

PARTICULARITĂȚILE PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ DIN CONTINGENTELE PERICLITANTE ȘI DIN GRUPURILE CU RISC SPORIT DE ÎMBOLNĂVIRE

Evelina LESNIC, Alina MALIC, Tatiana OSIPOV

Catedra de pneumoftiziologie,
IP Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

[https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.2\(89\).06](https://doi.org/10.52556/2587-3873.2021.2(89).06)

Rezumat

Depistarea TBC constă în aplicarea măsurilor de identificare precoce a suspectilor și necesită realizarea examenului radiologic al cutiei toracice la pacienții din grupurile cu risc sporit, contingentele periclitante și grupurile dispensarizate de pneumoftiziolog. Scopul a constat în evaluarea comparativă a particularităților pacienților din contingentele periclitante și grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire pentru optimizarea depistării precoce a tuberculozei. S-a realizat o cercetare retrospectivă selectivă a 166 de pacienți distribuiți în lotul de studiu, care a inclus 48 de cazuri din contingentele periclitante și eșantionul de comparație cu 118 pacienți din grupurile cu risc, înregistrați în mun. Chișinău în 2018. Particularitățile pacienților din contingentele periclitante au fost vârsta până la 34 de ani, reședința urbană, nivelul de studii complete, particularitățile socioeconomice favorabile, statutul microbiologic negativ, iar ale celor din grupurile cu risc: vârsta peste 45 de ani, vulnerabilitatea socială, comportamentele cu risc, factorii epidemiologici, barierele administrative în acordarea serviciilor medicale și statutul microbiologic pozitiv. În concluzie, deși mecanismul depistării este identic, pacienții din contingentele periclitante au finalizat cu succes terapeutic comparativ cu grupurile cu risc, ceea ce demonstrează necesitatea abordării personalizate a pacienților cu particularități agravante.

Cuvinte-cheie: tuberculoză, factori de risc, grupuri periclitante

Summary

Features of patients with tuberculosis from endangered contingents and high risk groups

Detection consists in the use of measures for the early identification of suspects and requires radiological examination of the chest in patients from the high-risk groups, endangered contingents and groups designed by the pneumophthisiologists. The aim was to compare the particularities of patients from endangered contingents and high risk groups to optimize the early detection of tuberculosis. A retrospective, selective research was conducted on 166 patients distributed in the study group which included 48 cases from endangered contingents and the comparative group with 118 patients from high risk groups registered in Chisinau in 2018. Peculiarities of patients from endangered contingents was age younger 34 years, urban residence, completed level of the education, favorable socio-economic particularities, negative microbiological state and of those from high-risk groups: age older 45 years, social vulnerability, behaviors with risk, epidemiological factors, administrative barriers in accessing healthcare and positive microbiological status. Conclusion: despite the standard man-

agement, the patients from the endangered contingents have been successfully treated compared to the high risk groups, which demonstrates the need for a personalized approach to patients with aggravating characteristics.

Keywords: tuberculosis, risk factors, endangered groups

Резюме

Особенности больных туберкулезом, выявленных в угрожаемых контингентах и группах высокого риска

Выявление туберкулеза заключается в применении мер по ранней идентификации туберкулеза у подозреваемых и требует рентгенологического исследования грудной клетки у пациентов из групп высокого риска и находящихся в угрожаемых контингентах. Цель исследования состояла в сравнении особенностей пациентов из угрожаемых контингентов и из групп высокого риска для оптимизации раннего выявления туберкулеза. Ретроспективное выборочное исследование было проведено на 166 пациентах, распределенных в исследуемую группу, в которую вошли 48 пациентов из угрожаемых контингентов и группа сравнения - 118 пациентов из групп высокого риска, зарегистрированных в Кишиневе в 2018 году. Особенности пациентов из угрожаемых контингентов были возраст моложе 34 лет, городское проживание, высокий уровень образования, благоприятные социально-экономические особенности, негативный микробиологический статус; а для пациентов из групп высокого риска - возраст старше 45 лет, социальная уязвимость, рискованное поведение, эпидемиологические факторы, административные барьеры в доступе к здравоохранению и положительный микробиологический статус. Заключение: несмотря на стандартное ведение, пациенты из угрожаемых контингентов успешно лечились по сравнению с группами высокого риска, что свидетельствует о необходимости индивидуального подхода к пациентам сотягающими обстоятельствами.

Ключевые слова: туберкулез, факторы риска, угрожаемые контингенты

Introducere

Republica Moldova (RM) este inclusă în lista celor 18 țări din regiunea europeană cu prioritate înaltă în controlul tuberculozei (TBC) [4]. De asemenea, RM își menține poziția în lista țărilor cu povară înaltă a tuberculozei rezistente la medicamente (TBC-MDR) [1]. Directivele strategice pentru reducerea poverii TBC au fost transpuse în Programul Național de

Control al Tuberculozei (PNCT) pentru anii 2016-2020, care a avut ca bază recomandările Strategiei Organizației Mondiale a Sănătății, denumită „End TBC Strategy” [2]. Implementarea pe scară națională a obiectivelor Strategiei a contribuit la evoluția favorabilă a indicatorilor epidemiologici. Respectiv, în 2018 incidența globală (numărul cazurilor noi și al recidivelor raportat la 100.000 populație) a constituit 75/100.000 vs. 83/100.000 în 2017, fiind în scădere cu 10%. Mortalitatea s-a redus cu 17%, de la 9,1/100.000 în 2017 la 7,6/100.000 în 2018. Ponderea pacienților co-infecțai cu TBC-HIV a crescut de la 8,2% în 2018 la 8,5% în 2019. Deși grupurile cu risc desemnate de PCNT sunt examinate anual, incidența globală estimată în 2018 a fost mai mare cu 13% comparativ cu incidența înregistrată (86/100.000 vs. 75/100.000 populație). Diferența de 11/100.000 a fost atribuită persoanelor bolnave nedepistate și care au constituit rezervorul principal de infecție.

Depistarea reprezintă un complex de măsuri medico-sanitare realizate cu scopul identificării precoce a suspecților de TBC [2]. Severitatea cazului demonstrează eficacitatea măsurilor de depistare. În 2018, formele severe cu destrucții parenchimatoase au fost diagnosticate la 33% din cazurile noi, fapt ce a demonstrat deficiențele în organizarea screening-ului sistematic. În dependență de tipul de pacienți cărora li se aplică, diferențiem depistarea pasivă și depistarea activă (screeningul sistematic). Metoda de depistare pasivă (DP) constă în examinarea pacienților cu semne și simptome specifice pentru TBC, iar depistarea activă (DA) constă în examinarea doar a anumitor subgrupuri ale populației [2]. DP este ieftină, realizată de personalul asistenței medicale primare și constă în identificarea pacienților simptomatici și examinarea lor microbiologică. Manifestările clinice suspecte în cazul TBC sunt: tusea persistentă cu o durată mai mare de 3 săptămâni, însoțită de expectorație; durere în torace; dispnee, hemoptizie, cu prezența semnelor generale comune cu alte boli, precum subfebrilitatea sau febra, anorexia, scăderea ponderală, astenia și transpirațiile nocturne. Examinarea microbiologică constă în microscopia sputei după colorația Ziehl-Neelsen cu identificarea bacililor acido-alcool-rezistenți (BAAR), cultura pe mediile convenționale și metoda molecular-genetică (GeneXpert MTB/Rif). Pentru examinarea microbiologică se recoltează 2 probe de spută: prima probă, în ziua când pacientul suspect se prezintă la medic, și a doua probă - în dimineața zilei următoare în cabinetul de recoltare a sputei [2]. Metoda de DA se aplică unui grup restrâns al populației și constă în examinarea radiologică anuală a adulților și adolescenților peste 14 ani sau testarea tuberculinică la copii de 0-14 ani care fac parte din următoarele categorii: 1. contingen-

tul dispensarizat de către medicul pneumoftiziolog; 2. persoanele cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză (persoanele cu imunodeficiențe de diferite etiologii, inclusiv HIV, persoanele cu sechele post tuberculoase, pacienții cu tratament imunosupresiv, cu diabet zaharat, cu afecțiuni psihice, persoanele fără un loc stabil de trai, personalul echipelor de asistență medicală primară, personalul instituțiilor specializate în acordarea asistenței pacienților cu TBC) și imigranții; 3. persoanele periclitate (personalul medical din instituțiile medico-sanitare, precum secții de nou-născuți, spitale (secții de pediatrie), centre de reabilitate și recuperare pentru copii, personalul din instituțiile de învățământ). Contingentelor periclitante li se efectuează radiografia pulmonară standard la angajare și anual [2].

Scopul studiului a constat în evaluarea comparativă a particularităților pacienților cu tuberculoză din contingentele periclitante și din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire pentru optimizarea depistării și creșterea șansei succesului terapeutic.

Materiale și metode

S-a efectuat o cercetare descriptivă, structurată ca un studiu retrospectiv selectiv, realizată în perioada anului 2018. Subiecții studiului au reprezentat 48 de bolnavi de tuberculoză pulmonară depistați prin investigația contingentelor periclitante și 118 pacienți cu tuberculoză pulmonară depistați prin examinarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire înregistrați în mun. Chișinău. Criteriile de includere în eșantionul de studiu au fost: 1) vârsta mai mare de 18 ani, 2) caz de tuberculoză depistat prin investigația personalului periclitant. Criteriile de includere în eșantionul de comparație au fost: 1) vârsta mai mare de 18 ani, 2) caz de tuberculoză depistat prin investigația grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire. În cadrul cercetării a fost utilizată fișa individuală de studiu, unde s-au înregistrat datele anamnezei, ale examenului clinic și paraclinic, datele economice și sociale, tratamentul și rezultatul terapeutic. În eșantionul de studiu au fost incluse grupurile periclitante: persoanele angajate în industria alimentară, persoanele ce activează în învățământ, serviciul public și instituțiile comunitare, în sistemul sanitar public (personalul echipelor de asistență medicală de urgentă și personalul instituțiilor specializate în ftiziopneumologie). În eșantionul de comparație au fost incluși pacienții din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire: 1) persoanele care au contactat cu pacienții de tuberculoză pulmonară, depistate în cadrul anchetei epidemiologice; 2) persoanele care au suportat tuberculoza în anamneză; 3) persoanele cu infecția HIV/SIDA; 4) persoanele cu imunitate compromisă, care efectuează tratament imunosupresiv, tratament biologic; 5) persoanele care

suferă de diabet zaharat; 6) pacienții cu afecțiuni psihice din colectivități; 7) persoanele aflate în locuri de detenție, precum și personalul angajat; 8) imigranții și emigranții; 9) persoanele fără loc stabil de trai. Toți pacienții au fost investigați prin examenul radiologic al toracelui în două proiecții, tomografia plană a toracelui, examenul microbiologic, precum și examenul microscopic al sputei (bacterioscopia sputei prin colorația Ziehl-Neelson), examenul bacteriologic (cultura pe mediul clasic solid Lowenstein-Jensen), metoda molecular-genetică GeneXpert MTBC/Rif. Totodată, au fost realizate și alte investigații: analiza generală a sângelui, analiza urinei, examenul biochimic al serului (transaminazele, ureea, creatinina) și de laborator (fibroscopia bronhică, evaluarea mecanicii respiratorii). Diagnosticul de tuberculoză pulmonară s-a stabilit conform recomandărilor OMS și protocolului în vigoare [2].

Metodele de cercetare utilizate au fost: epidemiologică, matematică, statistică și comparativă. Acumularea datelor s-a realizat prin metoda extragerii acestora din documentația medicală și folosirea informațiilor statisticii oficiale. Prelucrarea statistică a rezultatelor studiului s-a efectuat computerizat prin metode de analiză variațională. Prelucrarea statistică a datelor a fost efectuată prin verificarea cantitativă și calitativă a materialului acumulat, apoi s-a procedat la repartizarea acestuia în grupuri simple și complexe. Veridicitatea statistică a fost evaluată conform criteriului *t Student*, iar diferența semnificativă a fost determinată de valoarea $p < 0,05$ [5].

Rezultate și discuții

În urma distribuirii pacienților în dependență de sex, am constatat că bărbații au predominat în aceeași proporție în ambele eșantioane, cu 30 (62%) de cazuri în eșantionul de studiu față de 78 (66%) în eșantionul de comparație. Femeile au constituit

18 (38%) în eșantionul de studiu comparativ cu 40 (34%) în eșantionul de comparație. Deci, bărbații au predominat față de femei în raport de 1,7/1 în eșantionul de studiu față de 1,95/1 în eșantionul de comparație. S-a stabilit un prag înalt de semnificație statistică în ambele eșantioane pentru distribuția în dependență de gen ($p < 0,001$). După repartizarea pacienților în grupuri de vârstă, conform recomandărilor OMS, a fost identificată o pondere semnificativă în eșantionul de studiu față de cel de comparație a grupurilor de vârstă tânără: 10 (21%) față de 8 (8%) cazuri în grupul de vârstă între 18-24 ani și 14 (29%) față de 6 (13%) în grupul de vârstă 25-34 ani ($p < 0,05$ pentru ambele grupuri de vârstă). Celelalte grupuri de vârstă au predominat nesemnificativ în eșantionul de comparație față de cel de studiu: 38 (32%) față de 8 (17%) în grupul de vârstă 35-44 ani, 27 (22%) față de 6 (12%) în grupul de vârstă 45-54 ani, 20 (17%) față de 6 (12%) în grupul de vârstă 55-64 ani. Într-o proporție nesemnificativ mai mare au fost stabiliți pacienții în eșantionul de comparație - 20 (17%) comparativ cu eșantionul de studiu 6 (12%) în grupul de vârstă 55-64 de ani (figura 1).

Distribuind pacienții în dependență de mediul de reședință, s-a constatat că în eșantionul de studiu 28 (58%) erau din mediul urban, 20 (42%) din mediul rural și niciunul fără loc de trai. În eșantionul de comparație 56 (47%) erau din mediul urban, 37 (21%) din mediul rural și 25 (21%) fără loc de trai sau fără viză de reședință. Deci, o particularitate a grupurilor cu risc a fost vulnerabilitatea socială extremă asociată lipsei vizei de reședință sau locului stabil de trai, care a constituit o barieră în accesarea serviciilor medicale. În eșantionul de comparație au fost constatați 10 (8%) pacienți cu istoric de migrație în ultimele 12 luni, 3 (5%) pacienți cu istoric de migrație și niciun astfel de caz în eșantionul de studiu (figura 2).

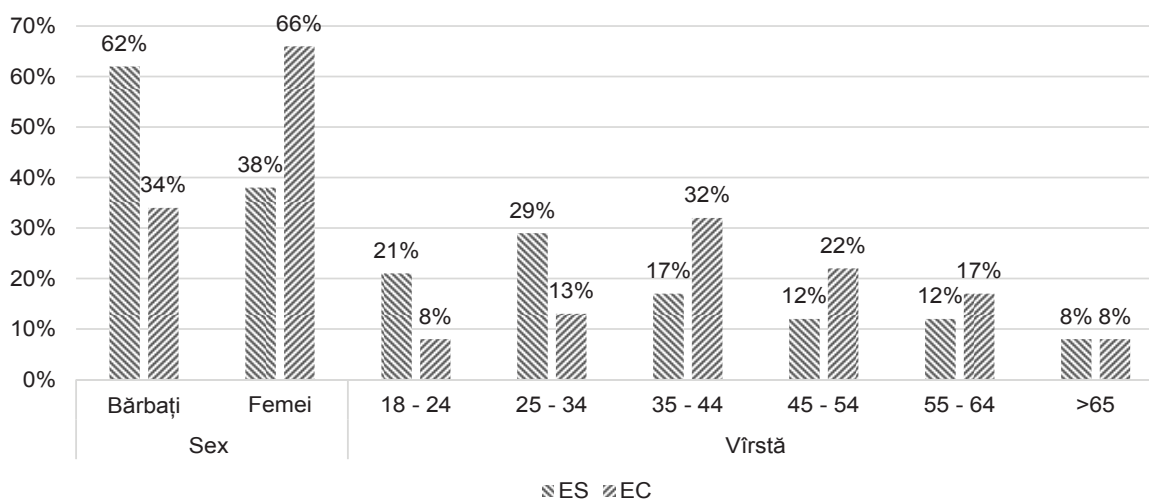


Figura 1. Distribuția pacienților în grupe conform sexului și vârstei

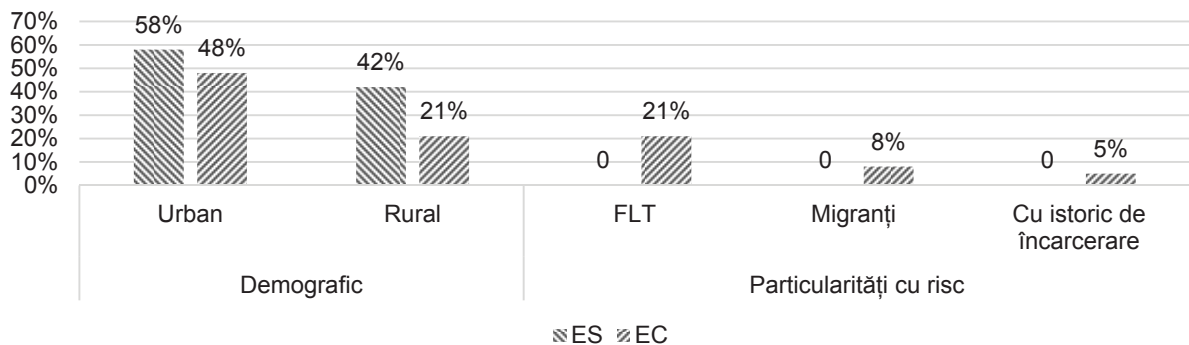


Figura 2. Distribuția pacienților în dependență de aspectele demografice și cu risc sporit

Pacienții eșantionați au fost evaluați conform nivelului de instruire și repartizați în grupuri cu studii primare, studii medii incomplete, studii medii complete (studii medii generale, studii medii speciale) și studii superioare. S-a constatat o predominare semnificativă a pacienților cu studii primare și medii incomplete în eșantionul de comparație - 57 (48%) față de 14 (39%) în eșantionul de studiu ($p < 0,001$). Pacienții cu studii secundare complete au predominat nesemnificativ în eșantionul de studiu - 18 (37%) față de 32 (27%) în eșantionul de comparație. Ponderea studiilor profesionale a fost identică în ambele eșantioane: 12 (25%) și, respectiv, 29 (25%) de cazuri. Studii superioare au fost constatate doar în 4 cazuri (8%) din eșantionul de studiu (figura 3).

(17%) cazuri. Persoane neangajate au fost depistate în aceeași proporție în ambele eșantioane - 24 (50%) în eșantionul de studiu și 65 (54%) în eșantionul de comparație (figura 4). Rezultatele obținute în eșantionul de studiu sunt explicate prin investigarea radiologică obligatorie a cutiei toracice a personalului periclitant înaintea angajării în domeniile respective și pe durata activității profesionale. În eșantionul de comparație rezultatele reflectă ponderea populației cu risc sporit de îmbolnăvire de tuberculoză cu metodele radiologice de diagnostic.

Statutul de pacient asigurat prin intermediul poliței de asigurare medicală obligatorie este direct corelat cu statutul economic. Polița de asigurare medicală permite pacientului să beneficieze de

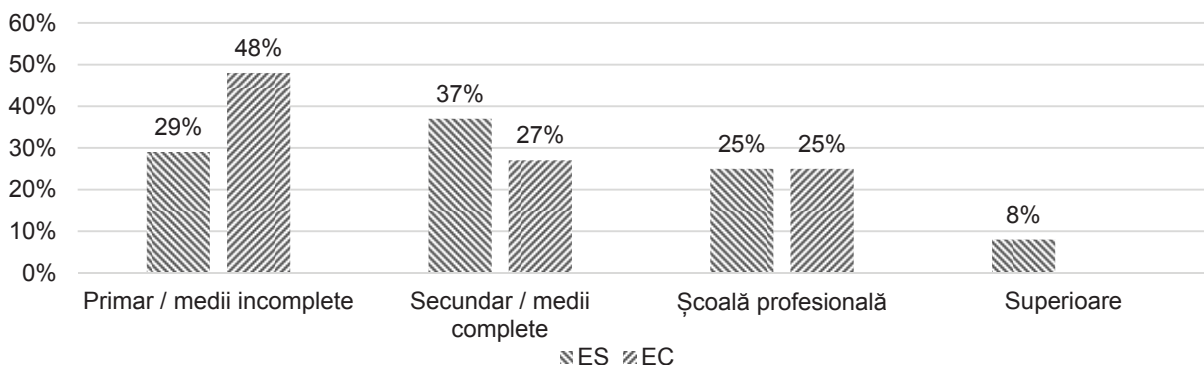


Figura 3. Distribuția pacienților în dependență de nivelul de școlarizare

Tuberculoza afectează orice clasă socială, însă persoanele sărace prezintă un risc mai mare de infecție și îmbolnăvire, precum și o dificultate majoră de finalizare cu succes a tratamentului antituberculos. Evaluând statutul socioeconomic al bolnavilor eșantionați, am constatat că în eșantionul de studiu au predominant persoanele angajate - 16 (33%) față de 12 (10%) în eșantionul de comparație. Pacienții din eșantionul de studiu au fost depistați datorită examenului radiologic recomandat personalului periclitant. Persoane cu dizabilități au fost constatate doar în eșantionul de comparație - 25 (21%) de cazuri. Studenți au fost identificați doar în eșantionul de comparație - 8

metodele de diagnostic ale tuberculozei în absența condițiilor care îl face eligibil pentru screeningul activ gratuit. Datorită vulnerabilității sociale, statutul de neasigurat medical a fost constatat la fiecare al doilea pacient din ambele eșantioane: 24 (50%) în eșantionul de studiu și 65 (54%) în eșantionul de comparație. Nivelul de trai nesatisfăcător s-a constatat la majoritatea bolnavilor din eșantionul de comparație 62 (52%) și doar la fiecare al patrulea din eșantionul de studiu - 12 (25%) cazuri. Fumatul activ s-a identificat la 18 (37%) bolnavi din eșantionul de studiu și la 87 (74%) de cazuri din eșantionul de comparație. Consumatori de alcool au fost 4 (8%) ca-

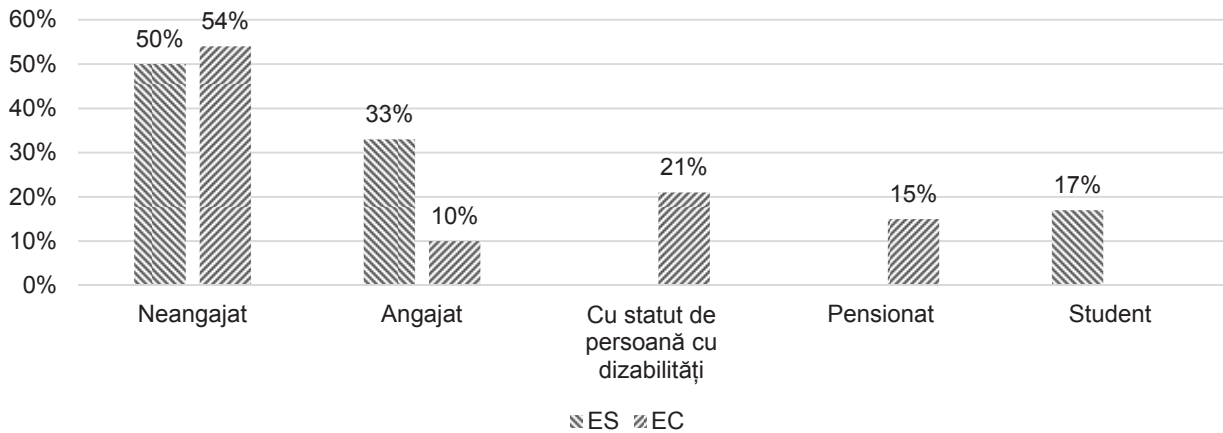


Figura 4. Distribuția pacienților în grupe economice

zuri în eșantionul de comparație. Contactul cu surse infecțioase de tuberculoză a fost constatat la 3 (6%) cazuri din eșantionul de studiu și la 19 (16%) cazuri din eșantionul de comparație. Au fost tratate de tuberculoză 2 (4%) persoane din eșantionul de studiu și 52 (44%) din eșantionul de comparație. Coinfecții TBC/HIV au fost 5 (4%) pacienți din eșantionul de

ftiziopneumolog. S-au adresat autonom la spitalul de ftiziopneumologie pentru evaluare radiologică 8 (17%) pacienți. În eșantionul de comparație, fiecare al treilea - 39 (32%) de cazuri, a fost depistat de medicul de familie pe cale pasivă și 20 (17%) prin examinarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire, 12 (10%) au fost descoperiți de ftiziopneumolog

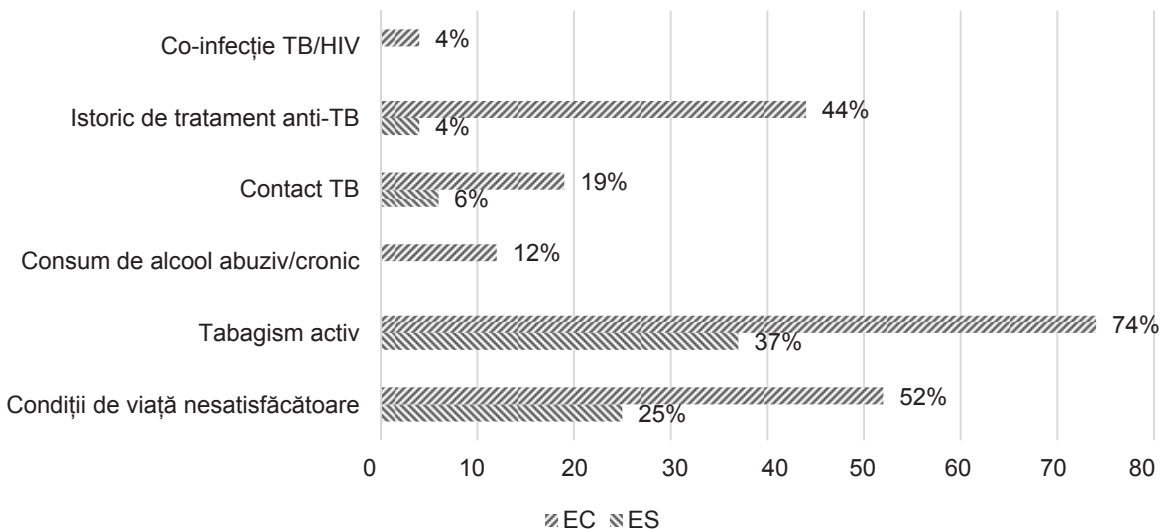


Figura 5. Distribuția pacienților în grupe conform particularităților cu risc

comparație și niciun caz în eșantionul de studiu. Așadar, constatăm că particularitățile sociale și epidemiologice agravante au fost cu mult mai exprimate în eșantionul de comparație, ca rezultat al situației epidemiologice tensionate din RM (figura 5).

Evaluând managementul cazului de la depistarea pacientului până la diagnosticul tuberculozei, am constatat că în eșantionul de studiu medicul de familie a găsit pe cale pasivă și a direcționat spre investigațiile corespunzătoare 4 (8%) bolnavi simptomatici comparativ cu ftiziopneumologul care a descoperit 12 (10%) cazuri simptomatice. Prin examinarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire au fost depistați 10 (21%) pacienți de către medicul de familie și 14 (29%) bolnavi de către

prin examinarea pacienților simptomatici și 6 (5%) prin examinarea grupurilor cu risc sporit de îmbolnăvire. Fiecare al doilea pacient din grupurile cu risc - 61 (51%) - a fost depistat în alte instituții medicale și apoi transferat la spitalul de ftiziopneumologie. Deci, descoperirea cazurilor de tuberculoză s-a diferențiat semnificativ în ambele eșantioane cu predominarea depistării active a pacienților din grupurile periclitante și a transferului din alte instituții medicale sau adresarea directă la spitalul de ftiziopneumologie a pacienților din grupurile cu risc. În consecință, depistarea precoce a tuberculozei s-a produs mai frecvent în grupurile periclitante decât în grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire, fapt ce a constituit actualitatea cercetării.

Apreciind tipul de caz ca etapă de formulare a diagnosticului final, am constatat că în eşantionul de studiu au fost 47 (98%) de cazuri noi şi 1 (2%) pacient a fost recuperat după pierdere din supraveghere. În eşantionul de comparaţie cazurile noi au constituit 66 (66%) de pacienţi, iar 52 (44%) au fost trataţi anterior de tuberculoză, inclusiv 16 (13%) recuperaţi după pierdere din supraveghere, recidive au fost 30 (25%) şi trataţi pentru eşec terapeutic au fost 6 (5%) cazuri. Deci, pacienţii din grupurile periclitante au constituit un pericol epidemiologic mult mai redus decât cei din grupurile cu risc sporit de îmbolnăvire, atât prin anamneza epidemiologică, cât şi prin statutul microbiologic.

Rezultatul final al tratamentului antituberculos a fost evaluat la toţi pacienţii. Succesul terapeutic s-a stabilit în 37 (77%) de cazuri în eşantionul de studiu, care a inclus 30 (28%) de vindecaţi şi 7 (7%) cu tratament încheiat. În eşantionul de comparaţie doar 43 (36%) de cazuri au finalizat cu succes terapeutic, inclusiv 27 (23%) s-au vindecat şi 16 (14%) cazuri au încheiat tratamentul. Au fost pierduţi din supraveghere doar pacienţii din eşantionul de comparaţie - 16 (14%) - şi niciun pacient din eşantionul de studiu. Au decedat 9 (8%) pacienţi din eşantionul de comparaţie. Continuă tratamentul 11 (23%) pacienţi din eşantionul de studiu şi 50 (42%) din eşantionul de comparaţie.

Concluzii

Pacienţii din contingentele periclitante diagnosticaţi cu tuberculoză au vârsta între 18 şi 34 de ani, reşedinţă urbană, nivel de studii secundare şi profesionale finalizate şi statut economic de persoană angajată. Deci, supravegherea sanitaro-epidemiologică a personalului periclitant este favorizată de particularităţile socioeconomice satisfăcătoare ale contingentelor profesionale.

Particularităţile generale ale pacienţilor din grupurile cu risc sporit au fost: vârsta peste 45 de ani, apartenenţa la categoriile social şi economic vulnerabile şi nivelul redus de şcolarizare. Respectiv, vigilenţa clinică şi epidemiologică necesită a fi eficientizată în grupurile defavorizate din punct de vedere socioeconomic.

Barierile administrative, de exemplu, statutul de persoană neasigurată a fost constatat într-o proporţie asemănătoare atât la pacienţii din grupurile periclitante, cât şi în cele cu risc sporit, totuşi absenţa locului de trai care este asociată cu bariere în accesarea serviciilor medicale a fost mai frecventă în grupurile cu risc. Deci, accesul la metodele de screening activ necesită a fi eficientizat la pacienţii din grupurile cu risc sporit.

Condiţiile dificile de viaţă, deprinderile nocive (consumul de alcool, fumatul) au constituit factorii de risc exogeni ai pacienţilor din grupurile cu risc care, în asociere cu contactul tuberculos, au demonstrat pericolul epidemiologic pentru întreaga populaţie.

Anamneza tuberculoasă şi statutul microbiologic pozitiv constatat în proporţie mare la pacienţii din grupurile cu risc au confirmat necesitatea menţinerii vigilenţei epidemiologice în aceste grupuri şi spitalizarea lor obligatorie pentru controlul infecţiei tuberculoase la nivel comunitar.

Rata minoră a cazurilor microbiologic pozitive şi cazurile unice cu tratament antituberculos în anamneză au demonstrat eficienţa screeningului sistematic în grupurile periclitante şi importanţa menţinerii continuităţii acestor activităţi pentru controlul tuberculozei la nivel naţional.

Impactul factorilor socioeconomi agravanţi, în asociere cu particularităţile specifice (contactul tuberculos, tratamentul antituberculos în anamneză, statutul microbiologic pozitiv), s-a reflectat asupra eficacităţii terapeutice diminuate la fiecare al doilea pacient din grupurile cu risc.

Contingentele periclitante, datorită obligativităţii investigaţiei radiologice a cutiei toracice înainte de angajare şi o dată pe an pe durata activităţii profesionale, au fost depistate precoce şi au evoluat spre succes terapeutic. Evoluţia optimă a tuberculozei le va permite să activeze profesional şi să reducă riscul unei noi îmbolnăviri. Grupurile cu risc au evoluat de cele mai multe ori nesatisfăcător, fapt ce demonstrează necesitatea managementului individualizat al pacienţilor cu factori de risc.

În calitate de recomandări practice cu valoare aplicativă, am stabilit următoarele:

- Vigilenţa epidemiologică în contingentele periclitante necesită a fi menţinută cu extinderea activităţilor de screening şi asupra altor categorii profesionale din sfera deservirii publice.
- Pentru creşterea eficacităţii screeningului la pacienţii din grupurile cu risc sunt necesare implementarea măsurilor complexe de prevenţie primară, screeningul clinic realizat semestrial şi managementul terapeutic individualizat.

Bibliografie

1. Centrul Naţional de Management în Sănătate. *Indicatorii preliminari în format prescurtat privind sănătatea populaţiei şi activitatea instituţiilor medico-sanitare*. Chişinău, 2017. Disponibil pe: <http://www.cnms.md/ro/rapoarte>.
2. Protocol Clinic Naţional. *Tuberculoza la adult*. Chişinău, 2020. Disponibil pe <https://old.ms.gov.md/files>.
3. Spinei L., Lozan O., Badan V. *Biostatistica*. Chişinău, ed. Tipografia centrală, 2009, 94 p.
4. World Health Organization. *Global tuberculosis report*. 2020. Disponibil pe <https://www.who.int/publications/i/item/9789240013131>.

Evelina Lesnic, dr. şt. med,
conferenţiar universitar,
Catedra de pneumoftiziologie,
IP USMF „Nicolae Testemiţanu”,
tel: 069883302,
e-mail: evelina.lesnic@usmf.md