

Republica Moldova  
Ministerul Sănătății



CENTRUL NAȚIONAL  
DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Республика Молдова  
Министерство Здравоохранения

НАЦИОНАЛЬНЫЙ ЦЕНТР  
ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

28, Chișinău, str. Gh.Asachi 67 a  
Tel.+ 373 22 574501, Fax + 373 22 729725  
IDNO 1007601001123

e-mail: [cnspl@cnspl.md](mailto:cnspl@cnspl.md); [anticamera@cnspl.md](mailto:anticamera@cnspl.md)

07.04.2011 nr. 08a-3/1092

la nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

2028, Кишинэу, ул. Г.Асаки 67 а  
Тел. + 373 22 574501, Факс + 373 22 729725  
IDNO 1007601001123

e-mail: [cnspl@cnspl.md](mailto:cnspl@cnspl.md); [anticamera@cnspl.md](mailto:anticamera@cnspl.md)

Medicilor șefi ai CSP

Cu privire la situația epidemiologică  
la holeră și bolile diareice acute în  
2010 și sarcinile pentru a. 2011.

**Holera.** Situația epidemiologică la holeră în lume rămâne nesatisfăcătoare și este determinată de morbiditatea înregistrată în țările Africii și Asiei. Fenomenul globalizării, intensificarea relațiilor comerciale și culturale, dezvoltarea turismului, migrația legală și ilegală, inclusiv în țările afectate de holeră, creează riscuri reale de import al holerei în multe țări libere de această maladie, inclusiv în Republica Moldova. Riscul importului și răspândirii ulterioare crește pentru țări slab dezvoltate socio-economic, care sunt în starea reformării, inclusiv sistemului sănătății publice.

Cazuri indigene, pe fonul prezenței celor de import se înregistrează și în țările dezvoltate. Spre exemplu, în SUA în anii 2007-2009, au fost înregistrate 22 cazuri de holeră, din ele 6 indigene.

În a. 2009 (datele pentru a. 2010 vor fi în luna iunie 2011 pe pagina [www.who.int/wer](http://www.who.int/wer) sau [www.who.int/cholera](http://www.who.int/cholera)) - 45 țări au notificat OMS despre înregistrarea cazurilor de holeră (a. 2008-56), numărul cazurilor de boală a crescut cu 16% (a. 2007-177,963, a. 2008-190,130, a.2009-221216). Numărul cazurilor de deces s-a micșorat la 4% ( a.2008-5143, a.2009-4946).

Rata fatalității a scăzut și constituie 2,2%.

O mare parte a cazurilor de boală (217333) au fost înregistrate în țările din Africa. Majorarea numărului de cazuri, se datorează izbucnirilor îndelungate într-un șir de țări ca Congo, Zimbabwe, Sudan (unde lucrează și cetățenii RM), etc.

În 2 țări din Europa în a. 2009 (a. 2008- 6) au fost înregistrate 17 cazuri de import a holerei, inclusiv în Marea Britanie-16, Franța-1.

În a.a. 2010-2011 o epidemie masivă sa dezvoltat în Haiti cu circa 400mii cazuri (pronosticul – până la 800mii), inclusiv 5mii de decese. Paralel se dezvoltă epidemia de holeră în Republica Dominicană (1,5 mii cazuri) și în Venezuela (numai în ianuarie a.2011-452 cazuri) legată cu importurile din Republica Dominicană (participarea la nuntă).

Este cunoscut faptul că numărul real al cazurilor de holeră în lume este mai înalt. Această discrepanță este rezultatul raportării incomplete datorită incapacității sistemelor de supraveghere (lipsa definițiilor de caz standard, vocabularului standardizat, insuficiențelor în diagnosticul de laborator etc.). Unele țări raportează doar cazurile de holeră confirmate în laborator, însă mult mai multe cazuri corespund definiției de caz elaborat de OMS, dar sunt clasificate ca cazuri de diaree acută apoasă.

Necesitatea identificării tulpinii V.Cholerae serogrupul O139 ca agent potențial cauzal al următoarei pandemii de holeră cu supravegherea circulației ambelor serogrupuri de V. Cholerae O1 și O139 reprezintă o problemă de importanță majoră. În anul 2009 China a raportat la OMS despre cazuri de holeră provocată de V. Cholerae O 139 (37 cazuri). Un caz a fost depistat în SUA.

Situația epidemiologică la holeră, în lume la etapa actuală, menține riscul importului holerei de către cetățenii țării noastre sau rezidenții care călătoresc în zonele endemice la holeră.

În Republica Moldova în ultimii 10 ani nu au fost înregistrate cazuri de holeră la persoane sau depistate tulpini toxigene V. Cholerae O1 din obiectele mediului ambiant.

Totuși, în anii 2007-2010, s-a depistat circulația tulpinilor V. Cholerae O1 avirulente, cu proprietăți reduse de aglutinare (a. 2007 – 2 tulpini în r-le Ungheni și Fălești, a. 2008-4 tulpini din râul „Șumovaia Balca” or. Tiraspol). În a.2009 a fost depistată o tulpină V. Cholerae O1, biovar El-Tor, serovar Inaba cu aceleași caracteristici din râul Racoveț r-l Edineț. Circulația tulpinelor V. Cholerae O1 cu caracteristici identice în mediul ambiant, este un marcher al unui pronostic epidemiologic nefavorabil a holerei în RM.

Alt marcher, este nivelul înalt al circulației V.Cholerae non O1 în obiectivele mediului ambiant. În a. 2010 ( pe fonul scăderii numărului probelor investigate) a crescut ponderea V. Cholerae non O1 din obiectele mediului ambiant – 21,2% (a. 2009-28,3%, a. 2008-25,9%), menținând un risc înalt pentru apariția și răspândirea vibriunii holerice patogene (Tabelul 1).

**Tabelul 1. Circulația V. Cholerae în obiectele mediului ambiant în anul 2010.**

Obiecte	Probe	Tulpine V.Cholerae Non O1	Ponderea
1. Râuri	435	99	22,8
2. Lacuri, iazuri	551	164	29,8
3. Fântâni, apeducte	24	0	0
4. Hidrobionți, mâl	60	6	10,0
5. Ape reziduale a SBI	39	0	0
6. Ape reziduale de canalizare a localităților.	45	6	13,3
7. Produse alimentare (pește)	28	6	33,3
8. Lavaje	0	0	0

9. Alte	0	0	0
Total	1192	253	21,2

La nivel înalt se menține ponderea depistării V. Cholerae non O1 din râuri – 22,8% (a. 2009-30,6 %), lacuri, iazuri – 29,8% (a. 2009-31,9%), pește – 33,3% (a. 2009-27,7%), hidrobionți, mîl – 10% (a. 2009-30%), ce indirect confirmînd holera ca infecție antropoză cu elemente de sapronoză. Nivelul înalt al depistării V. Cholerae non O1 din hidrobionți, mîl, pește, explică supraviețuirea și multiplicarea agentului cauzal în mediul ambiant și depistarea lui din apele de suprafață, în lipsa sursei de infecție – omul bolnav sau purtător. În alte obiective (fântâni, ape reziduale a SBI, ape reziduale a localității) indicele variază de la 0% până la 13,3%, fapt confirmă nivelul jos al morbidității populației prin infecția NAG.

În structura investigațiilor, ca și în a. 2009, predomină investigațiile din râuri și lacuri (82,7%).

De menționat, că în r-ul Cimișlia (ca și a.2009) investigațiile la holeră nu au fost efectuate. În r-le Șoldănești, Vulcănești, Ceadâr-Lunga a fost efectuate un număr scăzut de investigații de laborator. În mun. Chișinău au fost efectuate investigații de 2 ori mai puține decît în raioanele Cantemir, Hîncești, Soroca. În 10 teritorii (Basarabeasca, Briceni, Cantemir, Drochia, Șoldănești, etc) pe lîngă efectuarea investigații microbiologice la holeră, rezultatul lor a fost „zero”. În 7 teritorii ponderea depistării V.Cholerae non O1 din probele investigate constituie 50% și mai mult, mai ales în mun.Bălți- 70,3% r-le Hîncești (50,8%), Orhei (80,8%), Strășeni (56,3%), Ungheni (52,2%), Căușeni (62,2%). Un volum mare de investigații au fost efectuate în r-le Telenești, Ungheni, Ștefan Vodă, Hîncești. În unele teritorii administrative, nu s-au îndeplinit în volum deplin prevederile ordinului MS RM Nr. 371 din 03.06.2010 „Cu privire la organizarea măsurilor de profilaxie și combatere a holerei și altor BDA”, inclusiv la compartimentul investigațiilor de laborator.

Monitorizarea circulației agentului cauzal al holerei la contingentele de populație examinate în mod planificat denotă o scădere relativă a numărului investigațiilor de laborator – 4721 în a. 2010, față de 5340 în a. 2009. În structură, ca și în anii precedenți, predomină persoanele internate în azilurile pentru bătrâni, staționarele de psihiatrie – 84,0% (a. 2009-71,5%). Ponderea bolnavilor de BDA investigate cu exicoză, toxicoză constituie 0,5% (a. 2009-13,7%). Bolnavii cu infecția NAG nu s-au fost depistat.

Este necesar de a efectua minuțios stabilirea diagnosticului, selectarea, diferențierea bolnavilor de BDA cu exicoză, toxicoză, pentru examenul microbiologic ulterior la holeră. În 11 teritorii cu aceste sindromuri nu s-a investigat nici un bolnav, iar în r-le Soroca, Ialoveni au fost investigați la holeră de la 105 până la 128 bolnavi, ce constituie circa 50% din numărul total de BDA. Pentru soluționarea acestei situații este necesară implicarea mai activă a medicilor infecționiști, bacteriologi și epidemiologi.

Ca și în anii precedenți nu se investighează cetățenii străini, imigranții nelegali cu excepția r-lui Drochia. În cazuri unice microbiologic se examinează bolnavii cu disfuncții gastro-intestinale internați în centrele de triere, de asemenea substratele

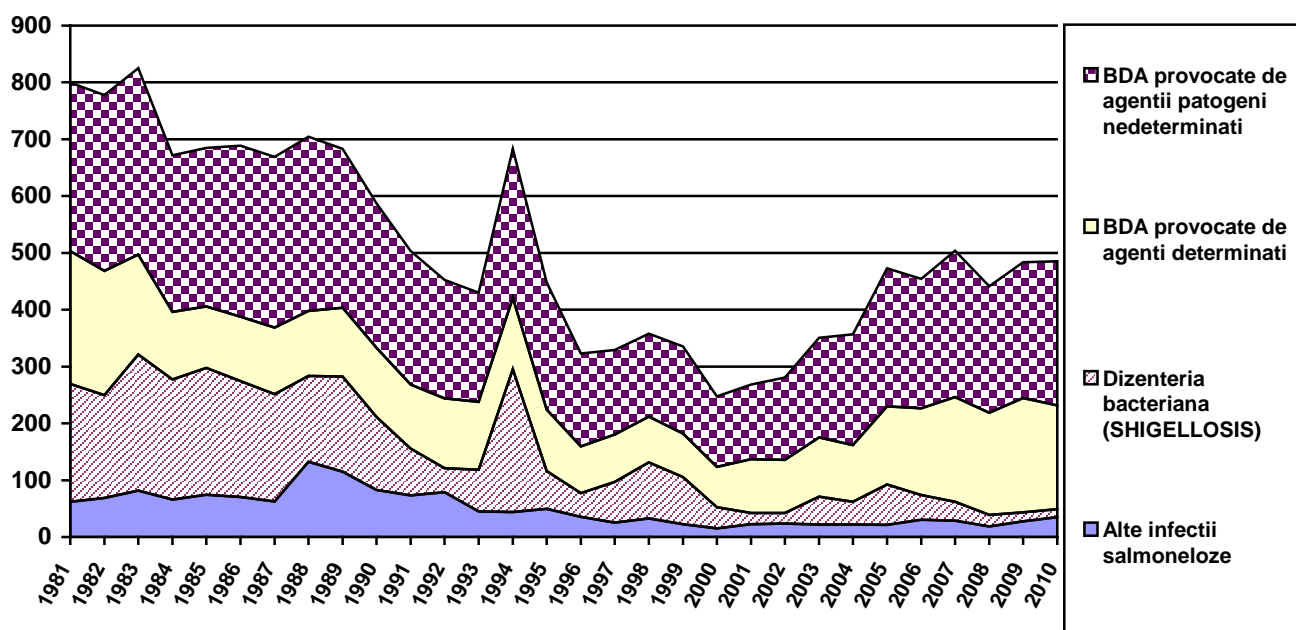
biologice de la persoanele decedate cu simptome de BDA, persoanele implicate în izbucniri de BDA.

În a. 2011 se menține posibilitatea reală de apariție a cazurilor indigene de holeră, iar riscul importului holerei există permanent.

### **Bolile diareice acute (BDA) în total.**

În a. 2010, morbiditatea sumară prin BDA în RM a sporit până la 500,1 la 100mii, deci cu 5,5% comparativ cu a.2009. (a. 2007-510,2 la 100 mii populație, a. 2008-453,6, a. 2009-488,4). Creșterea morbidității deși nesemnificativă, se înregistrează la majoritatea formelor nozologice (fig.1).

**Figura 1. Evoluția comparativă a bolilor diareice acute în Republica Moldova în perioada 1981 - 2010**



Creșterea continuă a incidenței se atestă la enteritele rotavirale (în a.2008 de 4,9 ori, a. 2009 de 2,8 ori, a.2010-22,2%) se datorează în mare măsură instituirii sistemului de supraveghere sentinelă în Spitalul clinic de boli infecțioase pentru copii din mun. Chișinău, implementării investigațiilor microbiologice la rotavirusuri în CNSP și descifrării etiologice corecte.

În 20 teritorii administrative morbiditatea prin BDA cu etiologie nedeterminată s-a majorat relativ, cu 6,9%. În mediu pe RM, corelația dintre BDA cu etiologie determinată și BDA cu etiologie nedeterminată constituie 1:4, în unele teritorii (ca și în a.2009aceasta corelație este alarmantă (r-le Drochia 1:10, Glodeni 1:22, Ialoveni 1:4).În același timp, în unele teritorii situația este pozitivă, ca exemplu în r-le Călărași-1:0,25, Donușeni 1:0,23. Atragem atenția, că în unele teritorii, se folosesc în calitate de diagnoze primare, diagnoze care nu sunt incluse în Clasificatorul internațional al maladiilor revizia X (CIM-X). Spre exemplu: dispepsia alimentară, dispepsia virală, etc. Practic nu suspectă clinic infecția rotavirală. Este esențial utilizarea diagnosticurilor, inclusiv al BDA, stabilite în CIM-X la etapa de implementare a sistemului informațional de Alerte Epidemiologice.

Această situație demonstrează nivelul scăzut a capacității de diagnostic primar clinic și diferențial din partea specialiștilor medicinei primare și medicilor – infecționiști și prezența neajunsurilor în diagnosticul de laborator al BDA.

Morbiditatea prin infecțiile cu severitate sporită (salmoneloze, dizenterie, yersinioze) se caracterizează printr-o diferită tendință în dinamică, dar în total se află la un nivel scăzut. În mediul rural în a. 2010, nivelul sumar al morbidității (27,9 la 100 mii) prin BDA, este de 1,6 ori ( în a. 2008 de 1,5ori) mai jos în comparație cu mediul urban (613,4 la 100 mii), ceea ce denotă despre menținerea adresabilității scăzute a populației de la sate după asistență medicală în cazul BDA. Activizarea fortificării programelor de informare a populației din mediul rural privind măsurile de prevenire a BDA și necesitatea solicitării asistenței medicale în caz de boală (mai ales la copii) poate contribui semnificativ la reducerea surselor de infecție în populație și limitarea răspândirii cazurilor noi de boală.

În structura morbidității prin BDA, în ultimii ani, crește ponderea copiilor 0-17 ani (a. 2007-71,1%, a. 2008-74,8%, a. 2009-75,7%) cu excepția a.2010-70,5%.

Cel mai afectat grup de vârstă sunt copii până la 2 ani – 63,6% (a.2009-52,7%) sau 75,5% la 1000 copii (a. 2009-85,3), urmați de grupul de vârstă 3-6 ani-17,7% (a. 2009-12,2%) sau 15,7 la 1000 copii (a. 2009-15,1%).

Din copii de vârstă 3-6 ani, bolnavi cu BDA instituționalizați sunt 58,1% (a. 2009-58,0%), ce indică la menținerea îndelungată a neajunsurilor severe în respectarea regimului sanitaro antiepidemic în instituțiile preșcolare.

Rămâne actuală problema morbidității copiilor primului an de viață, ponderea lor în structura morbidității sumară prin BDA constituie – 26,8% (a. 2009- 7,4%), iar printre copiii de 0-17 ani- 34,9%. Atragem atenția la creșterea permanentă a morbidității prin BDA (sumă) printre copiii de 0-5 ani - de la 27,3 la 1000 în an. 2000, până la 57,8 în a. 2010. Creșterea morbidității se evidențiază în toate teritoriile administrative și are loc din cauze obiective - din contul creșterii BDA cu etiologie determinată și nedeterminată. Totodată menționăm unele cauze subiective ca: hiperdiagnosticarea BDA în IMSP primare, nivel scăzut investigațiilor de laborator, tactica staționarelor somatice și SBI determinată de modul anchetării bolnavilor spitalizați de către CNAM și altele. Situația dată se cere a fi studiată serios în complex la nivel teritorial.

Pentru evaluarea la timp a situației se propune de a recomanda conducerii IMSP teritoriale să informeze CSP despre cazurile de deces, unde figurează diagnoza din grupa BDA.

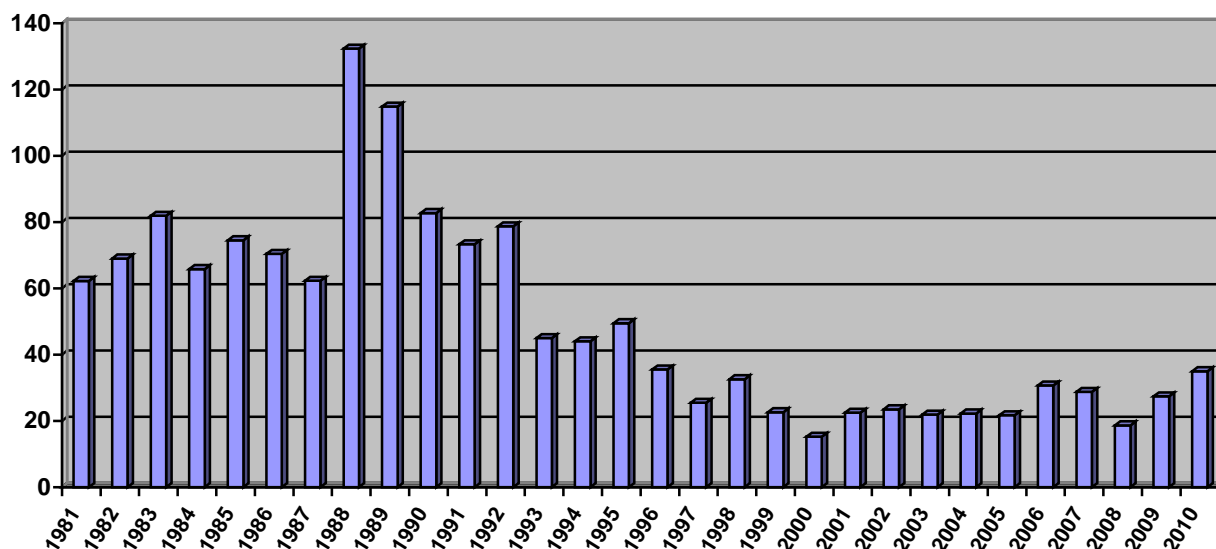
În ultimii ani nu se înregistrează o diferență sezonieră exprimată la BDA. Un nivel înalt a morbidității are loc în toate lunile anului (mai mic în ianuarie-martie), fapt determinat de acțiunea permanentă a factorilor de risc (alimentari și habituali), ce fac posibilă apariția izbucnirilor epidemice.

### **Salmoneloze.**

După 3 ani de scădere continuă, a.a. 2006-2008 în a. 2009, morbiditatea prin salmoneloză (fig. 2) s-a majorat cu 28,2% - până la 23,56 la 100 mii (a. 2008-18,4), iar în a.2009 la 48,4% până la 34,83 la 100mii. Pentru prima dată în ultimii ani morbiditatea prin salmoneloză este mai mare, decât prin dizenterie de 1,4 ori, în a.2009 și de 2,4ori în a.2010.

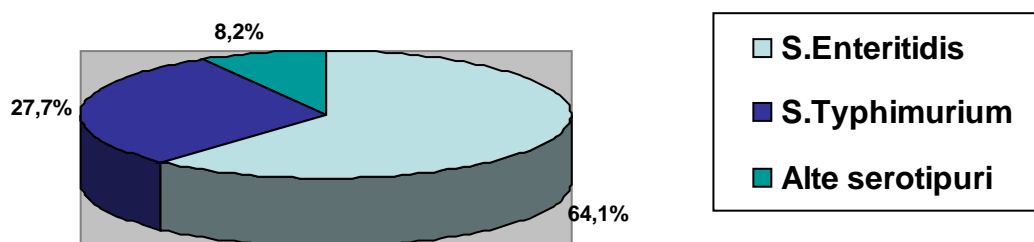
Creșterea morbidității se atestă în majoritatea (78,4%) teritoriilor administrative, în 8 teritorii morbiditatea s-a micșorat până la cazuri unice. Nivelul morbidității prin salmoneloză a depășit nivelul mediu pe țară în 12 teritorii administrative, de la 1,1 până la 6,7 ori mai ales în mun. Bălți, r-le Rezina, Florești, Cahul, Cimișlia, etc. și este determinat cât de înregistrarea izbucnirilor epidemice și focarele multiple de salmoneloză atât și de creșterea morbidității sporadice. (Figura 2)

**Figura 2. Nivelul morbidității prin salmoneloză în Republica Moldova în perioada 1992 - 2010**



A scăzut numărul serotipurilor de salmonele identificate prin metode de laborator – 29 (a. 2009-34, a. 2008-27a. 2007 – 30), ca și în anii precedenți, predominante sunt S. enteritidis – 64,1% și S. typhimurium – 27,7%. (Figura 3).

**Figura 3. Structura etiologică a salmonelozelor depistate la om în a. 2010.**



După o perioadă de scădere a ponderii S. Enteritidis în structura etiologică a salmonelozelor, se atestă o creștere relativă, ce poate duce la activizarea potențialului căii alimentare de transmitere a infecției. Creșterea morbidității, indirect se confirmă și prin creșterea depistării purtătorilor de salmonele. Salmonelele au fost depistate la 7 persoane încadrate și 19 persoane investigate la încadrarea în lucru la unitățile de

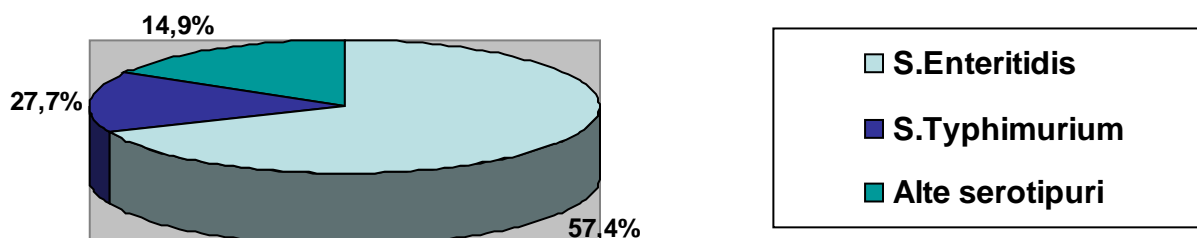
alimentație publică (a. 2009 – la 11și 11 respectiv), deci în total la 26 persoane, din 38227 persoane investigate.

În ultimii ani se depistează tulpini (biovariante) rare sau care nu au fost identificate în anii precedenți (în a. 2009 – S. sinstrof, S. falkensce, S. shubru etc., a.2010- S.aba, Sdielfa, etc.), ce poate indica la importul prin intermediul persoanelor sau cu produsele alimentare de import. În același timp, aceste tulpini de salmonele depistate, nu au fost trimise pentru confirmare în laboratorul CNSP.

Salmoneloza este unica nozologie din grupul BDA, în structura de vârstă unde predomină adulții, în a. 2009, ponderea lor constituie 55%.Numai în a.2010 ponderea adulților constituie 25,8% din contul izbucnirilor în instituțiile pentru copii. Au fost înregistrate 70 (a.2009-55)cazuri la copii pînă la un an, ce pot fi condiționate parțial de molipsirea intraspitalicească și cere o analiză specială, mai ales la copiii spitalizați în IMSP republicane.

Despre creșterea reală a morbidității indirect indică și creșterea numărului tulpinilor depistate din mediul ambiant. Din probele colectate, au fost identificate 47 tulpini de salmonele (a. 2008-29, a.2009-46), a 8 serovariante: S. enteritidis – 57,4% (a.2009-60,9%), S. tiphimurium – 27,7 %, S. paratyphi B – 4,3%, S. derby – 2,1%, s.branden burg, S. koumra, S.tip.II, S.senftelenberg (fig. 4).

**Figura 4. Structura etiologică a salmonelelor depistate în mediul ambiant în a. 2010**



Se atestă o corelare a circulației tulpinilor la om și în mediul ambiant. Din produsele alimentare au fost depistate 68,1% de tulpini din care 84,4% fiind probele de carne și produse din carne. Din apă au fost depistate 7 tulpini, inclusiv – 85,7% din apă de suprafață și apă reziduală.

În a. 2010, au fost înregistrate 14 izbucniri epidemice de salmoneloză (în a. 2009 -10, a. 2008-10, a.2007-17, a. 2006- 16), fiind stabilită în toate cazurile calea alimentară de transmitere. Se atestă un număr înalt al izbucnirilor la obiectele de alimentație publică (a.a 2005-2010, sumar – 27), în comparație cu anii precedenți, când aproape toate izbucnirile au avut loc în condiții casnice. În ultimii ani, regulat se înregistrează izbucniri cu infecție – mixtă, în a. 2010- 2.

Cauzele principale ale izbucnirilor sunt folosirea materiei prime infectate, implicarea în pregătirea bucatelor a purtătorilor de salmonele (bolnavi nedepistați), încălcarea gravă a tehnologiei pregătirii bucatelor și nerespectarea igienei personale. Izbucniri intraspitalicești de salmoneloză nu au fost înregistrate, însă informațiile parvenite din unele IMSP republicane, denotă cazuri de depistare a salmonelelor la copiii transferați din staționările somatice teritoriale (la spitalizarea copiilor de 0-2 ani).

În a. 2009, lucrul în domeniul implementării în IMSP a definițiilor standard de caz și a diagnosticului clinic diferenciat s-a prelungit. Din 1250 cazuri cu diagnoza finală „Alte salmoneloză” numai 48,5% au fost cu diagnoza primară de salmoneloză (a. 2009- 41,5%).

Ponderea confirmării de laborator a diagnozelor primare permanent crește și constituie 89,1% (a.2009- 84,8%, a. 2008- 79,9%). A scăzut ponderea persoanelor spitalizate cu diagnoza primară de salmoneloză și constituie 87,5% (a.a 2007-2008- 79%, a. 2009- 89,1%) .

Anchetarea epidemiologică a focarelor (cu diagnoză primară salmoneloză) a fost efectuată în 95,8% (a.2009-94,8%), fiind investigate prin metode de laborator 1371 persoane de contact (2,6 persoane într-un focar), din ele 42-(3,4%) de persoane au fost apreciate ca bolnavi (purtători) – (a. 2009-7,2%).

De rând cu izbucnirile epidemice de salmoneloză, au fost înregistrate 82 focare multiple (cu 2-4cazuri), în a.2009-70, ce confirmă situația epidemiologică nefavorabilă în a. 2010.

### **Febra tifoidă și paratifoidă.**

Situația epidemiologică la febra tifoidă și paratifoidă, ca și în anii precedenți, a fost stabilă, nu s-a înregistrat nici un caz de boală. Totuși este necesar de a acorda atenția specialiștilor asistenței medicale primare la utilizarea definițiilor de caz de boală respective, evidența strictă a purtătorilor cronici de *S. Typhi* în CSP și IMSP, efectuarea diagnosticului diferențial cu prelevarea probelor pentru examenul de laborator (sânge la hemocultură) în cazuri suspecte.

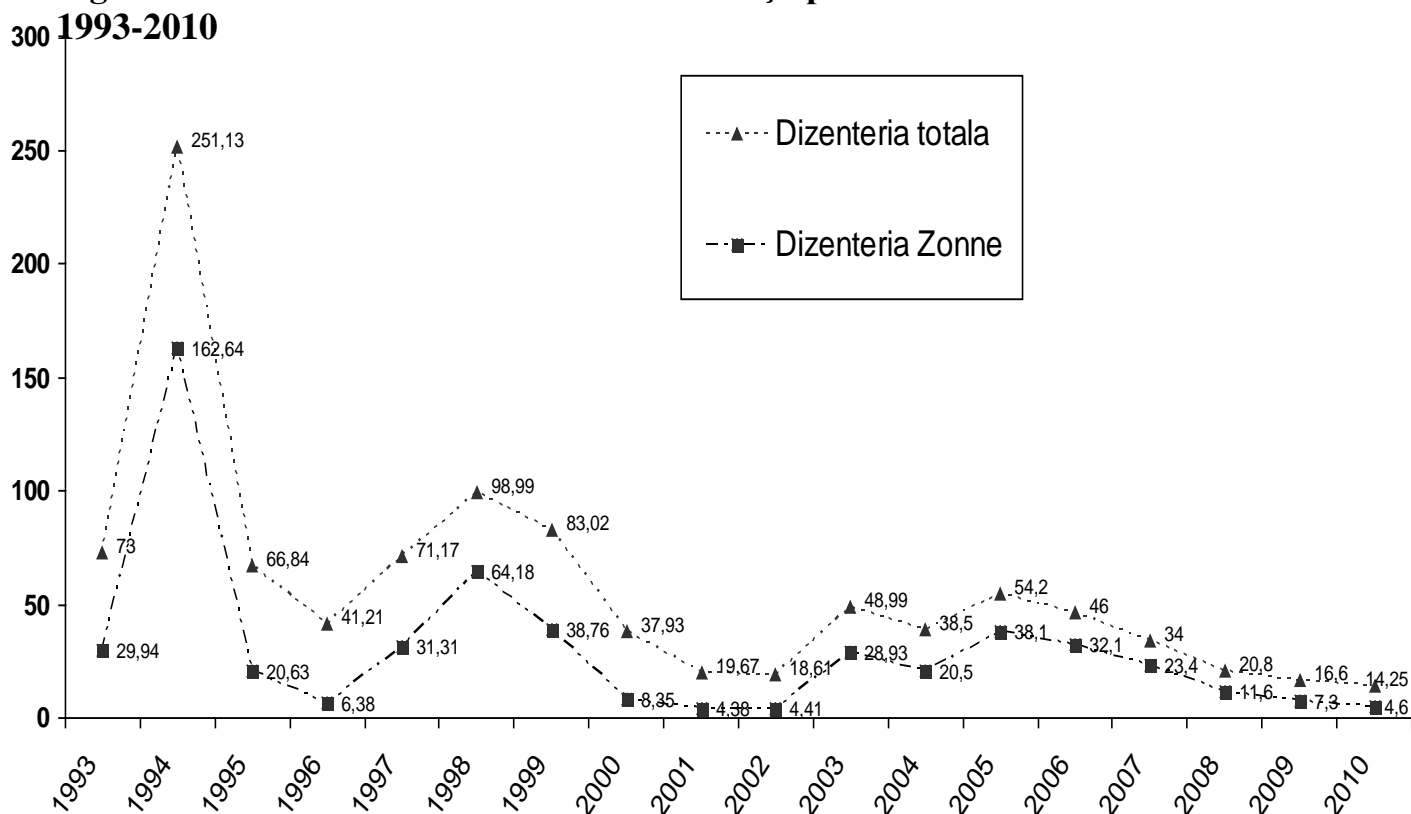
### **Dizenteria.**

Morbiditatea prin dizenterie, după o ultimă creștere ciclică esențială în a. 2005 (70,6 la 100 mii), în a.a. 2006-2010 a înregistrat o tendință de diminuare – 43,9; 33,0; 20,8 și 16,6 și respectiv (Figura 5).

Scăderea morbidității, este determinată de scăderea dizenteriei *Sonnei* (în a. 2010 cu 53,5%), 64,2% (ca și în anii precedenți) prezintă biovariantele 2g și 2e, care au un potențial epidemic înalt și în anii 1980-2000 au determinat creșterea ciclică a morbidității. Ponderea dizenteriei bacteriologic confirmată constituie 56,7%.



**Figura 5. Dinamica multianuală a morbidității prin dizenterie în RM în anii**



În 14 teritorii administrative (a. 2009-14), morbiditatea s-a majorat nesemnificativ - de la 1 până la 5 cazuri, cu excepția r-l Edineț unde ea a crescut de 10,0 ori, r-l Sîngerei – 2,1 ori, (o creștere epidemică a dizenteriei).

Incidența prin dizenterie, provocată de Sh Sonnei este numai de 3 ori (a.2009 – 3,0 ori) mai înaltă decât cea cauzată de Sh. Flexneri, deși s-a înregistrat o scădere continuă a morbidității prin dizenteria determinată de Sh. Sonnei cu 1,9 ori, iar dizenteria cu Sh. Flexneri a crescut cu 19,2% (a. 2009 – 18,2%).

În structura etiologică a Sh. Flexneri, ca și anii precedenți, predomină serovarianta Sh. Flexneri 2a – 54,1% (a.2009- 54,81). N-au fost depistate cazuri de dizenterie cauzate de Sh. dizenteriae și Sh. Boidi în ultimii 3 ani. În mediul ambiant au fost identificate tulpini de shighele Sonnei 2g, ambele din apa de suprafață.

În structura de vârstă, predomină copiii 0-17 ani – 75,0%, din ei copiii 0-2ani – 43,6%, iar până la 1 an – 14,4%. Dintre copiii de 3-6 ani, ponderea copiilor din instituțiile preșcolare constituie – 63,8%. Au fost înregistrate numai 9 purtători de shighele, toți sunt adulți (a. 2009 – 8).

În ultimii ani, de rând cu morbiditatea, scade și numărul persoanelor bolnave (purtătoare) depistate activ – câte 2 din rândurile persoanelor investigate la încadrare în câmpul muncii și deja încadrate (a. 2009-6).

În a. 2010 nu au fost înregistrate izbucniri epidemice de dizenterie, ambele în grădiniță cu calea habituală de transmitere, focarele multiple – 28, mențin un potențial epidemic major.

Diagnosticul clinic diferenciat la dizenterie, în comparație cu salmoneloză a fost la un nivel mai înalt. Însă 592 cazuri cu diagnoza finală „dizenterie”, 539 au fost cu diagnoza primară „dizenterie”, din ele cu confirmare de laborator – 56,21%

(a.2009 – 64,5%). Au fost spitalizați 85,2% bolnavi cu diagnoză primară respectivă. Ponderea focarelor anchetate constituie – 80,5% (a. 2009 – 83,7%), practic au fost anchetate focarele unde bolnavii au fost spitalizați. Permanent scade numărul persoanelor contacte investigate – 1,7 la un focar (a. 2009 – 2,0, a. 2008 – 2,4, a. 2007 – 3,3), în rândul lor au fost depistați 19 bolnavi (purtători), ce constituie – 3,7%.

### **BDA cu etiologie determinată**

În ultimii 5 ani, se înregistrează o creștere permanentă a morbidității prin BDA cu etiologie determinată (a.2005- 127,2, a.2008- 178,8, a. 2009- 198,3), ce parțial poate fi apreciată ca o îmbunătățire a activității de descifrare etiologică, pe fonul nivelului relativ stabil a morbidității prin BDA cu etiologie nedeterminată. Totuși, în a. 2010 morbiditatea a scăzut până la 181,9 (a. 2009 – 148,5) deci la 8,4%.

La 16 teritorii indicii morbidității depășesc mediu (181,9) pe țară, mai ales în r-le Călărași – 2,5 ori, Anenii-Noi – 1,8 ori, Vulcănești – 1,7 ori, Strășeni – 1,6 ori, etc.

Analiza repartizării morbidității prin BDA cu etiologie determinată pe grupele de vârstă, demonstrează, că cei mai frecvent antrenați în procesul epidemic sunt copiii de vârstă 0-17 ani – 78,5% (a. 2007- 76,3%, a. 2008- 84,3%, a. 2009- 82,7%). Din ele, ponderea copiilor în vârstă 1 – 12 luni – 26,1%, 0.- 2 ani constituie 75,5%, 3 - 6 ani – 13,4%.

Un indicator nefavorabil, prezintă creșterea permanentă a numărului de cazuri de contaminare intraspitalicească: în a. 2010- 20 cazuri (a. 2007- 3, a. 2008- 13, 2009 - 30) ce au avut loc în r-le Anenii-Noi, Fălești, mun. Bălți și Chișinău. Ca factori etiologici au fost depistați Klebsiela, Escherihia, Citrobacter, P.Vulgaris, St.Aureus, Pseudomonas, Enterococcus, deci peisajul agenților s-a majorat. Din numărul total de cazuri în 55 % au fost antrenați copiii de până la o lună, din cauza neajunsurilor acordării asistenței postnatale în maternități.

În a. 2010 a continuat creșterea numărului copiilor de până la o lună afectați de BDA cu etiologie determinată, până la 192 (a. 2007- 152, a. 2008- 162, a. 2009- 185), ce indirect indică la lucrul insuficient a școlii mamei și copilului, maternităților în domeniul profilaxiei BDA, în primul rând, în r-le Călărași, Fălești, Căușeni.

Numai în 77,1% (a. 2008- 70,9%) cazuri, diagnoza a fost stabilită prin metoda cantitativă, iar în mun. Chișinău doar în 10% (a. 2009- 5,3%), pe când în mun. Bălți și un rând de raioane în 60,0% cazuri. Această situație poate condiționa hiperdiagnosticul BDA.

În structura etiologică a BDA cu etiologie determinată, ca și în anii precedenți, predomină Klebsiela – 16,9%, asociații a BCP – 14,9%, Escherichia – 12%, Enterobacter – 12,0%. Nu s-au depistat tulpini de Campylobacter, Cedecea, Aeromonas, Pasteurella (ca și în anii precedenți), însă a fost identificată o tulpină de Flavobacterium.

În a. 2010, la CSP au fost primite 20480 informații (F- 058/e) despre depistarea bolnavilor cu diagnoze primare „enterite, enterocolite”, etc, din ele 36,2% (a. 2009 – 38,8%) confirmate de laborator, în 81,3% (a.2009- 75,9%) bolnavi au fost spitalizați.

Ponderea focarelor anchetate epidemiologic au constituit 88,2% (a. 2009-80,6%). În focarele anchetate au fost examinate 14948 de contacti sau 0,8 la un focar (a.2009 – 0,7), au fost depistați prin metode de laborator 75 bolnavi (purători). Au fost înregistrate 292 (a. 2009 – 289) focare multiple (cu 2-4 cazuri) și 4 izbucniri epidemice. Din ele 3 izbucniri au fost cu calea alimentară, factorul etiologic *St. Aureus*, o izbucnire cu calea habituală, factorul etiologic *E. coli* 0125; 3 izbucniri au fost la grădinițe, una la tabăra de odihnă. Încă la 2 izbucniri flora condiționat patogenă a fost depistată ca floră secundară (infecția mixtă).

### **Yersinioză**

Se înregistrează o scădere relativă a morbidității prin yersinioză, până la 1,12 în a. 2010 (a. 2009 – 1,32, a. 2008 – 1,02, a. 2007- 0,86). Majoritatea cazurilor de boală au fost înregistrate în mun. Chișinău – 19, r-le Orhei – 13, mun. Bălți, r-le Anenii Noi, Strășeni, Cahul, Vulcănești, Taraclia, Ștefan-Vodă, Criuleni – câte 1. Creșterea înaltă a morbidității se atestă în r-l Orhei – de 2,2 ori. Nivelul morbidității înregistrat prin yersinioze, depinde atât de gradul de suspectare și investigare a cazurilor de boală, de către specialiștii sistemului medicinei primare, medicii infecționiști cât și de capacitățile laboratoarelor bacteriologice pentru a confirma boala. Majoritatea cazurilor au fost diagnosticate prin metoda serologică. În structura de vârstă, predomină copiii 0-17 ani – 24 (52,5%).

Cazuri de pseudotuberculoză în RM în a. 2010 nu au fost înregistrate. Supravegherea integrată, inclusiv schimbul de informație cu Serviciul Veterinar de Stat, în domeniul infecțiilor intestinale zooantroponoze (salmoneloză, yersinioză, febra paratifoidă B, etc.), nu se realizează pe deplin.

### **Infecția Rotavirală**

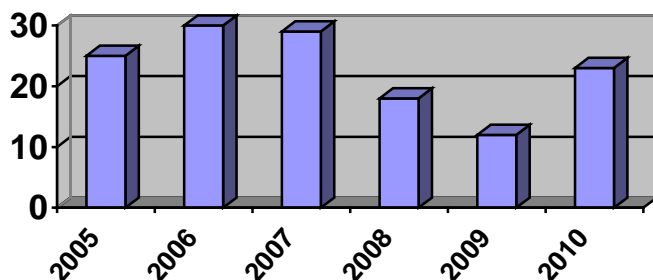
A continuat majorarea morbidității prin infecția rotavirală, până la 13,1 (a. 2009- 10,7). Majoritatea cazurilor (462 sau 98,7% ), au fost înregistrate în mun. Chișinău (indicele a crescut de 20,6, până la 48,8 la 100 mii) și se datorează realizării supravegherii sentinelă la infecția rotavirală cu efectuarea investigațiilor respective a copiilor din Spitalul de boli infecțioase pentru copii.

Datele statistice nu reflectă nivelul morbidității real prin această nozologie și necesită realizarea măsurilor suplimentare pentru îmbunătățirea descifrării etiologice a BDA, suspectarea și investigarea cazurilor.

### **Izbucnirile epidemice de BDA**

Numărului izbucnirilor epidemice cu BDA în ultimii 4 ani au fost în scădere (2005-24, a. 2006-30, a. 2007-29, a. 2008-18, a. 2009-12) (fig.6). În a. 2010, au fost înregistrate 23 izbucniri cu 380 de bolnavi, din ei 164 copii. Încă o izbucnire de BDA a fost înregistrată în structurile Armatei Naționale (acte lipsesc). Din numărul total, 18 izbucniri au fost cu calea alimentară de transmitere, 5 – cu calea habituală ( a. 2009 – toți cu calea alimentară).Toate izbucnirile cu calea habituală au fost înregistrate în grădinițe de copii.

**Fig.6 Izbuclnirile de BDA în anii 2005-2010**



Analiza circumstanțelor de apariție a izbucnirilor cu calea alimentară denotă că 9 din ele au avut loc în grădinițe sau condiții casnice, 9 – la întreprinderile de alimentație publică (a. 2009 – 5). Nivelul permanent înalt al izbucnirilor în întreprinderile de alimentație publică a fost determinat de folosirea produselor alimentare infectate primar și secundar, pe fonul neajunsurilor grave în domeniul asigurării regulilor sanitaro-igienice, tehnologiei de pregătire a bucatelor, lacunelor în efectuarea supravegherii sanitare curente, în asistența medicală primară, respectarea igienei personale de către lucrătorii instituțiilor respective, etc.

Menționăm, că în a. 2010, în majoritatea cazurilor, actele finale a cercetărilor izbucnirii au fost prezentate la CNSP cu mari întârzieri, după adresări multiple, o parte – cu calitate joasă, fără datele obligatorii, inclusiv date despre impactul financiar pentru CSP și IMSP, transmiterea materialelor în organele de drept, etc.

Se poate aprecia, că nu la toate teritoriile administrative în IMSP și CSP au fost create comisii de expertiză medico- financiară, conform Hotărârii Guvernului nr. 468 din 24.05.2005 „Pentru aprobarea modului cu privire la compensarea prejudiciului cauzat de încălcarea legislației sanitare în vigoare”, cu rezultatul respectiv.

Atragem atenție la agravarea situației la infecția rotavirală. În tr. I a. 2011 au fost înregistrate 3 izbucniri de infecție rotavirală (2 grădinițe și o școală), toate cu calea habituală. La toate cazurile factorul etiologic a fost stabilit în laboratorul de referință al CNSP.

Analiza datelor despre realizarea Programului Național de profilaxie a holerei și altor BDA pentru anii 2003-2010 indică, că nu în toate teritoriile administrative în a.2010 au fost planificate, organizate și îndeplinite măsurile necesare în volum deplin. Deși programe teritoriale de profilaxie a holerei și altor BDA există în toate teritoriile administrative, examinarea realizărilor la ședințele Consiliilor raionale (municipale) și Consiliile medicale au avut loc doar în 89,0% teritorii (a.2009-86,5%). Planuri concrete pentru a. 2010 au fost elaborate în 84,0% teritorii, iar un buget aprobat există numai în 13 teritorii (35,0%). În același timp, bugetul aprobat în teritoriile date (200,10 mii lei) a fost realizat numai în 60,0%, ce indică la o atenție și control insuficient a mersului realizării programelor teritoriale.

În a. 2010 au fost realizate 395 măsuri profilactice (a.2009-567) în suma de 124,5 mii lei, (acest compartiment al chestionarului parvenit din 15 teritorii nu a fost completat cu date).

O măsură importantă pentru profilaxia morbidității prin BDA la copii în vârstă până la un an, este instruirea gravidelor și mamelor privind îngrijirea copiilor, la

școlile mamei și copilului. Conform datelor primite, în 92% din teritorii este implementat sistemul de instruire a gravidelor și mamelor. Numărul materialelor editate constituie circa 20 mii, iar ponderea gravidelor și mamelor cu cunoștințe testate - 85,0% și 88,0% respectiv din ele cu cunoștințe adecvate 85,0% și 82,0% respectiv. Conform chestionarului în r-le Briceni, Căușeni, Rîșcani, Vulcănești etc. 100% gravide și mame au cunoștințe adecvate, indicatorii morbidității prin BDA reflectă o situație ce nu corelează cu datele prezentate și indică sau la testarea formală sau la completarea chestionarului cu date necontrolate.

Programul de încurajare a alăptării naturale a nou-născuților a fost implementat în 95,5% teritorii. Proporția gravidelor și mamelor cuprinse cu acest program constituie circa 95,0%. Ca rezultat ponderea nou-născuților alăptați natural este în medie 99,0%, până la 3 luni-99,0%, 3-6 luni-78,4%, mai mult de 6 luni-47,3%. Cel mai jos nivel al alăptării naturale la copii până la 3 luni a fost raportat în r-le Criuleni și Taraclia (~ 40,0%).

Asupra nivelului morbidității prin BDA a copiilor de vârstă preșcolară și școlară influențează direct și condițiile igienice din instituțiile corespunzătoare. Numai în 43,0% (a.2009-28,8%) instituții preșcolare și de instruire a copiilor (7-17 ani) sunt create condiții pentru spălarea mâinilor cu apă caldă, inclusiv în instituțiile preșcolare – 30,9%, în instituțiile de învățământ – 36,0%. Doar în 73,7% instituții există și funcționează un sistem centralizat de asigurare cu apă potabilă, inclusiv în grădinițe – 71,3%, în instituțiile de învățământ – 75,9%.

Ponderea instituțiilor unde există și funcționează un sistem centralizat de canalizare constituie în mediu – 65,4%, la grădinițe – 66,2%, instituții de învățământ – 64,7%.

O situație favorabilă se atestă la compartimentul de asigurare cu detergenți, săpun și substanțe dezinfectante – 100% instituții asigurate. Asigurarea cu veselă de bucătărie pentru fiecare copil este la un nivel satisfăcător, în medie – 98,7%, la grădinițe - 100%, în instituțiile de învățământ – 97,0%.

Din 98 tabere de odihnă pentru copii deschise în a.2010 88,8% corespund cerințelor sanitaro-igienice. Stări nefavorabile se atestă în r-le Taraclia, Hîncești, Criuleni, Ocnîța unde 50% din tabere nu corespund normelor.

În anul 2010 au fost efectuate un șir de măsuri pentru mobilizarea socială a populației în domeniul prevenirii BDA, au fost instruiți 5080 lucrători medicali și 35930 - personal nemedical. În același timp, numai 11 teritorii (30,0%) dispun de cantități suficiente de materiale tipărite pentru difuzare populației, numărul materialelor distribuite constituie numai 8381 (din ele 5 mii - mun.Chișinău). Au fost testate pentru aprecierea cunoștințelor în domeniu - 90,2% persoane instruite. Aproape 90,0% persoane posedă cunoștințe adecvate, cea ce nu reflectă situația reală sau folosirea metodelor neeficiente de evaluare a cunoștințelor.

Există probleme în efectuarea supravegherii epidemiologice, măsurilor anti-epidemice. Pentru optimizarea supravegherii epidemiologice la holera și BDA în 90,0% teritorii au fost implementate definiții standard de caz. Din 22,0% teritorii au fost raportate probleme privind stabilirea diagnosticului clinic și raportarea BDA în CSP. Problemele principale comune sunt: stabilirea diagnosticului primar incorect (ca exemplu „disfuncție intestinală”), care nu corespunde CIM-X; raportare

incompletă după confirmarea diagnozelor finale, raportarea cazurilor de BDA la CSP cu întârziere, completarea parțială a fișelor de urgență primară și notificarea cazurilor în sistemul informațional. Pentru rezolvarea acestor probleme, este necesară activizarea lucrului cu IMSP primare, examinarea la Consiliile medicale, la necesitate cu implicarea specialiștilor din CNSP, IMSP republicane, USMF „N.Testemițanu”.

Nu este soluționată problema transportării probelor prelevate de la bolnavii cu BDA de la Centrele de Sănătate în laboratorul microbiologic al CSP teritorial. Există probleme legate de asigurarea cu transport pentru anchetarea epidemiologică a focarelor BDA la copii sub 5 ani, îndeosebi în r-le Anenii Noi, Glodeni, Hincești, Ocnița, Orhei. Asigurarea cu transport a specialiștilor pentru anchetarea focarelor de BDA la copii sub 5 ani a fost nedeplină - 30,0% cazuri. Numai în 74,3% (a.2009-79,6%) focare de BDA a fost efectuată dezinfectia terminală.

În toate teritoriile administrative se efectuează analiza epidemiologică operativă și retrospectivă, cu pregătirea materialelor analitice respective. În mun. Chisinău, r-le Ungheni, Edineț, Orhei, Ocnița, Soroca analiza epidemiologică se efectuează la un nivel satisfăcător.

În a. 2010 au fost pregătite și prezentate informații analitice privind evoluția morbidității prin BDA: 216 - pentru organele administrației publice locale, 774 - pentru lucrători medicali, 2118 - pentru populație.

O problemă actuală și stringentă este asigurarea laboratoarelor bacteriologice a CSP cu echipament, consumabile pentru diagnosticul de laborator al holerei și BDA. Ca probleme principale comune, menționate de CSP sunt: necesitatea procurării echipamentului modern (autoclave, termostate s.a), anse rectale de o singură folosință; lipsa sau un volum insuficient a consumabilelor de laborator (seruri aglutinabile, fagi, aminoacizi, discuri cu antibiotice, diagnosticumuri ș.a).

Situația existentă influențează direct nivelul înalt de BDA cu etiologie nedeterminată și respectiv diminuează eficacitatea măsurilor antiepidemice, pe fonul neefectuării investigațiilor virusologice, de depistare a Campylobacteriozei, etc. Această problemă poate fi rezolvată în primul rând din contul mijloacelor financiare locale, prin participarea în proiecte internaționale, etc.

IMSP sunt asigurate cu cantități suficiente de preparate pentru rehidratare orală, însă în unele IMSP lipsesc unele denumiri de preparate pentru rehidratarea orală. În același timp, nu la toate IMSP teritoriale au fost efectuate evaluări a frecvenței utilizării preparatelor pentru rehidratarea orală în cazurile de BDA. Ca rezultat, conform datelor chestionarului, ponderea medie a bolnavilor de BDA care primesc rehidratare orală constituie 67% (a.2009 -86,1%) (în 15 teritorii - 100%).

Problemă nerezolvată pe deplin rămâne crearea și asigurarea bazei spitalicești în caz de agravare a situației la holeră și BDA. Toate teritoriile, cu excepția r-lor Basarabeasca, Dubăsari (dr.Nistrului), Ocnița este definită prin ordin baza spitalicească, asigurarea cu utilaj constituie - 81,0%, cu medicamente - 92,0%, cu dezinfectante - 95,0%, cu echipament de protecție - 87,0%. În unele raioane subdiviziunile bazei spitalicești sunt asigurate în volum de 25 - 50% din necesități. În unele secții desemnate necesită reparație capitală sau curentă.

BDA, ca boli cu mecanism de transmitere fecal-oral, sunt boli social determinate și depind în primul rând de molipsirea biologică a componentelor de bază a mediului ambiant.

În a. 2010, din 3227 surse centralizate subterane de alimentație cu apă, au funcționat 64,5% (a. 2009- 61,8%), din ele 53,7% (a.2009 – 56,9%) nu corespund normativelor și regulilor sanitare. Din numărul probelor de apă colectate din obiectele acvatice în locurile de folosire a apei (r. Nistru, Prut, bazinele de apă categoria II) – 41,9%, nu corespund normativelor conform indicilor microbiologici. Este înalt nivelul de poluare a bazinelor de apă în zonele de deversare a apelor reziduale (epurate și neepurate), unde 60,0% (a. 2009- 57,8%), probe de ape reziduale nu corespund cerințelor igienice conform indicilor microbiologici.

În a. 2010 ponderea probelor din produse alimentare (materiei prime) necorespunzătoare constituie - 5,6%, inclusiv carne – 6,4%, păsări, ouă – 3,9%, produse lactate – 6,4%, produse din pește – 6,6%, produse pentru alimentația copiilor – 4,7%. Atragem atenția, că ponderea produselor de import investigate, constituie numai 15,1%. Din 2021 cercetări de laborator necorespunzătoare în 414 au fost depistate Enterobacterii patogene, Proteus, St. Aureus etc.

În cadrul supravegherii sanitare curente în a. 2010 au fost supravegheate 87,6% obiecte (a.2009 – 89,9 %), din ele 8,6% (a. 2009 – 11,1%), nu corespund cerințelor igienice la finele anului, inclusiv: instituțiile pentru copii și adolescenți – 12,2% (a. 2009 – 24,3%), unitățile economice cu profil alimentar – 1,6% (a. 2009 - 2,1%), obiecte comunale – 15,6% (a. 2009 – 18,4%), IMSP – 6,6% (a. 2009 - 8,9%).

Examenul medical al contingentului decretat a fost efectuat la 96,7% (a. 2009 – 95,7%), inclusiv în instituțiile pentru copii și adolescenți – 99,2%, obiecte de alimentație – 96,8%, comunale – 97%, iar instruirea igienică a fost petrecută în 82,4% cazuri (a. 2009 – 91,7%) inclusiv la instituțiile pentru copii și adolescenți – 93,9%, obiecte de alimentație - 76,7%, comunale - 95,4%.

La obiectele cu semnificație epidemiologică sporită se atestă un nivel înalt a poluărilor de muște în încăperi – 50,9%, inclusiv grădinițe – 44,0%, școli – 59,5%, unități de alimentație – 51,9%. Activități de combatere a populațiilor de muște în focare de BDA au fost efectuate numai în 196 cazuri (1,0% din numărul focarelor anchetate).

În a. 2010 din 13127 obiecte aflate la evidență măsuri de deratizare cu lipsa rozătoarelor a constituit - 85,4%, numărul obiectelor cu rozătoare în ultimii 3 ani nu a înregistrat nici un progres (în mediu 1525), cea ce menține riscul de agravare a situației epidemiologice la zooantroponoze, inclusiv yersinioza, salmoneloza.

Dezinfecția finală a fost efectuată în 69,7% focare de BDA (a. 2009 – 67,1%).

Problemele de bază în domeniul profilaxiei holerei și BDA rămân a fi asigurarea populației cu apă potabilă de calitate garantată, cu produse alimentare inofensive, crearea condițiilor igienice elementare în instituțiile pentru copii și adolescenți, prevenirea contaminării surselor de apă potabilă și bazinelor acvatice deschise, salubritatea localităților, creșterea culturii igienice a populației.

Fortificarea programelor de informare a populației din mediul rural privind măsurile de prevenire a BDA, necesitatea solicitării asistenței medicale în caz de boală, pericolul autotratamentului, mai ales la copii, dezvoltarea sistemului de

medicină primară etc. poate contribui semnificativ la reducerea surselor de infecție în populație și limitarea răspândirii cazurilor noi de boală.

Măsurile planificate sunt realizabile numai în cazul prezenței cadrelor calificate. Analiza stării de completare cu cadre a Serviciului de Medicină Preventivă denotă că funcțiile (cu persoană fizică) de medic epidemiolog sunt ocupate în - 59,6%, medici bacteriologi – 61,4%. Acest fapt se răsfrânge asupra calității activităților de supraveghere epidemiologică și de laborator. În unele CSP teritoriale lipsește medicul epidemiolog, ori medicul bacteriolog.

Analiza datelor morbidității prin BDA nu indică la creșterea morbidității în urma izbucnirilor. Mai curând sporirea morbidității este legată de creșterea ciclică a morbidității a unor BDA (ca dizenteria), care în anul 2010 a înregistrat cel mai mic indice. Sfârșitul perioadei interepidemică și începutul creșterii morbidității sunt reflectate de pronosticul evoluției BDA pentru a. 2011 și următorii ani.

În scopul prevenirii răspândirii epidemice al BDA, localizarea cazurilor posibile de holeră (de import sau indigene) este necesară organizarea și efectuarea măsurilor profilactice și antiepidemice în volum deplin, la timp și calitativ conform actelor normative, ordinelor în vigoare. Aceste activități sunt prioritare pentru toate instituțiile de asistență medicală primară, spitalicească – pentru depistarea precoce și efectuarea măsurilor antiepidemice primare; instituțiile cu semnificație epidemiologică sporită (de copii, alimentație publică, obiecte comunale etc.) cât și a serviciilor și instituțiilor interesate sub conducerea administrației publice locale în baza documentelor elaborate la nivel teritorial. CSP asigură supravegherea epidemiologică a situației și propune măsuri îndreptate la prevenirea și diminuarea evenimentelor și riscurilor pentru sănătatea publică.

Director general

**Semnătura**

Ion BAHNAREL