tratament direct observat de scurtă durată), recomandată de OMS în controlului tuberculozei. Programul Național 2001-2005 avea ca scop:

- stoparea epidemiei de tuberculoză,
- instituirea controlului asupra situației acesteia,
- micșorarea răspîndirii infecției,
- prevenirea apariției formelor rezistente și multirezistente.

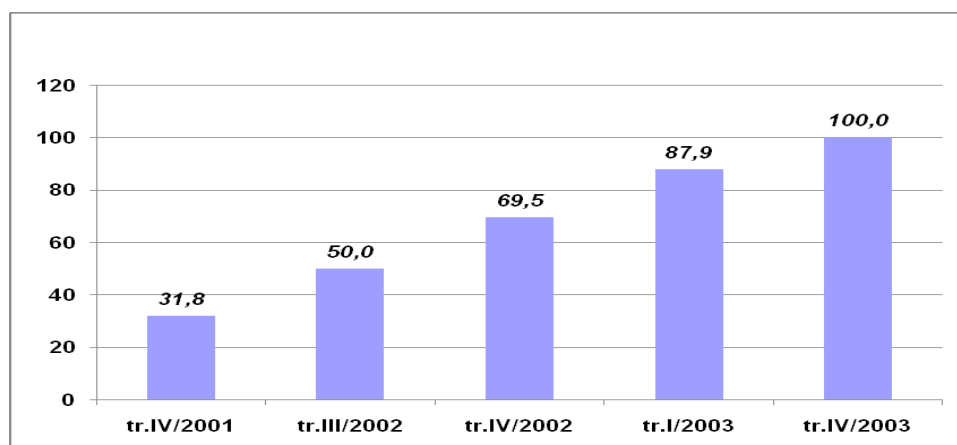
În scopul realizării Programului Național de control al tuberculozei 2001-2005 a fost elaborat Ordinul Ministerului Sănătății nr.180 din 10.08.2001 „Cu privire la implementarea Programului Național de control al tuberculozei în Republica Moldova pentru anii 2001 – 2005”, care prevedea mecanismul de îndeplinire a măsurilor principale, atât la nivel național, cît și la nivel teritorial.[19]

Implementarea Programului Național a început din noiembrie 2001 în ariile pilot: municipiul Chișinău și județele Lăpușna și Orhei, cu acoperirea în trepte a restului teritoriu al republicii pe parcursul anilor 2002-2003. Realizarea programului în sectorul civil a fost precedată de implementarea strategiei DOTS în instituțiile penitenciare din Republica Moldova, începînd cu 1 noiembrie 2000. Activitățile efectuate pe parcursul anilor 2001 - 2003 au contribuit la:

- instruirea personalului medical în vederea acordării asistenței pacienților de tuberculoză în conformitate cu cerințele OMS;
- ameliorarea depistării și înregistrării cazurilor de tuberculoză evolutivă;
- asigurarea continuă cu preparate antituberculoase în cantitate și sortiment necesar;
- organizarea Centrelor de microscopie a sputei și înzestrarea acestora cu microscopie binoculare și consumabile pentru activitate;
- creșterea ratei de confirmare bacterioscopică a cazurilor de tuberculoză pulmonară;
- implicarea rețelei de medicină primară în asistența pacienților cu tuberculoză.

Aceste activități au permis la începutul anului 2003 un acces a 87,9% din populația republicii către asistența medicală a pacienților de tuberculoză în conformitate cu strategia DOTS, iar către sfîrșitul anului 2003 și a populației raioanelor de pe malul stîng al malului Nistru, atingînd acoperirea DOTS de 100% pentru tot teritoriul țării. [18] (Figura 1)

Figura 1. Implementarea strategiei DOTS, Republica Moldova, aa. 2001 - 2003, %



Dobreanschi V., Burinschi V., si coaut. Studiu preliminar „Combaterea HIV/SIDA, malariei și altor boli”, Chișinău, 2004 [27]

La inițiativa Ministerului Sănătății, instituțiilor de profil au fost elaborate propuneri, a fost semnat Acordul de Grant și acceptat grantul Fondului Global TB/SIDA, Malaria care permite acoperirea necesitatilor în realizarea strategiilor prioritare ale Programului Național de control al tuberculozei.

Realizarea Programului Național de control al tuberculozei 2001-2005 a fost susținută de către Organizația Mondială a Sănătății, de Programul TB/SIDA finanțat de Fondul Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei și de Banca Mondială, de proiectul „Fortificarea controlului tuberculozei în Moldova” implementat de Alianța Americană Internațională de Sănătate (AIHA) și susținut financiar de Agenția Statelor Unite pentru Dezvoltare Internațională (USAID). Activitățile de control al tuberculozei în penitenciare susținute suplimentar de către ONG „Caritas Luxemburg” (Republica Moldova) și Societatea Regală Olandeză de Tuberculoză (KNCV).

În scopul stabilirii situației epidemice a tuberculozei în Republica Moldova și reducerii răspândirii infecției în societate, luând în considerație importanța impactului medico-social al afecțiunii, ca continuare a precedentului Program, a fost elaborat noul Program Național de control al tuberculozei pentru anii 2006 – 2010, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1409 din 30.12.2005 (Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 16 – 19/87 din 27.01.2006) și care are ca drept scop stabilizarea situației epidemiologice a tuberculozei în țară pe parcursul acestor ani, cu ameliorarea acesteia către anul 2010, prin atingerea următoarelor obiective: [17]

- stabilizarea nivelului incidenței globale prin tuberculoză, cu reducerea acestuia pînă la valoarea de 85,0 la 100 000 de persoane;
- reducerea nivelului indicelui mortalității prin tuberculoză pînă la valoarea de 12,0 la 100 000 de persoane;
- reducerea și stabilizarea indicelui tuberculozei multidrogrezistente printre cazurile noi de tuberculoză pulmonară la un nivel de sub 5%;
- obținerea unei rate de succes printre cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă de 85%;
- depistarea a cel puțin 70% dintre cazurile estimate de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă.[17]

Elaborarea programului a fost susținută tehnic și financiar de către Programul TB/SIDA, finanțat de către Fondul Global de combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei, Banca Mondială în Republica Moldova și ONG-ul „Caritas Luxemburg”. [17]

În scopul optimizării activităților de control și profilaxie a tuberculozei a fost elaborat și aprobat noul Ordin al Ministerului Sănătății nr.180 din 08.05.2007 „Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova” și Ordinul Ministrului Justiției nr.278 din 17.07.2007 despre aprobarea Regulamentului privind tratamentul și conduita deținuților bolnavi de tuberculoză (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2007, nr.107-111, art.470) [7],[26].

Organizarea activităților de prevenire și control al tuberculozei se efectuează în trei nivele:

- central - reprezentat de IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”. Directorul Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” este directorul Programului Național de control și profilaxie a tuberculozei. Coordonarea programului în plan național este funcția Coordonatorului Principal al PNCPT. [7]
- teritorial (raional/municipal) – unde, conducătorul direcției/secției sănătății, medicul șef al raionului, în comun cu medicul șef al Centrului de Medicină Preventivă, organizează și supraveghează implementarea Programului în teritoriul respectiv împreună cu coordonatorul teritorial al PTCPT. [7]

- primar - reprezentat de către Centrele medicilor de familie, precum și structurile lor teritoriale, care participă la program prin activități specifice, realizând integrarea acestuia la nivelul asistenței primare. [7]

Tratamentul tuberculozei se efectuează în conformitate cu regimurile standarde de chimioterapie în corespundere cu strategia DOTS. Chimioterapia antituberculoasă constă din două faze: faza intensivă și faza de ambulator (de consolidare). Faza de tratament intensiv (2-3 luni) se efectuează preponderent în condiții de staționar (spital/secție) specializat de ftiziopneumologie (IMSP IFP „Chiril Draganiuc”, IMSP Spitalul de boli tuberculoase Vorniceni, IMSP Spitalul Clinic Municipal Chișinău, IMSP Spitalul Clinic Municipal/Dispensarul de Ftiziopneumologie Bălți, Spitalul Republican de Ftiziopneumologie Bender, IMSP Spitalul Raional Soroca, IMSP Spitalul Raional Hîncești, IMSP Spitalul Raional Florești). Faza de continuare se efectuează în condiții de ambulator sub supravegherea medicului de familie la locul de trai. În municipii și în centrele raionale faza de continuare se efectuează de către serviciul de ftiziopneumologie teritorial.[7]

În baza Ordinul nr. 426/214A din 17.12.2007 al Ministerul Sanatatii si Companiei Natională de Asigurari în Medicina, privind „Normele metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistența medicală (Partea III „Modalitatea de plată și criteriile privind contractarea prestatorilor de servicii medicale)”, pentru fiecare caz de tuberculoza depistat primar de către medicul de familie și confirmat, medicului de familie i se vor aloca 600 lei, iar pentru fiecare caz tratat ambulator și finalizat cu succes conform standardelor DOTS – 800 lei. [20]

În cadrul realizării Grantului acordat Republicii Moldova de către Fondul Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei și Malariei, în baza Aplicației către Comitetul „Linia Verde” al Organizației Mondiale a Sănătății pacienții cu tuberculoză multidrorezistentă pot fi incluși pentru tratament în cadrul Proiectului DOTS Plus. Decizia de includere în tratamentul standardizat DOTS Plus îi revine Comitetului de recrutare DOTS Plus. În țară activează două comitele de recrutare, unul pentru sectorul civil și altul pentru Departamentul Instituțiilor Penitenciare. Pacienții se includ în tratament în baza criteriilor de includere, privind strategia de recrutare a cazurilor cu multidrorezistență:

- să se încadreze în una din categorii;
- să fie posibilă confirmarea MDR de către LNR;
- să fie de acord cu administrarea tratamentului sub directă observare zilnic, pe toată durata acestuia (în medie 24 luni);
- să fie de acord cu spitalizarea până la negativare (posibil peste 6 luni). Aceasta se va realiza printr-un consimțământ scris;
- să se poată asigura tratamentul direct observat după externarea din Centrul MDR (de către un cadru medical sau o persoană instruită);
- vor avea prioritate cazurile de TB MDR netratate anterior. [7]

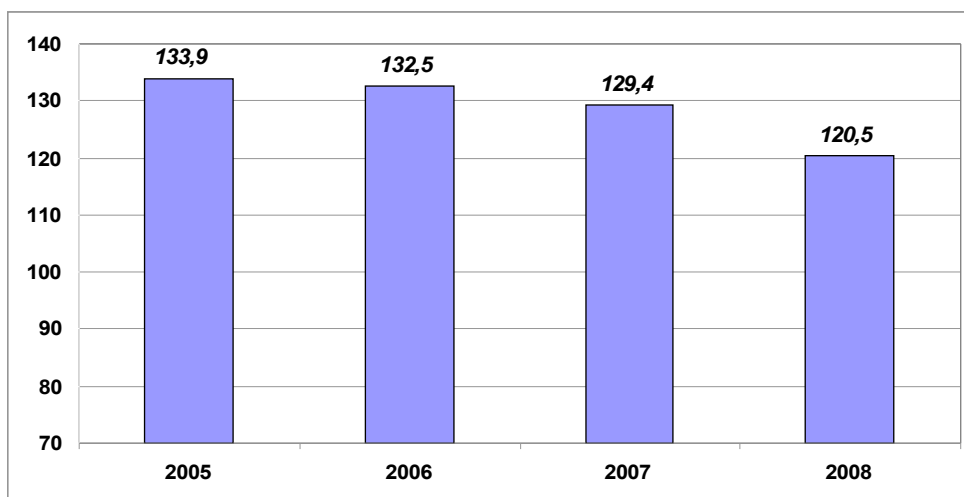
În contextul controlului co-infecției TB-HIV/SIDA se remarcă unele succese începând cu anul 2001, cum ar fi: acces la diagnostic HIV pentru pacienții cu TB, acces la diagnostic TB pentru persoanele HIV pozitive, acces la tratament DOTS a persoanelor co-infectate, acces la co-tratament anti-TB și antiretroviral (ARV), inițierea supravegherii co-infecției, atragerea partenerilor din rîndul organizațiilor internaționale și sectorul non-guvernamental, crearea CNC în domeniul TB și HIV/SIDA [7], cît și crearea cabinetelor de consiliere și testare voluntară HIV/SIDA în instituțiile de nivel republican și municipal în domeniul controlului și tratamentului tuberculozei. [21]

2 Epidemiologia tuberculozei în Republica Moldova

2.1 Incidența globală și incidența caz nou de tuberculoză

Anul 2008 înregistrează o morbiditate globală de cazuri noi și recidive de 4940 cazuri sau 120,4‰ pentru ambele maluri ale râului Nistru, ceea ce constituie cu 7,2% mai puțin decât anul precedent, a. 2007 (5325 sau 129,4‰) și cu 12,3% față de a. 2005 (5632 sau 133,9‰) (Figura 2). Rata de notificare în populația mediului rural (2594) este de 9,6% mai înaltă decât în mediul urban (2346).

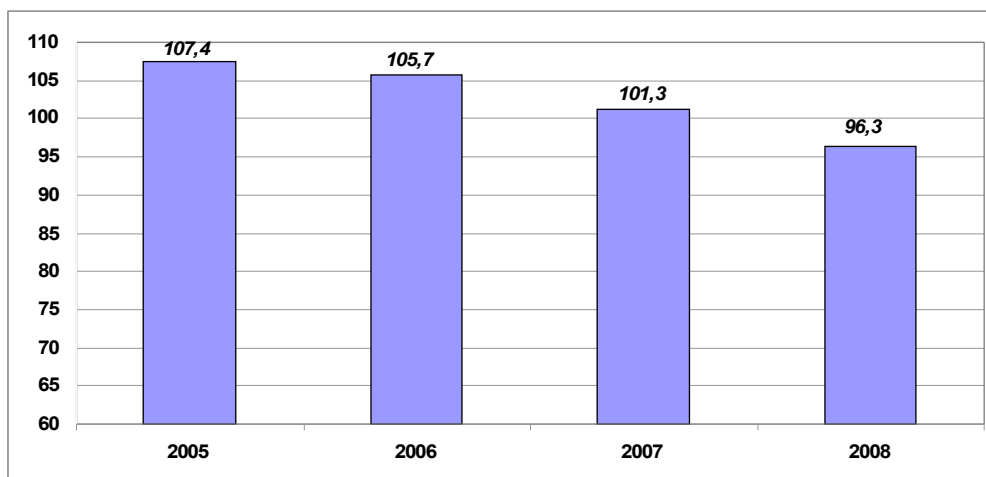
Figura 2. Incidența globală a tuberculozei, Republica Moldova, aa.2005-2008, la 100 mii populație



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Numărul de cazuri noi înregistrate pentru perioada anului 2008 determină o tendință spre stabilizarea situației epidemilogice, avînd ca criteriu o scădere de 5,2% față de anul precedent și de 12,5% față de anul 2005 (Figura 3). Ponderea distribuției pe sexe printre cazurile noi reflectă următorul aspect: bărbaților înregistrați ca caz nou le revin 70,5%, iar femeilor – respectiv 29,5%. Prin urmare, bărbații au fost afectați de tuberculoză în anul 2008 de 2,4 ori mai mult. Repartiția pe grupe de vîrstă indică la fel diferențe între cele două sexe: cele mai multe îmbolnăviri apar la bărbați la vîrste adulte între 35-54 ani, iar la femei la vîrste mai tinere, între 19 și 34 ani. Deci, boala afectează preponderent populația adultă în cei mai productivi ani ai vieții.

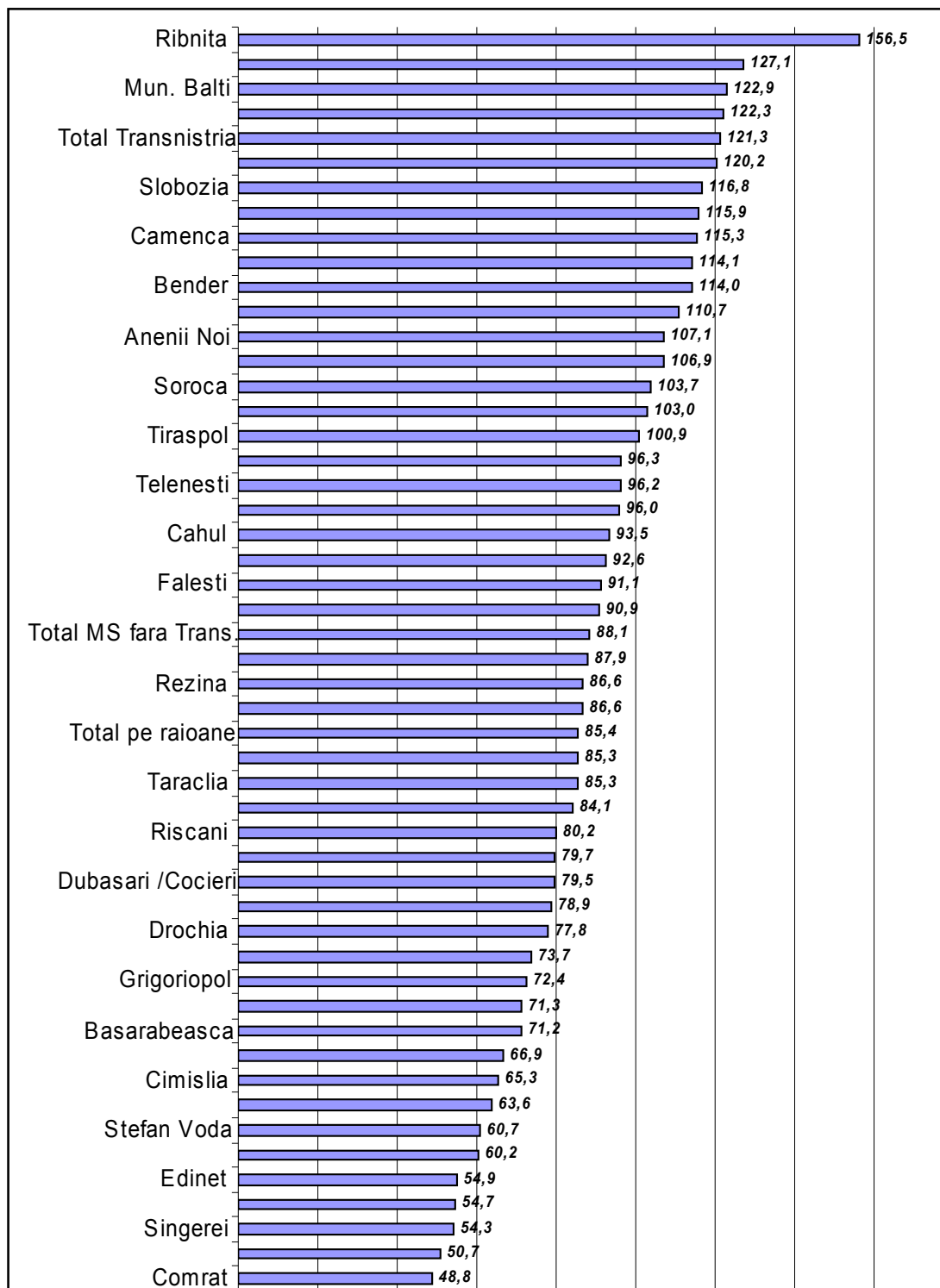
Figura 3. Incidența caz nou de tuberculoză, Republica Moldova, aa. 2005 – 2008 la 100 mii populație



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Dacă vom încerca să facem o descriere mai amplă referitor la notificarea cazurilor noi în baza teritoriilor administrative, vom observa că pe locurile de frunte se plasează r-nul Rîbnița (156,5‰), r-nul Călărași (127,1‰), r-nul Criuleni (122,3‰), r-nul Dubăsari (120,2‰) și r-nul Strășeni (115,9‰). Analiza aceluiași indicator pe municipii arată că în municipiul Bălți rata de cazuri noi este de 122,9‰, iar pentru municipiul Chișinău de 90,9‰. (Figura 4)

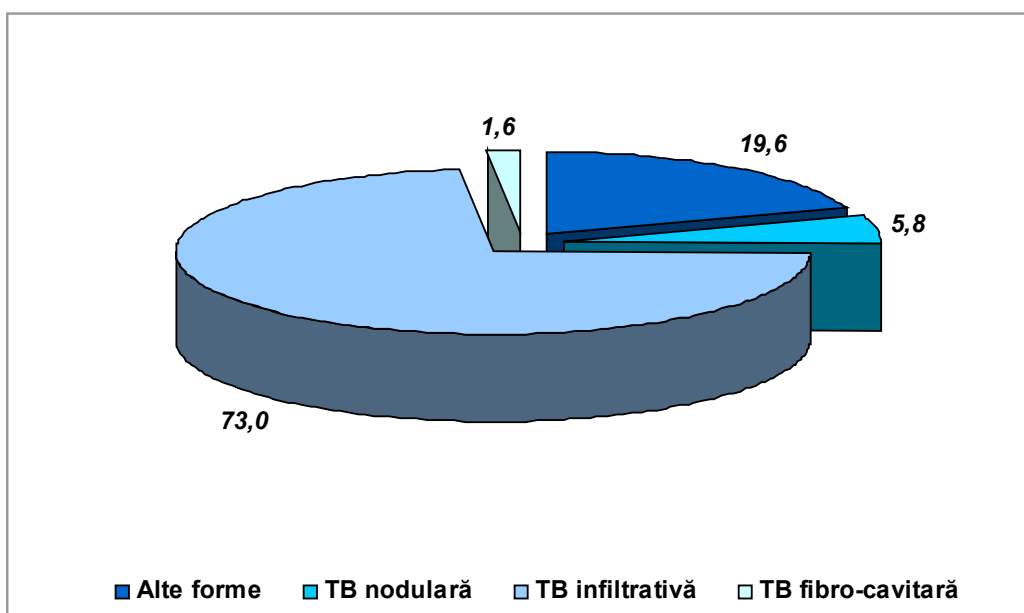
Figura 4. Incidența caz nou de tuberculoză, Republica Moldova, a. 2008, la 100 mii populație



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Structura formelor clinice ale tuberculozei din numărul total de cazuri noi înregistrate în a.2008 este reprezentată prin 73,0% - tuberculoza pulmonară infiltrativă, 5,8% - tuberculoza pulmonară nodulară, 1,6% - tuberculoza fibro-cavitară, 19,6% - alte forme de tuberculoză. (Figura 5)

Figura 5. Structura formelor clinice ale tuberculozei din nr. total de cazuri noi, Republica Moldova, a. 2008, %



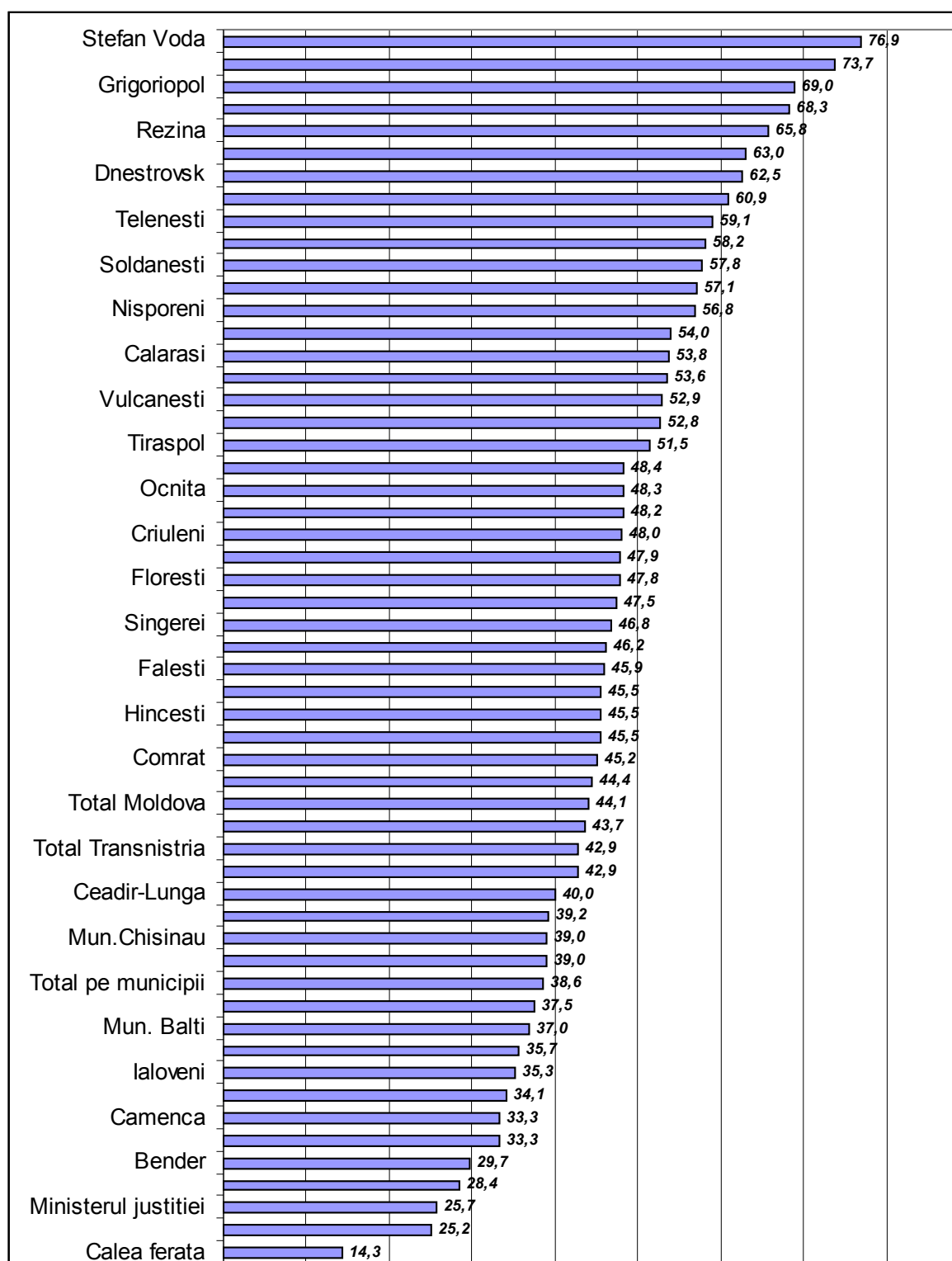
SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

După tipul de localizare a tuberculozei, cea pulmonară este cea mai răspândită, cea mai contagioasă și cu o importanță majoră din punct de vedere epidemiologic. Repartizarea procentuală printre cazurile noi, pentru anul 2008, în conformitate cu localizarea patologiei este de 88,0% pentru tuberculoza pulmonară și respectiv 12,0% pentru cea extrapulmonară. Anul 2008 a înregistrat 3475 (84,7 ‰) cazuri noi de tuberculoză pulmonară. Comparativ anului precedent se remarcă o scădere de 4,9%. Ar fi binevenită și remarcabilă, din nou, evidențierea tendinței de stabilizare a incidenței prin tuberculoză.

Rata cazurilor noi pulmonare cu forme distructive pentru anul 2008 determină 39,0‰ și reprezintă o majorare de 0,6% față de anul precedent. Ponderea acestora din numărul total de cazuri noi pulmonare reprezintă 46,3%, ceea ce ar putea sugera informații despre un diagnostic mai tardiv al tuberculozei. Ponderea în mediu pentru raioanele malului drept înregistrează 48,4%, iar în cele ce urmează se semnalează ponderi destul de înalte față de media pentru toate raioanele de pe malul drept: Glodeni – 73,8%, Ștefan Vodă – 69,2%, Căușeni – 64,0%, Orhei – 60,4%. Malul stâng înregistrează în acest an o pondere de 46,8% a formelor distructive pulmonare printre cazurile noi, avînd majorele pentru raionul Slobozia – 58,2% și Grigoriopol - 51,7%. Municipiile înregistrează 45,7%, iar 46,1% îi revin municipiului Chișinău.

Pericolul cel mai mare pentru societate îl prezintă cazurile cu forme pulmonare eliminatoare de bacili, care constituie pentru anul 2008 – 1533 de cazuri înregistrate sau 37,2‰ și care remarcă o scădere de 4,8% în comparația anului 2007. Ponderea acestora din numărul de cazuri noi pulmonare este de 44,1% similară anului de raportare precedent. Dar, se disting ponderi de forme bacilare după microscopie mai înalte decît pentru întreg teritoriu al republicii în unele teritorii administrative, după cum urmează: Ștefan Vodă – 76,9%, Basarabeasca -73,7%, Dondușeni - 63,0%, Rezina - 65,8%, Grigoriopol – 69,0%, Dnestrovsk – 62,5%. (Figura 6)

Figura 6. Ponderea caz de tuberculoză pulmonară forme bacilare din nr. de caz nou, Republica Moldova, a.2008, %



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Identificarea bolnavilor cu un risc de contagiozitate mai înalt ne permite examenul microscopic, esențialul în controlul tuberculozei. Rata de detecție, care reflectă intensitatea și extinderea activităților de depistare, reprezintă proporția tuturor cazurilor depistate și declarate raportată la proporția cazurilor așteptate pe baza cunoașterii riscului anual de infecție. „Strategia STOP TB” a stabilit, după cum este menționat și mai sus, atingerea unei ratei de depistare a cazurilor pozitive la microscopie de 70%. Procentul diagnosticării nu întrece 64,4% în Republica Moldova pentru anul 2008, dar cu siguranță determină o tendință de creștere atât spre țintă, cât și față de anul precedent, când rata de detecție a fost 62,3%.

O analiză de structură a cazurilor contagioase, pulmonare microscopic pozitive, menționate și anterior, în baza unor criterii ce țin de aspectul social, ca ocupația în câmpul muncii, nivelul de studii și condițiile de trai, ne arată că numai 16,6% din ei sînt angajați în câmpul muncii, 12,3% - invalizi, pensionari și studenți, iar 71,2% sînt neangajați în câmpul muncii. Din același număr notificat – 48,8% au condiții nesatisfăcătoare sau condiții necunoscute de trai. După nivelul de studii numai 2,8% au studii superioare, iar 61,0% sînt cu studii medii.

Confirmarea prin examenul cultural are, de asemenea, un avantaj de a identifica o tuberculoză activă printre cazurile negative microscopic, care în mod real pot avea și un potențial de a deveni pozitive la examenul microscopic - surse primordiale de transmitere a bolii. Prin examenul cultural, în acest an, au fost diagnosticate 37,6% (1306) de cazurile noi pulmonare.

Formele extrapulmonare de tuberculoză printre cazurile noi, pentru anul 2008, înregistrează 11,6%ooo și atestă o scădere de 7,2% față de anul precedent. Dintre localizările extrapulmonare pleurei îi revine – 48,9%, iar tuberculozei generalizate – 1,5%.

2.2 Prevalența TB HIV/SIDA

Tuberculoza este una din cele mai frecvente infecții oportuniste asociate cu HIV/SIDA.

Diagnosticul HIV/SIDA printre bolnavii cu tuberculoză activă și viceversa se stabilește prin testarea acestora la HIV [7]. Astfel, rata pacienților testați la HIV printre pacienții cu tuberculoză activă caz nou și recidivă pentru anul 2008 pe întreg teritoriul țării este 83,7%, cu o majorare de 1,8% față de anul precedent. Municipiile și Sistemul Penitenciar remarcă valori mai înalte de 92,4% și 97,6% respectiv. Pot fi evidențiate teritorii administrative, unde rata de testare a atins maximele de 100%, cum ar fi: Dondușeni, Glodeni, Nisporeni.

Anul 2008 remarcă crearea Cabinetelor de Consiliere și Testare Voluntară (CTV) în cadrul Institutului de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, Spitalului Clinic Municipal de Ftiziopneumologie din Chișinău, Dispensarului de Ftiziopneumologie Bălți, Spitalului de boli tuberculoase Vorniceni.

Infecția HIV rămîne a fi unul din cel mai favorizant și determinant factor care crește succesibilitatea unei persoane la infecțiile cu Mycobacterium tuberculosis și reprezintă, în același timp, atît o cauză importantă de progresare de la infecția tuberculoasă la boala manifestă, cît și de inducerea recidivării procesului tuberculos [14].

În baza datelor colectate din formularul 089 „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia” [15] despre pacienții cu tuberculoză activă vis-a-vis de testarea la HIV pentru anul 2008 se înregistrează 166 de cazuri HIV pozitive printre cazurile noi de tuberculoză, ceea ce constituie 4,2% și 56 cazuri HIV pozitive printre recidive constituind 5,7%. Din numărul de cazuri noi HIV pozitive – 17,5% sînt cu tuberculoză multidrogezistentă, din aceștia, 41,4% au decedat în primele 6 luni de la debutul tratamentului antituberculos, iar 33,3% din ei au decedat chiar în 1 lună de tratament.

După cum se menționează în raportul „TB Country Impact Evaluation Report „ HIV prevalența printre cazurile noi cu tuberculoză activă devine un semn de mare îngrijorare, demonstrînd cifre alarmante pentru municipiul Bălți care ating 12,2% [16], confirmate și în baza datelor din SIME TB.

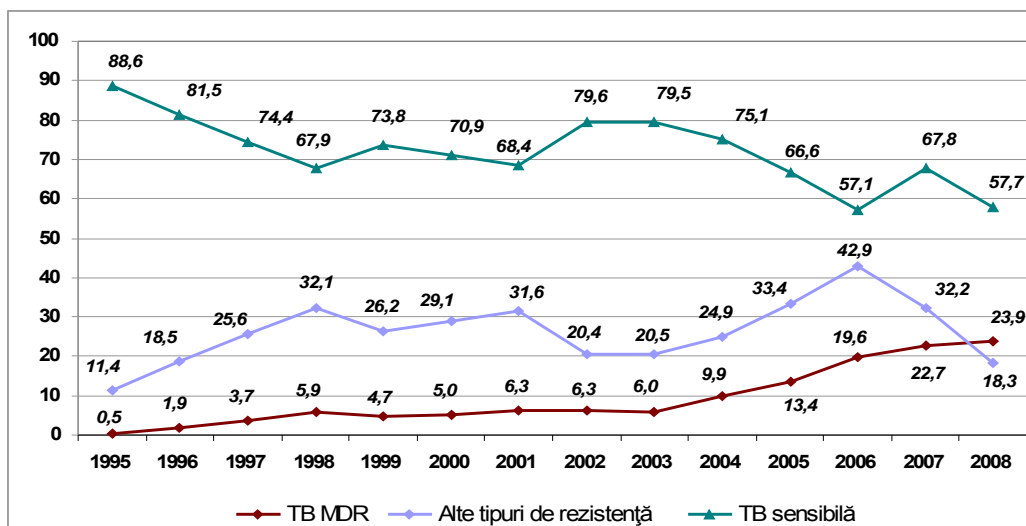
În rîndurile contingentului de bolnavi cu tuberculoză activă la finele anului 2008 seroprevența HIV constituie 7,7%ooo pentru întreg teritoriul țării, reprezentînd 5,2% din totalul contingentului. Din ei 23,6% sînt cu forme de tuberculoză multidrogezistentă. Cifre înalte de seroprevența HIV înregistrează municipiile atîngînd valorile de 13,1%ooo, astfel reprezentînd 38,9% din totalul contingentului activ cu tuberculoză HIV infectat. Alarmant este ca 26,4% din contingentul TB/HIV îi revin municipiului Bălți. Malul stîng înscrie la fine de 2008 o seroprevența de 17,3%ooo printre pacienții cu tuberculoză activă, ceea ce ar reprezenta 29,3% din totalul

contingentului activ cu tuberculoză HIV infectat, avînd majorele înregistrate pentru Rîbnița și Tiraspol de 21,8%ooo și 19,6%ooo respectiv.

2.3 Tuberculoza multidrogrezistentă

Testarea sensibilității la antibiotice atît pentru rezistența primară cît și cea secundară furnizează informații destul de utile atît pentru situația epidemiologică, eficiența regimurilor terapeutice, cît și pentru eficiența programului de combatere a tuberculozei. (Figura 7) [12].

Figura 7. Spectrul sensibilitate/rezistență printre cazurile noi, Republica Moldova, aa. 1995 - 2008, %

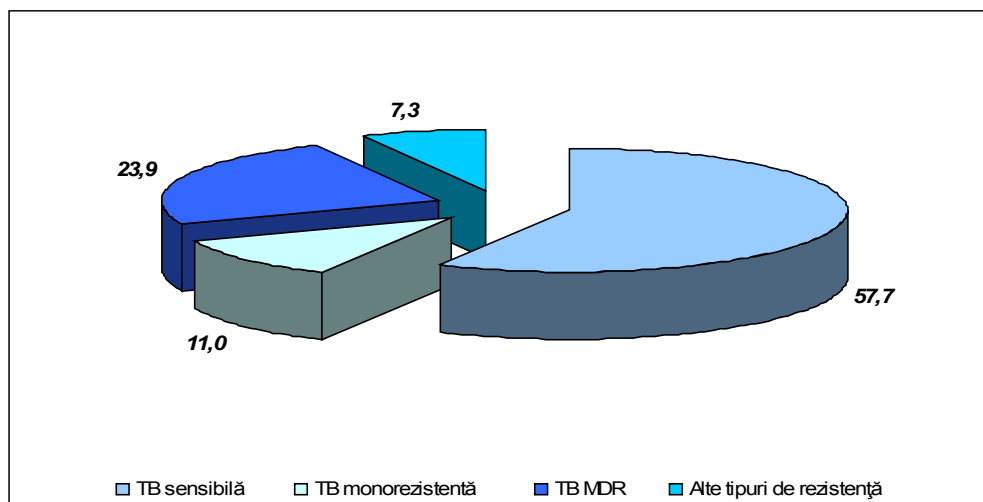


Crudu V., Soltan V., Burinschi V. și coaut. *Supravegherea rezistenței antituberculoase Republica Moldova- anul 2006: Studiu național.* // Chișinău, 2009

La spectrul de sensibilitate/rezistență al tulpinilor micobacteriene pentru anul 2008 au fost testate 2147 cazuri la cele patru droguri de bază Isoniazidă, Rifampicină, Etambutol și Streptomycină, dintre care 1080 – printre cazurile noi, iar 1067 – printre cazurile de retratament.

Printre cazurile noi testate la sensibilitate se atestă 57,7% cazuri sensibile, 11,0% - monorezistente, 23,9% - multidrogrezistente și 7,3% - alte tipuri de rezistență (Figura 8).

Figura 8. Structura spectrul de sensibilitate/rezistență tuberculoasă printre cazurile noi, Republica Moldova, a. 2008, %

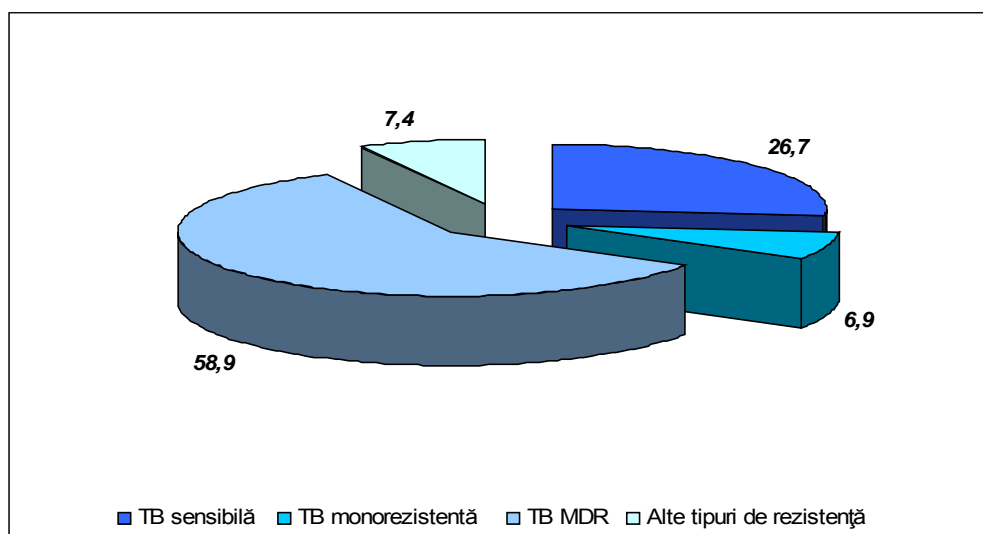


SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

În ciuda faptului, că notificarea arată scăderea numărului de cazuri noi, formele cu tulpini multidrogrezistente (rezistența la cele două droguri majore Isoniazidă și Rifampicină) cresc comparativ anului 2007, cînd rezistența primară a înregistrat 22,7%. Ponderea rezistenței primare pentru malul drept este de 22,8%, înregistrînd respectiv 19,8% pentru toate raioanele malului drept, cu majorele în teritoriile administrative: Soroca – 50,0%, Cimișlia – 42,9%, Strășeni – 37,1%, Taraclia și Vulcănești cîte 33,3%. Multidrogrezistența primară pentru municipii înregistrează 30,8%, iar 35,0% îi revin municipiului Chișinău. Astfel, pe parcursul anului 2008 săptămînal au fost depistate cîte 5 cazuri noi de tuberculoză cu multidrogrezistență primară, unul revenind municipiului Chișinău.

Cifrele sînt alarmante și printre cazurile de retratament. Din cele 1067 cazuri testate la sensibilitatea drogurilor de bază se determină: 26,7% - cazuri sensibile, 6,9% - cazuri monorezistente, 58,9% - cazuri multidrogrezistente, 7,4% - alte tipuri de rezistență (Figura 9).

Figura 9. Structura spectrului de sensibilitate/rezistență tuberculoasă printre cazurile de retratament, Republica Moldova (inclusiv stînga Nistrului), a. 2008, %



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

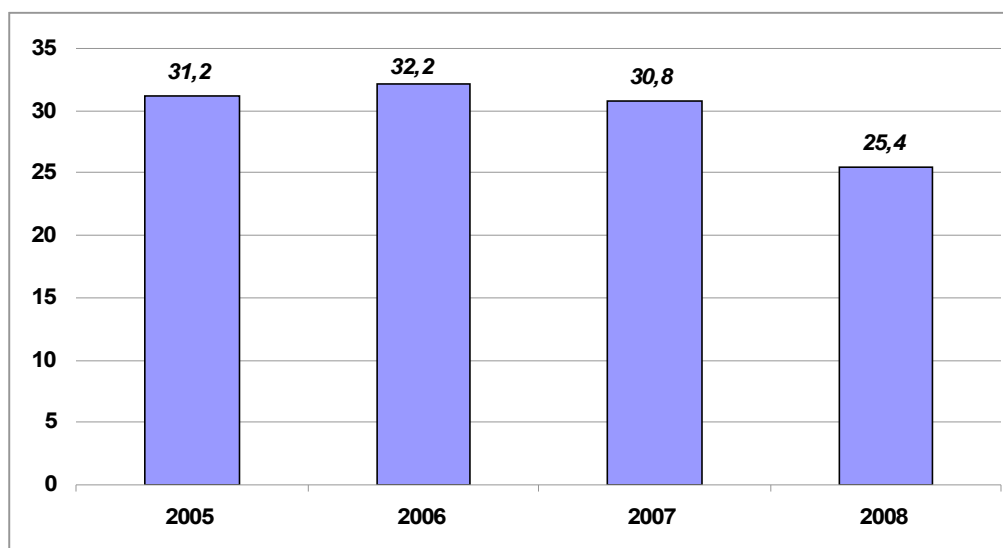
Multidrogrezistența poate apărea în urma unui tratament neadecvat sau incomplet, uneori în rezultatul administrării neregulate a medicației antituberculoase sau prin întreruperea administrării medicamentelor de bază (linia I), cît și în lipsa complianței la tratament a pacienților. Cel mai mare rezervor de forme rezistente deseori sînt pacienții cronici, care constituie 4,4% dintre cazurile active de tuberculoză la sfîrșitul anului de raportare (a.2008), cu maximele de 15,4% înregistrate pentru Sistemul Penitenciar. Multidrogrezistența printre cazurile cronice active constituie 53,5% pentru întreg teritoriul țării.

Pe parcursul anului 2008 au fost incluși în tratamentul standardizat DOTS Plus – 522 pacienți. Rata de succes pentru pacienții incluși în tratamentul standardizat DOTS Plus pentru cohorta anului 2006 reprezintă 67,0% (59/88). Rata de abandon pentru aceeași cohortă constituie 13,6% (12/88).

2.4 Situația epidemiologică a tuberculozei la copii

Se remarcă același trend descrescător al incidenței tuberculozei la copiii (0 – 17 ani 11 luni 29 zile) înregistrați în anul 2008 cu 16,0% față de anul precedent și cu 21,2% față de anul 2005. (Figura 10)

Figura 10. Incidența caz nou de tuberculoză, copii 0 – 17 ani 11 luni 29 zile, Republica Moldova (inclusiv stînga Nistrului), a. 2008, 100 mii populație



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Notificarea cazurilor noi în rîndurile copiilor (0 – 17 ani 11 luni 29 zile), după localizarea procesului tuberculos evidențiază 57,0% pentru localizarea procesului în ganglionii limfatici intratoracici, 34,8% pentru localizarea pulmonară, și 8,3% - alte localizări.

Intervalului de vîrstă 15 – 17 ani 11 luni 29 zile îi este predominantă localizarea pulmonară de 71,3%, dintre care 33,3% sînt microscopic pozitive.

Procentual cazurilor pulmonare pozitive la examenul microscopic, printre numărul total de cazuri noi pulmonare, în rîndurile copiilor (0 – 17 ani 11 luni 29 zile), le revin 30,0%, dintre care 79,2% - se înregistrează pentru intervalul de vîrstă 15 – 17 ani 11 luni 29 zile. Pentru același interval de vîrstă se determină și o pondere de 38,6% de forme pulmonare cu distrucție.

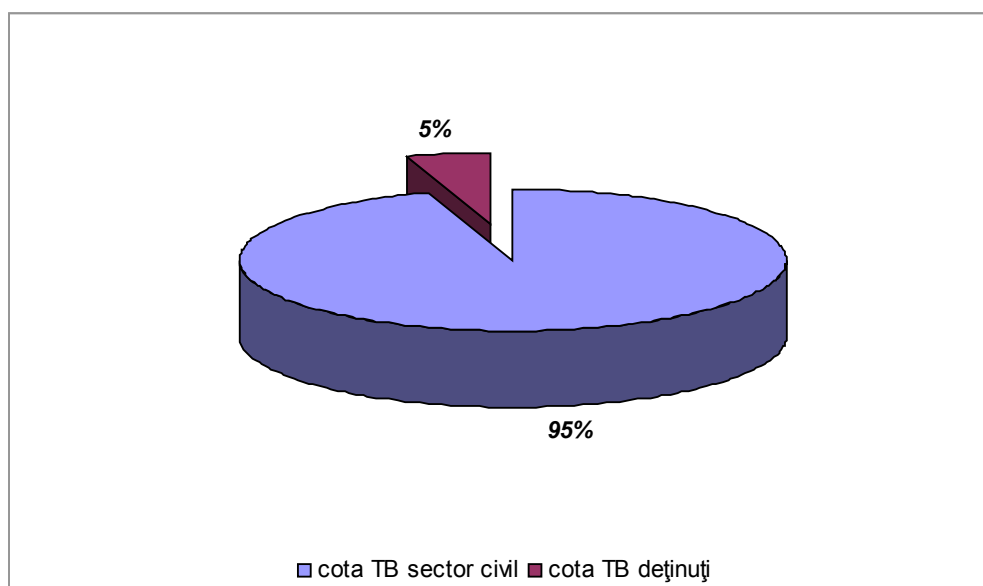
Procesul tuberculos localizat în ganglionii limfatici intratoracici înregistrează 96,9% pentru intervalul de vîrstă 0 – 14 ani 11 luni 29 zile, astfel încît 42,7% le revine copiilor 0 – 4 ani 11 luni 29 zile, 54,2% - copiilor cu intervalul de vîrstă cuprins între 5 și 14 ani 11 luni 29 zile și numai 3,1% pentru cei din categoria de vîrstă 15 – 17 ani 11 luni 29 zile.

Afectul tuberculos este înregistrat mai des printre rîndurile băieților, astfel înregistrînd 55,6% și respectiv 44,4% pentru fete. Decalajul procentual mai mare este determinat pentru intervalul de vîrstă 5 – 14 ani 11 luni 29 zile, astfel încît băieților le revine – 61,2%, iar fetelor respectiv – 38,8%.

2.5 Situația epidemiologică a tuberculozei în instituțiile penitenciare

Pentru anul 2008, serviciului penitenciar îi revine cota de 5% (Figura 11) pentru incidența globală (245 de cazuri noi și recidive) din numărul total de cazuri noi și recidive notificate (4940) și este de 11 ori mai înaltă (1400‰) decît pentru întreg teritoriul al Republicii Moldova (120,4‰), dar cu 39,7% mai joasă ca față de anul precedent.

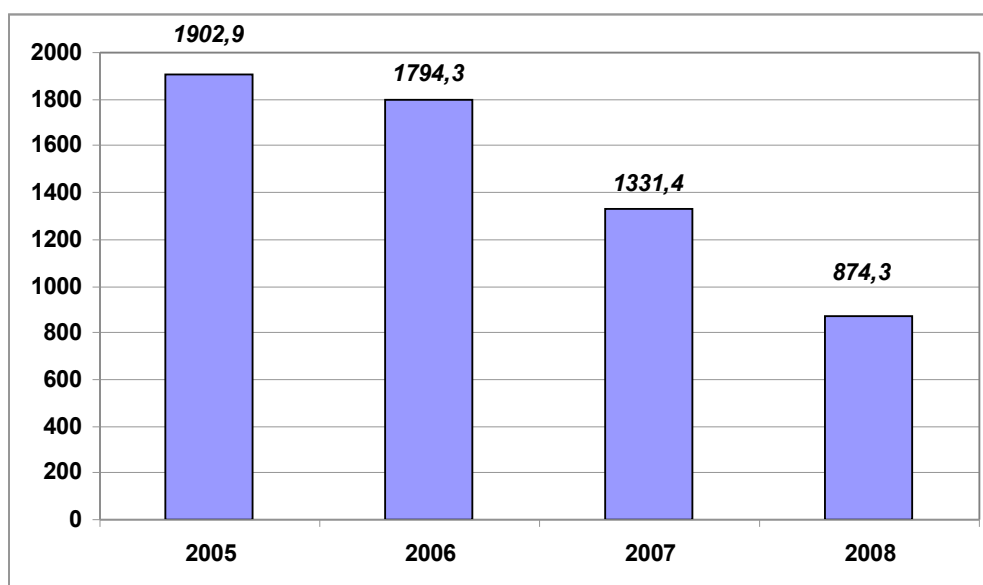
Figura 11. Cota parte a tuberculozei la deținuți din incidența globală, Republica Moldova (inclusiv stînga Nistrului), a. 2008, %



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Notificarea de 153 (874,3‰) de cazuri noi printre rîndurile deținuților în anul 2008 determină o reducere de 34,3% față de anul precedent, cînd au fost notificate 233 de cazuri noi sau 1331,4‰. (Figura 12)

Figura 12. Incidența caz nou de tuberculoză, Instituții Penitenciare (dreapta Nistrului), a. 2008,



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

E cazul de remarcant tendința spre stabilizare a situației epidemiologice și printre rîndurile deținuților. Cu toate acestea, pentru anul 2008 se atestă valori înalte pentru formele de tulpini multidrogrezistente printre cazurile noi care constituie 39,5%, iar printre retratamente – 70,9%.

Prevalența instantanee printre deținuți, s-a micșorat cu 16,8% față de anul precedent și cu 18,4% față de anul 2005.

Cota de 6% le revine deținuților din numărul total de cazuri pulmonare bacilare active la finele anului 2008 pentru întreg teritoriul țării.

Decesul prin progresarea tuberculozei survenit printre rîndurile deținuților înregistrează 15 cazuri pentru anul 2008 sau 85,7 ‰ sau 3% din numărul total de decese prin progresarea tuberculozei survenite în sectorul civil.

2.6 Rezultatele tratamentului DOTS, a. 2007

După unele calcule, s-ar putea de afirmat, că fiecare zi a anului 2008 a notificat 11 persoane cărora li s-a stabilit diagnosticul de tuberculoză pentru prima dată, dintre care 4 - 5 cu forme pulmonare bacilare, iar 2 - 3 bolnavi au finisat tratamentul antituberculos cu succes.

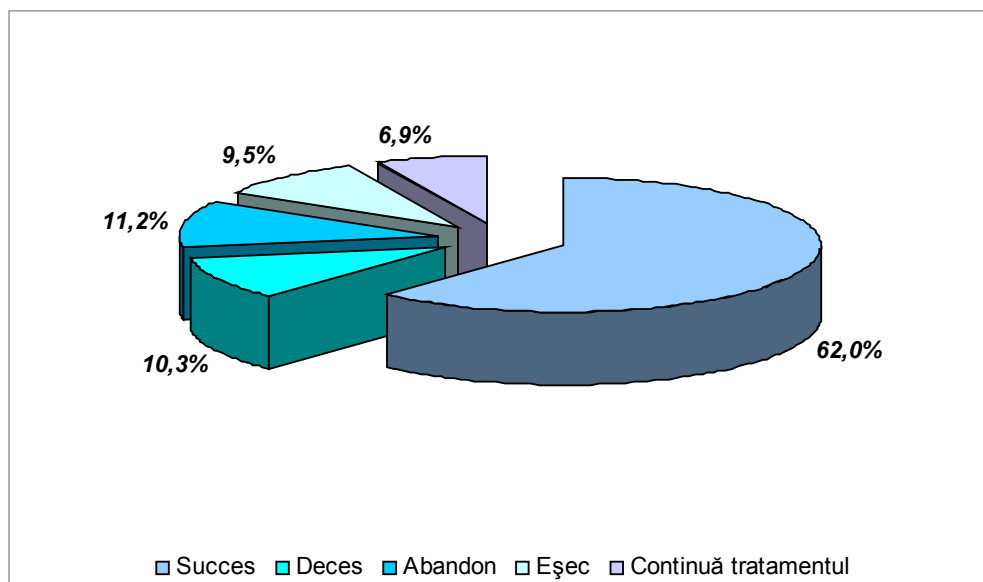
Monitorizarea tratamentului pentru cazurile pulmonare microscopic pozitive, cît și rezultatele de tratament ale acestora pot furniza în cea mai bună măsură eficiențele programului de control al tuberculozei în țară.

Analiza rezultatelor tratamentului antituberculos pentru cohorta notificată cu 12 – 15 luni în urmă (a.2007) a cazurilor noi pulmonare microscopic pozitive arată că:

- au inițiat tratamentul – 1598 cazuri (99,3%);
- au finisat tratamentul cu succes (tratament încheiat și vindecat) – 991 cazuri, ceea ce constituie 62,3% din numărul de cazuri care au inițiat tratamentul;
- au rezultat eșec al tratamentului – 152 cazuri sau 9,5%;
- au întrerupt tratamentul (abandon) – 179 cazuri sau 11,2%;
- au decedat – 165 cazuri sau 10,3%;
- continuă tratamentul mai mult de 12 luni – 111 pacienți (6,9%), din ei 86 pacienți continuă tratamentul standardizat DOTS Plus. (Figura 13)

Raportul de proporție dintre rezultatele de tratament: succes și abandon este de 5:1.

Figura 13. Rezultatele de tratament pentru cazurile noi pulmonare bacilare (după microscopie) înregistrate cu 12 luni în urmă (ianuarie - decembrie 2007), Republica Moldova, %

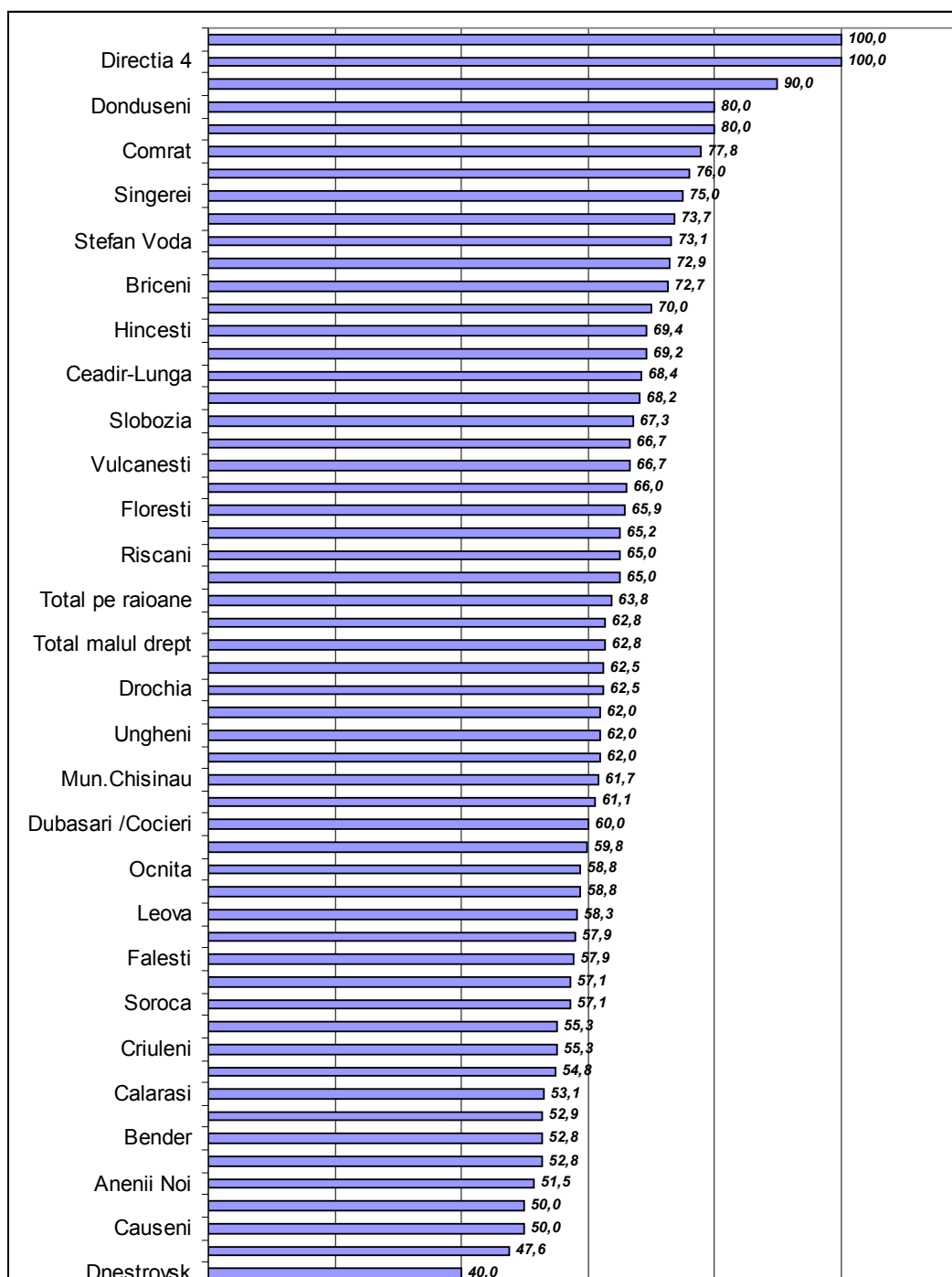


SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Rata medie de succes al tratamentului DOTS printre cazurile noi confirmate bacteriologic rămîne la un nivel constant, înregistrînd rezultatul de 62,0% similar cohorței anterioare a anului 2005 și cu o deficiență de 23,0% pentru ținta determinantă a componentelor strategiei DOTS și STOP TB.

Teritoriile administrative ale malul drept înregistrează o rată de succes al tratamentului DOTS de 62,8%, cu 4,9% mai mult decât pentru cele ale malului stîng. Se apropie de obiectivul – țintă numai cîteva teritorii cum ar fi: Cantemir și Dondușeni cu 80,0%, Briceni, Ialoveni, Rezina, Sîngerei, Comrat cu variațiile între 72,7% și 77,8%, iar în Șoldănești se atinge 90,0%. (Figura 14)

Figura 14. Rata de succes pentru cazurile noi pulmonare bacilare (după microscopie) înregistrate cu 12 luni în urmă (ianuarie - decembrie 2007), Republica Moldova, %



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

Un factor determinant pentru un tratament antituberculos de succes ține în mare măsură de aderența pacienților la tratament, cît și supravegherea acestuia sub directă observație. Nerespectarea condițiilor de tratament strict supravegheat, după cum demonstrează cercetările studiului „Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova” [11], se manifestă în 70% cazuri. Același studiu, relatează o aderență la tratament mai bună pentru faza de staționar decît pentru faza de

ambulator. Aproximativ 10% din pacienți au continuat sa-și ia medicația după 2 luni de tratament în faza intensivă, iar 5% au întrerupt tratamentul în perioada de tranziție de la faza staționar la faza ambulator. Au fost supravegheați la administrarea medicației antituberculoase la faza de staționar 95,8%, iar la faza de ambulator numai 78,2% pacienți [11]. Pentru ridicarea medicamentelor antituberculoase în faza de continuare au fost vizitați la domiciliu de către personalul medical în 10,9% cazuri, în 46,0% - pacienții au mers singuri la medic, iar în 40,0% - medicul le-a distribuit medicamentele.

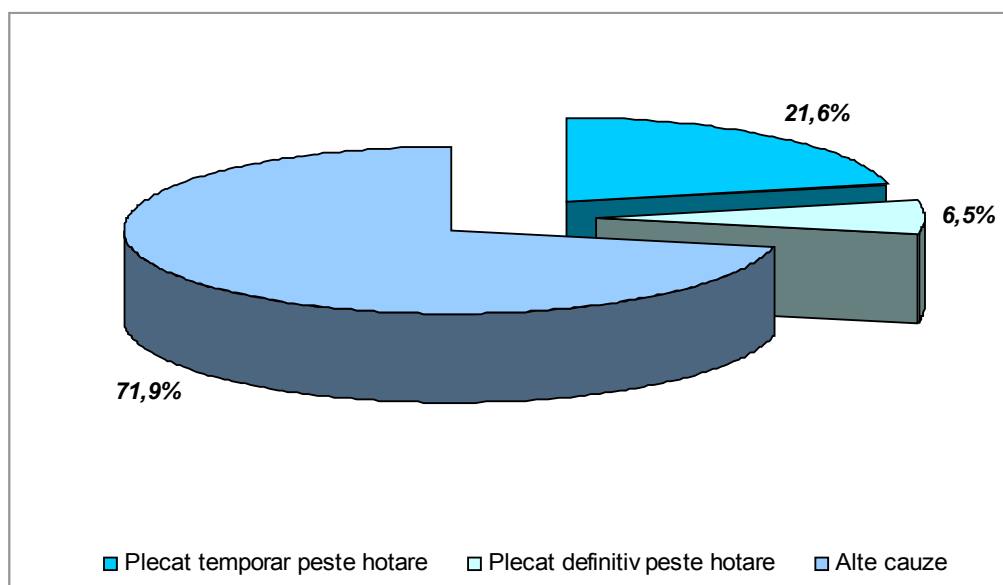
Analiza comportamentului de risc a demonstrat că mai mult de jumătate din pacienți fumează și o proporție mult mai mare consumă alcool în mod excesiv sau moderat [11].

Un factor protector împotriva abandonului este o cunoaștere mai bună despre tuberculoză. Cunoștințe despre durata tratamentului antituberculos au fost evidențiate numai în 73,9% cazuri și numai aproximativ 29% au primit materiale informaționale cu referire la tratamentul tuberculozei.

Factorul economic - un alt aspect, evidențiat în raportul de studiu, ar putea fi considerat ca una din cauzele de abandon al tratamentului antituberculos sau soldarea acestuia cu eșec, și anume, prin faptul că pacientul este principala persoană care întreține familia în 42,0% și că acesta și-a pierdut sursa de venit din cauza bolii 56,1% [11].

O analiză mai amplă în ceea ce privește rezultatul tratamentului antituberculos și anume abandonul, printre cazurile noi pulmonare bacilare (cohorta a.2007), în baza datelor sociale, cum ar fi condițiile de trai, evidențiază că 21,6% au abandonat tratamentul pentru a pleca temporar după hotarele țării, 6,5% - au plecat definitiv din țară, iar 71,9% au abandonat din diverse alte motive. În același rând din cei 71,9% doar 33,1% au condiții satisfăcătoare de trai, iar restul 66,9% - condiții nesatisfăcătoare sau necunoscute (Figura 15).

Figura 15. Structura cazurilor de abandon pentru cazurile noi pulmonare bacilare (după microscopie) înregistrate cu 12 luni în urmă (ianuarie - decembrie 2007), Republica Moldova, %



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

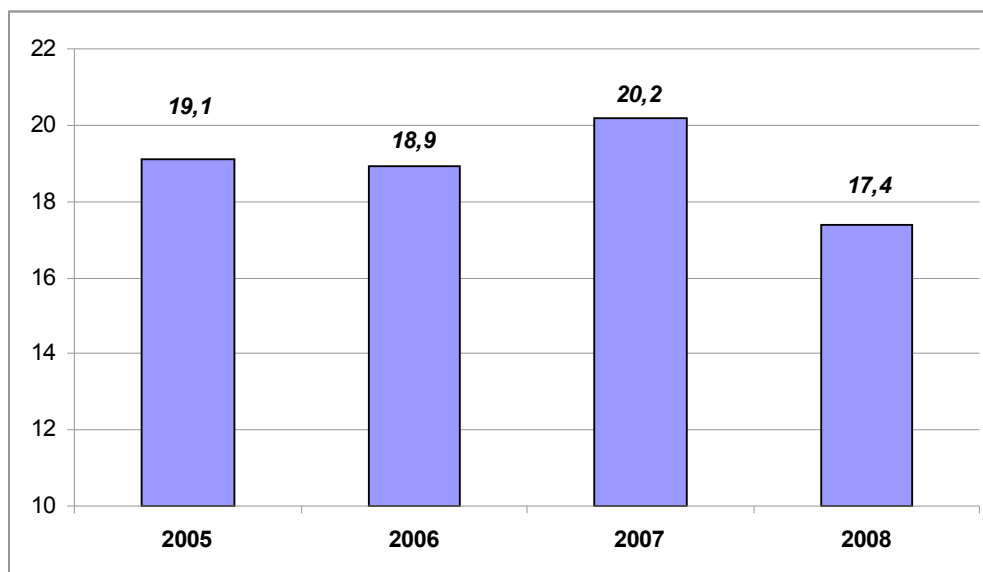
Îngrijorător este și faptul că, 20,0% din cazurile cu rezultatul de abandon al tratamentului DOTS (cohorta a.2007, caz nou pulmonar microscopic pozitiv) sînt multidrogrezistente.

2.7 Mortalitatea prin tuberculoză

Mortalitatea prin tuberculoză toate formele pentru anul 2008 constituie 17,4‰ (714 cazuri), ceea ce determină o reducere a mortalității de 14,0% față de anul trecut și 11,3% față de anul

2005. La rîndul său, indicele de mortalitate reflectă într-o oarecare măsură atât morbiditatea, cît și randamentul activităților de depistare (Figura 16).

Figura 16. Mortalitatea prin tuberculoză, toate formele, Republica Moldova, aa.2008, la 100 mii populație



SIME TB: Centrul Național de Management în Sănătate

În structura cazurilor de deces s-au înregistrat 70,9% cazuri bacilare, iar 13,2% au fost depistate postmortem. Teritoriile administrative care atestă cel mai înalt indice al mortalității pentru malul drept sînt: Călărași – 36,5%ooo, Anenii – Noi 34,9%ooo, Ialoveni – 30,6%ooo și respectiv Rîbnița – 50,0%ooo, Dubăsari – 27,5%ooo pentru malul stîng.

Dintre toate cazurile de deces prin tuberculoză 24,8% au fost înregistrate ca caz nou, iar decesul a survenit pînă la un an de la inițierea tratamentului antituberculos. Numai 43,7% dintre decesele prin tuberculoză au survenit în staționar, restul – la domiciliu sau alt loc necunoscut.

După unele calculele, s-ar putea de presupus, că pe parcursul anului 2008 zilnic în Republica Moldova au decedat 2 persoane de tuberculoză. O dată la 2 zile a decedat de progresarea tuberculozei o persoană cu diagnosticul stabilit caz nou sau din 24 de pacienți notificați caz nou cu tuberculoză activă unul a decedat prin progresarea ei.

2.8 Sistem Informațional de Monitorizare și Evaluare a cazurilor de tuberculoză. Dezvoltarea resurselor umane. Activități de comunicare, informare și educare a populației.

SIME TB – sistem informațional de monitorizare și evaluare a cazurilor de tuberculoză. În structura sa conține trei module:

- Modulul pacienți (colectează informația despre cazul de tuberculoză)
 - declararea cazului TB (partea A a formularului 089/1-e „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia”) [15]
 - monitorizarea tratamentului cazului TB (parțile B ale formularului 089/1-e „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia”) [15]
- Modulul laboratoare (colectează informația de activitate a laboratoarelor)

- date agregate per instituție despre activitatea centrelor de microscopie teritoriale și laboratoarelor de referință regionale și național, privind examenele microbiologice pentru depistarea Mycobacterium tuberculosis. (TB04 - Registrul de laborator examene microbiologice pentru depistarea MBT TB) [23]
- date per pacient despre examenele bacteriologice (TB06 - examenele bacteriologice/microscopic/cultură/sensibilitatea culturii)
- Modulul medicamente linia I (colectează informația despre evidența medicamentelor antituberculoase linia I, date agregate per instituție)
 - raport trimestrial de evidență a medicamentelor antituberculoase de laborator;
 - timpul lipsei setului medicamentelor antituberculoase de bază la nivelul depozitului / instituțiilor medico-sanitare publice.

Prin informația colectată sistemul informațional permite standardizarea, conform cerințelor naționale și internaționale, a indicatorilor:

- epidemiologici, de management și tratament a cazului de tuberculoză;
- de diagnostic și de activitate ale laboratoarelor;
- de management a medicamentelor antituberculoase linia I.

În baza Dispoziție Ministerului Sănătății nr.350-d, din 28.08.07, SIME TB a devenit unicul sistem de raportare, atât pentru nivelul local, național cât și internațional.

Fluxul informațional de colectare a datelor este asigurat pe două căi: pe hârtie, prin întocmirea documentației de evidență medicală primară și introducerea acesteia în Sistemul Informațional de Monitorizare și Evaluare a Tuberculozei (SIME TB), în regim automatizat.[8]

Pe parcursul anului 2008 a fost distribuit echipament informațional, procurat din Grantul FGATM, runda a 6-a, instituțiilor medicale pentru utilizarea acestuia de către serviciul de ftiziopneumologie atât pentru procesarea datelor, cât și accesarea informațiilor necesare pentru nivelul local și național.[9]

În scopul fortificării capacităților de control al tuberculozei pe parcursul anului 2008 au fost organizate, de către Centrul de Politici în Sănătate, instruirii și reinstruirii a personalului medical implicat în serviciul de ftiziopneumologie:

- reinstruirea personalului medical în vederea acordării asistenței medicale pacienților cu forme de tuberculoza clasică, în conformitate cu principiile Organizației Mondiale a Sănătății – 632 persoane:
 - medici ftiziopneumologi – 91 persoane;
 - personal medical din medicina primară – 214 medici și 241 – asistente medicale;
 - personal din laboratoarele specializate în tuberculoză și centrele de microscopie teritoriale – 43 laboranți.
- instruirea și reinstruirea personalului medical în vederea acordării asistenței medicale pacienților cu forme de tuberculoza multirezistentă – 318 persoane.
 - medici ftiziopneumologi – 72 persoane;
 - personal medical medicina primară – 75 medici și 171 – asistente medicale;

- instruirea personalului medical în managementul preparatelor anituberculoase linia I și linia II – 85 persoane:
- instruirea personalului medical în vederea managementului cazurilor de coinfectie TB/HIV/SIDA - 147 persoane, instruite în consilierea testării la HIV a pacienților cu tuberculoză.
- instruirea și reinstruirea personalului medical implicat în procesarea datelor pentru Sistemul informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei – 251 persoane.

În scopul informării populației și a personalului medical, privind căile de transmitere, profilaxia tuberculozei, dezrădăcinarea concepțiilor greșite privind tratamentul tuberculozei, pe parcursul anului 2008 cu suportul Centrului de Politici în Sănătate au fost difuzate 69 spoturi publicitare atât radio cât și televizate, au fost difuzate 15 emisiuni radio și televizate. Au fost imprimate și distribuite 108 570 de buclete, flaiere, calendare și broșuri atât printre populația generală, cât și în rândul pacienților de tuberculoză și apropiații acestora.

3 Lista referințelor:

- [1] *European framework to decrease the burden of TB/HIV*, Geneva, World Health Organization, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E81794.pdf>), pag.10)
- [2] http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/pdf/full_report_correctedversion.pdf (Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006. Geneva, World Health Organization (WHO/HTM/TB/2006.362).)
- [3] *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006*. Geneva, World Health Organization; (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/summary/en/index.html).
- [4] *Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova, Recensămîntul populației 2004*. (www.statistica.md/recensamint)
- [5] *Stop TB Partnership and World Health Organization. Global Plan to Stop TB 2006–2015*. Geneva, World Health Organization, 2006 (WHO/HTM/STB/2006.35) (www.stoptb.org/globalplan/)
- [6] V.Vîlc, R.Ignat, L.Bălțeanu, și coaut. „Curriculum „Controlul tuberculozei la nivelul asistenței medicale primare” ediția 3, a.2006
- [7] *Ordinul MS al RM nr. 180 din 08.05.2007 „Cu privire la optimizarea activităților de control și profilaxie a tuberculozei în Republica Moldova”*
- [8] *Ordinul nr.496 al Ministerului Sănătății din 29.12.2005 „Cu privire la aprobarea formularului de evidență medicală primară 089-1/e „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia”*,
- [9] *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 247 din 19.06.2008 „Cu privire la distribuția echipamentului informațional pentru sistemul de Monitorizare și Evaluare a Programului Național de Prevenire și Control al tuberculozei*
- [10] *Global tuberculosis control : epidemiology, strategy, financing : WHO report 2009*; Geneva, World Health Organization; (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/chapter1.pdf)
- [11] *Bivol S. Scutelnicu O. Soltan V. și coaut. Raport de studiu „Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova”, Chișinău, 2009*
- [12] *Crudu V., Soltan V., Burinschi V. și coaut. Supravegherea rezistenței antituberculoase Republica Moldova- anul 2006: Studiu național. // Chișinău, 2009.*
- [13] *UNAIDS. AIDS epidemic update: December 2005*. Geneva: UNAIDS; 2005. 3. Girardi E., Vanacore P., Palmieri F. et al. *Tuberculosis in HIV-infected persons in the context of wide availability of highly active antiretroviral therapy*. *Eur Respir J* 2004;
- [14] *P.de Colombani, B.Banatvala, R.Zaleskis, D.Maher Европейская базовая стратегия снижения бремени ТБ/ВИЧ, ВОЗ 2003*
- [15] „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou/recidivă de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia” aprobat prin Ordinul nr.496 al Ministerului Sănătății din 29.12.2005 „Cu privire la aprobarea formularului de evidență medicală primară 089-1/e „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia”
- [16] *Soltan V. et all. TB Country Impact Evaluation Report, Chisinau, 2007*
- [17] *Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova Nr. 1409 din 30 decembrie 2005 „ Cu privire la aprobarea Programului Național de Prevenire și Control al Tuberculozei pentru anii 2006-2010” (Monitorul Oficial, 27 ianuarie 2006, nr.16-19, p. II, art. 87)*
- [18] *Ordinul Ministerului Sănătății 236, din 29.07.2003 „Despre realizarea recomandărilor misiunii OMS de evaluare a implementării strategiei DOTS în Republica Moldova”*

- [19] *Ordinul Ministerului Sănătății nr. 180 din 10.08.2001 „Cu privire la implementarea Programului Național de control al tuberculozei în Republica Moldova pentru anii 2001 – 2005”*
- [20] *Ordinul Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 426/214A din 14.12.2007 „Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2008 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistența medicală”*
- [21] *Ordinul Ministerului Sănătății nr.344 din 05.09.2007 „Cu privire la crearea serviciului de consiliere și testare voluntară”*
- [23] *Registrul de laborator (TB 04) examene microbiologice pentru depistarea. Examene bacteriologice/examen microscopic/cultură/sensibilitatea culturii MBT TB.*
- [24] *Hotărîrea Guvernului nr.559 din 28 iunie 2001 "Cu privire la aprobarea Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2001-2005" (Monitorul Oficial al Republicii Moldova, 2001, nr. 78-80, art.617).*
- [25] *Raport „Obiectivele de dezvoltare ale Mileniului” (www.un.md/mdg/forum/Goal6.doc)*
- [26] *Ordinul Ministrerului Justiției nr.278 din 17.07.2007 despre aprobarea Regulamentului privind tratamentul și conduita deținuților bolnavi de tuberculoză (Monitorul Oficila al Republicii Moldova, 2007, nr.107-111, art.470)*
- [27] *Dobreanschi V.,Burinschi V., si coaut. Studiu preliminar „Combaterea HIV/SIDA, malariei și altor boli „ Chișinău, 2004*