



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)

13.03.2012 nr.01-3/721

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  
a.2011 și sarcinile pentru a. 2012.

**Holera.** Situația epidemiologică la holeră în lume rămâne nesatisfăcătoare și este determinată de morbiditatea înregistrată în țările Africii, Americii de Sud 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 țările slab dezvoltate socio-economic, se află în starea reformării, inclusiv a sistemului sănătății publice.

Cazuri indigene, pe fonul prezenței celor de import, se înregistrează și în țările dezvoltate. Spre exemplu, în SUA în anii 2007-2010, au fost înregistrate 37 cazuri de holeră, din ele 6 indigene. În Europa, în a.2010 au fost înregistrate 15 cazuri de holeră (toate de import), inclusiv în Marea Britanie – 8, Germania – 4 (1 – caz de deces), Russia – 3.

În a. 2010 (datele pentru a. 2011 vor fi în luna iunie 2012 pe pagina [www.who.int/wer](http://www.who.int/wer) sau [www.who.int/cholera](http://www.who.int/cholera)) - 48 țări au notificat OMS despre înregistrarea cazurilor de holeră (a. 2008-56, a.2009-45), numărul cazurilor de boală permanent crește, în a.2010 cu 69,7% (a. 2007-177963, a. 2008-190130, a.2009-221216, a.2010-317534). Numărul cazurilor de deces s-a majorat cu 65,6% ( a.2008-5143, a.2009-4946, a.2010-7543).

Rata fatalității a crescut și constituie 2,4%(a.2009-2,2%).

În a.a.2010-2012 decurge o epidemie masivă în Haiti, fiind declarate în a.2010 179379 cazuri, rata fatalității – 2,2%. Ponderea cazurilor de holeră depistate în Haiti constituie 56,6% din cazurile totale în lume. În ianuarie a.2012 au fost înregistrate 526524 cazuri (pronosticul – 800000), spitalizate – 283925(58,9%), rata fatalității – 1,3%.

O izbucnire masivă se atestă în a.2011 în țările limitrofe râului Congo, circa 4 mii cazuri. O mare parte a cazurilor de boală (115106) au fost înregistrate în țările din

Africa. Majorarea numărului de cazuri, se datorează izbucnirilor îndelungate într-un șir de țări ca Congo, Cameroon, Nigeria, etc (unde lucrează și cetățenii RM).

Nivelul înalt a morbidității se înregistrează în țările „turistice” – India, Thailanda, Phillipines, Malasia, etc.

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 (mai mult de 500 mii cazuri anual).

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 nu numai în zonele endemice la holeră, dar și în țările europene, inclusiv țările vecine.

În a.2011 în regiunea Donețk, or.Mariupol (Ucraina) pe parcursul 29.05-29.08.2011, au fost depistate 32 cazuri de holeră și 23 purtători de V.Cholerae O1 sv.Ogava. Din obiectele mediului ambiant (probele de apă din marea Azov, locul devărsării apelor reziduale în mare, râurile Calmius, Calcic, ape reziduale, pește) au fost depistate aceleași tulpini. Ca factori de transmitere a infecției au fost stabilite: peștele, apa de mare, deasemenea factorul habitual de transmitere. Cazuri letale nu au fost semnalate.

Factorii de bază care au contribuit la răspândirea infecției au fost stabilite în contaminarea bazinelor acvatice deschise cu apele reziduale nedezinfectate și filtrația din haznele dislocate pe lângă bazinele acvatice pe fonul nivelului înalt a apelor subterane, cu infectarea ulterioară a peștelui și mării Azov.

În Republica Moldova în ultimii 11 ani nu au fost înregistrate cazuri de holeră la persoane sau depistate tulpini toxigene V. Cholerae O1 din obiectele mediului ambiant.

Totodată în anii 2007-2011, 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, a.2009 - o tulpină V. Cholerae O1, biovar El-Tor, serovar Inaba cu aceleași caracteristici din râul Racoveț r-l Edineț). În a.2011 au fost depistate 2 tulpini V. Cholerae O1, biovar El-Tor, serovar Ogava atoxigene din lacul or.Orhei. 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 obiectele mediului ambiant. În a. 2011 ( pe fonul diminuării numărului probelor colectate și investigate) a scăzut ponderea V. Cholerae non O1 din obiectele mediului ambiant –

18,0% (a.2010-21,2%, a. 2009-28,3%, a. 2008-25,9%), menținând riscul apariției și răspândirii vibrionului holeric patogen (Tabelul 1).

**Tabelul 1. Circulația V. Cholerae non O1 în obiectele mediului ambiant în anul 2011.**

Obiecte	Probe	Tulpine V.Cholerae Non O1	Ponderea
1. Râuri	161	34	21,1
2. Lacuri, iazuri	422	81	19,2
3. Fântâni, apeducte	2	0	0
4. Hidrobionți, mîl	62	13	21,0
5. Ape reziduale a SBI	46	0	0
6. Ape reziduale de canalizare a localităților.	32	2	6,3
7. Produse alimentare (pește)	14	3	21,4
8. Lavaje	10	0	0
Total	749	133	18%

Necătfînd la scădere, la nivel înalt se menține ponderea depistării V. Cholerae non O1 din rîuri –21,1%(a.2010-22,8% a. 2009-30,6 %), lacuri, iazuri – 19,2% (a.2010-29,8%, a.2009-31,9%), pește – 21,4% (a.2010-33,3%, a.2009-27,7%), hidrobionți, mîl – 21% (a.2010-10%, a.2009-30%), ce indirect confirmă 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 6,3%, fapt ce confirmă nivelul jos al morbidității populației prin infecția NAG.

În structura investigațiilor, ca și în a. 2010, predomină investigațiile din rîuri și lacuri - 77,8% (a.2010-82,7%).

De menționat, că în r-ul Cimișlia (ca și a.a.2009-2010), r-le Glodeni, Leova, Nisporeni, Soroca, Ștefan-Vodă investigațiile la holeră nu au fost efectuate. În r-le Criuleni, Vulcănești, Dondușeni a fost efectuat un număr scăzut de investigații de laborator. În mun. Chișinău au fost efectuate investigații de 2 ori mai puține decît în raionul Telenești. În 13 teritorii rezultatele investigațiilor microbiologice la holeră au fost negative. În 2 teritorii ponderea depistării V.Cholerae non O1 din probele investigate constituie 50% și mai mult: r-l Cahul-50%, r-l Căușeni-59,1%. Un volum mare de investigații au fost efectuate în r-le Telenești, Anenii-Noi, Drochia, Briceni. 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 – 4680 (4721 în a. 2010, 5340 în a. 2009). În structură, ca și în anii precedenți, predomină persoanele internate în azilurile pentru bătrâni, staționările de psihiatrie –89,1% (a.2010-84,0%, a. 2009-71,5%). Din aceste

contingente în r-l Orhei au fost depistați 2 bolnavi cu infecția NAG. Ponderea bolnavilor de BDA cu exicoză, toxicoză investigate constituie – 9,9% (a.2010-0,5%, a. 2009-13,7%), bolnavi cu infecția NAG nu au fost depistați.

Este necesar de a efectua minuțios stabilirea diagnosticului, selectarea, diferențierea bolnavilor de BDA cu exicoză, toxicoză pentru examenul microbiologic ulterior la holeră. În 17 teritorii cu aceste sindromuri nu s-a investigat nici un bolnav, iar în r-l Drochia au fost investigați la holeră 199 bolnavi, ce constituie circa 70% 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 sunt investigați cetățenii străini, imigranții nelegali cu excepția unui caz în r-l Drochia. În cazuri unice sunt examinați 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.

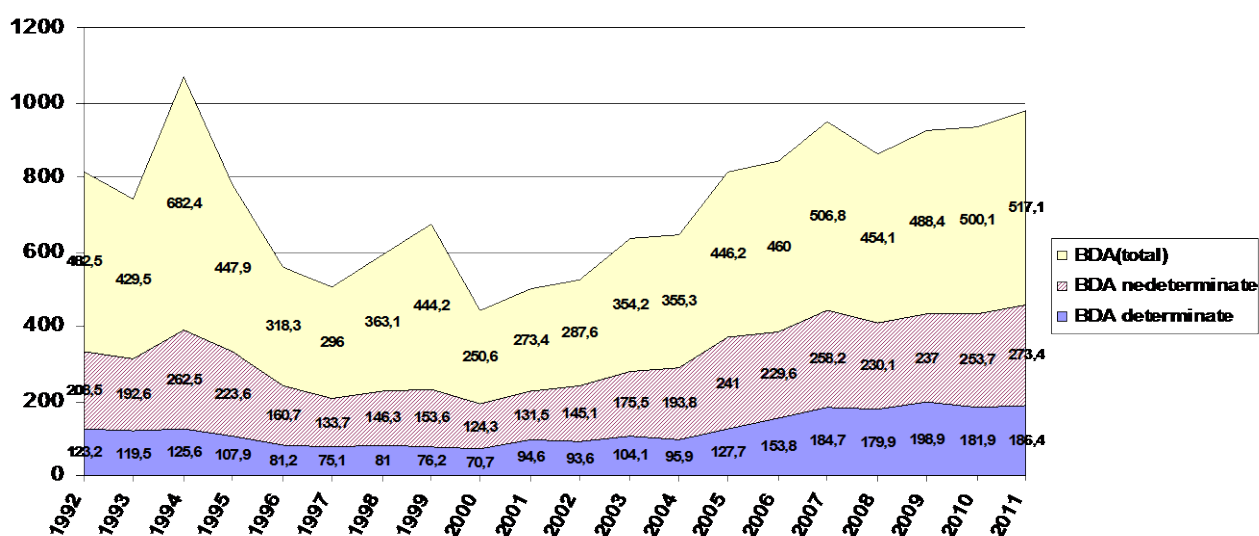
În a. 2012 se menține posibilitatea reală de apariție a cazurilor indigene de holeră, iar riscul importului holerei există permanent.

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

În structura bolilor infecțioase parazitare, bolile diareice acute stabil ocupă locul III, după infecțiile respiratorii acute și parazitare (helminthiaze), fiind înregistrate 18378 cazuri.

În a. 2011, morbiditatea sumară prin BDA în RM a fost în creștere - până la 517,1 la 100mii, deci cu 3,4% comparativ cu a.2010, (a. 2007-510,2 la 100 mii populație, a. 2008-453,6, a. 2009-488,4, a.2010-500,1) 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 1992 – 2011**



Creșterea continuă a incidenței se atestă la enteritele rotavirale (în a.2008 - de 4,9 ori, a. 2009 de 2,8 ori, a.2010 cu 22,2%, a.2011 cu 23,3%) și 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.

Ponderea BDA cu etiologie nedeterminată în structura BDA constituie 52,9%, deci la 10 mii bolnavi (9737) agentul cauzal nu a fost stabilit. Această situație, pe fonul scăderii morbidității prin febra tifoidă și paratifoidă, dizenterie, salmoneloze, yersinioze, nedepistării campilobacteriozei, indică la scăderea vigilenței lucrătorilor medicali spre suspectarea acestor boli, inclusiv de etiologie virală, utilizarea limitată a metodelor de laborator, deasemenea la prezența lacunelor în folosirea definițiilor standart de caz, stabilirea diagnosticului clinic primar, colectarea și transportarea biosubstratelor la CSP teritoriale, cât și problemelor în organizarea anchetării epidemiologice operative și calitative a focarelor.

În 14 teritorii administrative morbiditatea prin BDA cu etiologie nedeterminată s-a majorat cu 20,40%. În mediu pe RM, corelația dintre BDA cu etiologie determinată și BDA cu etiologie nedeterminată constituie 1:1,5, în unele teritorii (ca și în a.2009-2010) aceasta corelație este alarmantă (r-le Drochia 1:17, Glodeni 1:22, Telenești 1:4). În același timp, în unele teritorii situația este pozitivă, ca exemplu în r-le Cantemir – 1:0,2, Călărași-1:0,1, Dondușeni 1:0,55. 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 se suspectă clinic infecția rotavirală. Este necesar utilizarea doar a diagnosticurilor, inclusiv al BDA, stabilite în CIM-X, îndeosebi 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 a.2011, a continuat tendința majorării morbidității în mediul populației urbane (733,9) comparativ cu populația rurală (390,7) – de 1,9 ori (a.2009-1,5, a.2010-1,6).

Situația dată denotă menținerea adresabilității scăzute a populației de la sate după asistență medicală în cazul BDA pe fonul activizării factorilor de risc în municipii și orașe (aglomerarea populației, densitatea înaltă în instituțiile pentru copii și adolescenți, asigurarea centralizată al produselor alimentare, etc). Fortificarea 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, după creșterea pondereii copiilor 0-17 ani (a. 2007-71,1%, a. 2008-74,8%, a. 2009-75,7%) în ultimii 2 ani situația s-a schimbat și ponderea copiilor 0-17 ani constituie în a.2010-70,5%, a.2011-69,7%.

Cel mai afectat grup de vârstă sunt copii până la 2 ani – 63,0% (a.2009-52,7%, a.2010-63,6%) sau 63,0 la 1000 copii (a. 2009-85,3, a.2010-75,5), urmați de grupul de vârstă 3-6 ani-19,0%, (a.2010-17,7%, a. 2009-12,2%) sau 16,7 la 1000 copii (a. 2009-15,1, a.2010-15,7).

Din copiii de vârstă 3-6 ani, bolnavi cu BDA instituționalizați sunt 60,5% (a.2010-58,1%, a. 2009-58,0%), ce indică la menținerea îndelungată a neajunsurilor severe în respectarea regimului sanitaro anti-epidemic în instituțiile preșcolare.

Rămâne actuală problema morbidității copiilor primului an de viață, ponderea lor în structura morbidității sumară prin BDA constituie – 20,4% (a. 2010- 26,8%), iar printre copiii de 0-17 ani-29,3%. 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 al investigațiilor de laborator, tactica unor staționare 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 cu cazurile letale se propune de a recomanda conducerii IMSP teritoriale să informeze CSP despre cazurile de deces, unde figurează diagnosticul din grupa BDA.

Analizând măsurile în focarele epidemice de BDA putem constata, că în a.2011, în CSP teritoriale au fost primite 21834 fișe de notificare urgentă (fr.058/e) cu diagnoze primare din grupa BDA. Ca diagnoze finale au fost raportate 18378 cazuri de BDA, deci 15,8% diagnoze au fost anulate.

La 37,5% bolnavi cu diagnozele primare, diagnozele au fost confirmate de laborator, 81,4% bolnavi au fost spitalizați. Atragem atenție la nivelul scăzut de investigare a persoanelor contacte (0,6 la un bolnav) și respectiv numărul mic a bolnavilor (purtătorilor) depistați – 0,01 la 1 contactat.

Conform diagnozelor primare au fost anchetate epidemiologic 82,4% focare (17990), sursa de infecție a fost stabilită numai în 2,1% focare, factorii de transmitere – 53,4%. Focare unice (cu 1 caz) constituie – 95,9%, cu 2-4 cazuri (focare multiple) – 2,5%, din ele 7,5% - cu cazuri secundare (repetate). Deci, rămâne actuală volumul și calitatea lucrului în focare de BDA.

În ultimii ani nu se înregistrează o diferență sezonieră exprimată la BDA. Nivelul înalt a morbidității se înregistrează 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 în orice timp.

În legătură cu schimbarea Fr.nr.2 aprobată prin ordinul MS RM nr.70 din 09.08.2011, atragem atenție că în tab.19 a „Pașaportului laboratorului microbiologic” trebuie să fie incluse și descifrate escherihiozele (nr.rînd 13-14) enteritele, colitele, gastroenteritele provocate de agenți determinați și intoxicați (toxiinfecții) alimentare provocate de agenți determinați incluse în Fr.2. Datele despre escherihioze în fr.2 trebuie să fie identice datelor din tab.19 a pașaportului.

## Salmoneloze.

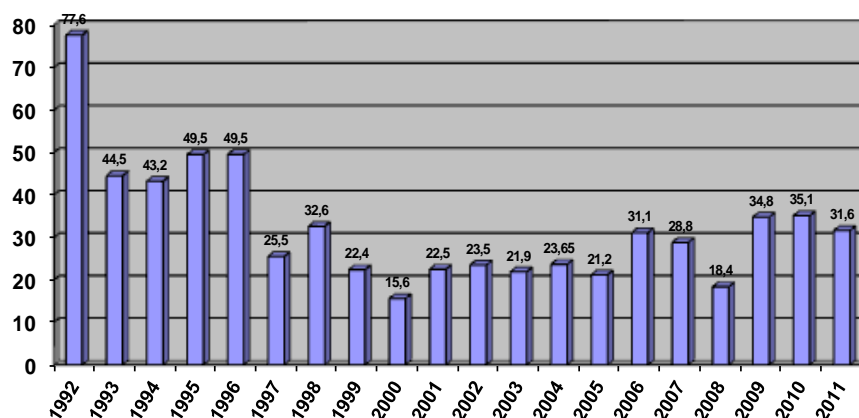
După scăderea continuă în a.2006-2008 (a.2008-18,4), morbiditatea prin salmoneloză în a.2009-2010 s-a majorat pînă la 35,1 în a.2010. În a.2011 morbiditatea relativ a scăzut pînă la 31,6 la 100 mii (9,8%). Începînd cu a.2009, morbiditatea prin salmoneloză depășește morbiditatea prin dizenterie (a.2009 - de 1,4ori, a.2010 - de 2,4ori, a.2011- de 4,4ori), ce nu s-a semnalat în anii precedenți și indică la scăderea reală a morbidității prin dizenterie.

Creșterea morbidității se atestă în 12 sau 32,4% teritorii administrative, în 9 teritorii morbiditatea s-a micșorat pînă la cazuri unice. Nivelul mediu pe țară a morbidității prin salmoneloze este depășit în 14 teritorii administrative, de la 1,1 pînă la 2,2 ori, mai ales în r-le Rezina, Orhei, Strășeni, Soroca, Sîngerei, etc, și este determinat cât de înregistrarea izbucnirilor epidemice și focarelor multiple de salmoneloză atât și de creșterea morbidității sporadice.(Figura 2)

Cel mai înalt nivel a fost înregistrat în r-l Rezina 68,25, în lipsa izbucnirilor și prezența a numai 2 focare multiple.

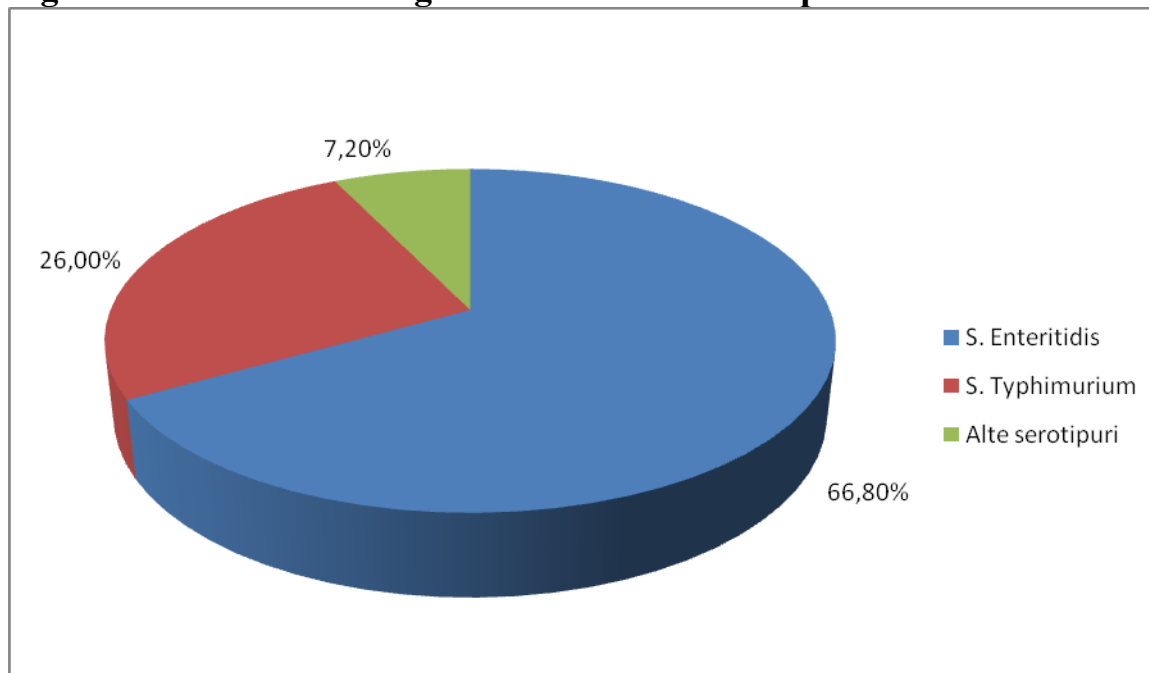
În același timp, în r-l Cantemir în anii 2010-2011 nu a fost înregistrat nici un caz de salmoneloză, ce dictează necesitatea analizei detaliate a situației la fiecare etapă de supraveghere.

**Figura 2. Nivelul morbidității prin salmoneloze în Republica Moldova (a.a.1992-2011)**



În a.2011 au fost identificate 30 serotipuri de salmonele (a.2010-29, a.2009-34, a.2008-27a. 2007–30), ca și în anii precedenți, predominante sunt S. enteritidis – 66,8% și S. typhimurium – 26,0%. (Figura 3).

**Figura 3. Structura etiologică a salmonelozelor depistate la om în a. 2011.**



După o perioadă de scădere a ponderii *S. enteritidis* în structura etiologică a salmonelozelor, în ultimii ani se atestă o creștere relativă, ce poate indica la activizarea potențialului caii alimentare de transmitere a infecției, în primul rând, prin folosirea cărnii de pasăre și ouălor. Creșterea morbidității indirect se confirmă și prin creșterea depistării purtătorilor de salmonele. Salmonelele au fost depistate la 8 persoane încadrate și 19 persoane investigate la încadrarea în lucru la unitățile de alimentație publică (a. 2009 – la 11 și 11 respectiv, a.2010-la 7 și 19), deci în total la 27 persoane, din 42456 (a.2010-38227) persoane investigate.

În ultimii ani se depistează tulpini (serovare) rare sau care nu au fost identificate în anii precedenți (în a. 2009 – *S. Sinfrost*, *S. Falkensce*, *S. Shuburu* etc., a.2010-*S.Aba*, *S.Dielfa*, a.2011-*S.Kimuenza*, *S.Alexanderpolder*), ce indică la importul posibil 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. Continuă circulația în rândul populației a *S.bovismorbificans*, *S.gallinarum*.

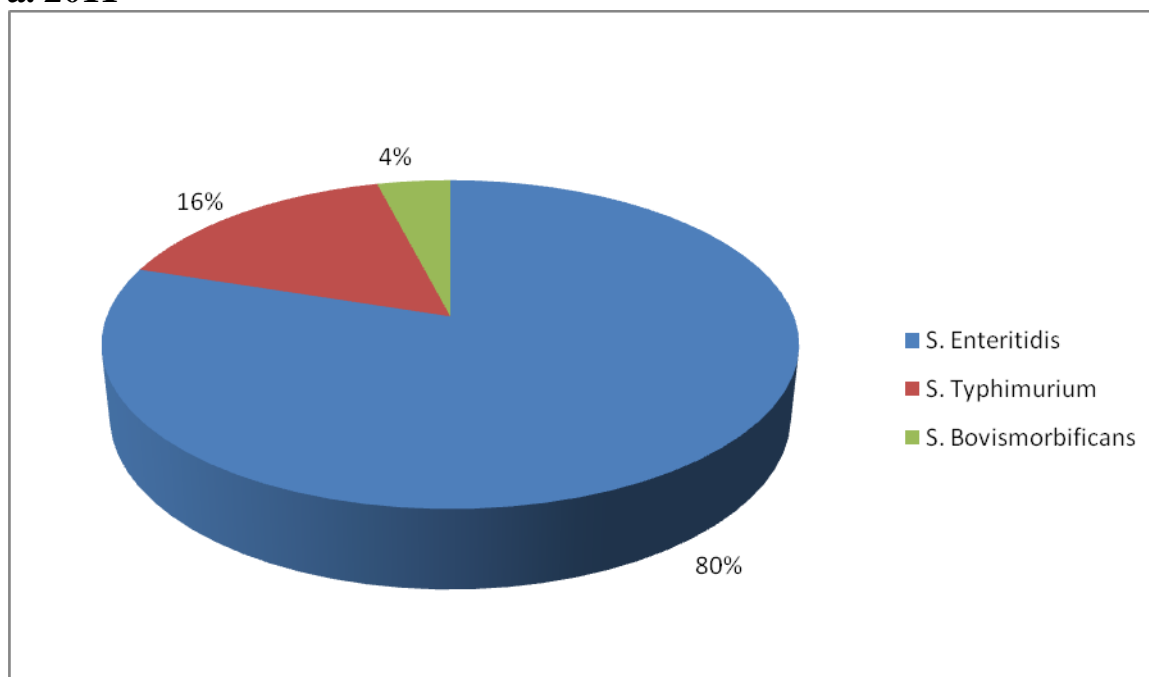
Salmoneloza este unica nozologie din grupul BDA, în structura de vârstă unde predomină adulții, în a. 2011, ponderea lor constituie 57%. Au fost înregistrate 57 (a.2010-70) cazuri de boală la copii până la un an, ce pot fi condiționate parțial de molipsirea intraspitalicească și cer o analiză specială, mai ales la copiii spitalizați în IMSP republicane.

Despre scăderea reală a morbidității indirect indică și scăderea numărului tulpinilor depistate din mediul ambiant. Din probele colectate au fost identificate numai 25 tulpini de salmonele (a. 2008-29, a.2009-46, a.2010-47) a 3 serovariante:



*S. enteritidis* – 80,0% (a.2009-60,9%, a.2010-57,4%), *S. typhimurium* –16,0%, (a.2010-27,7%), *S. bovis/morbificans*-4% (fig. 4).

**Figura 4. Structura etiologică a salmonelelor depistate în mediul ambiant în a. 2011**



Se atestă o corelare a circulației tulpinilor la om și în mediul ambiant. Din produsele alimentare au fost depistate 80,0 % (a.2010-68,1%) tulpini din care 90,0% din probele de carne și produse din carne.

Alte 5 tulpini au fost depistate: din apele de suprafață -3 (12%), inclusiv 1 de *S. bovis/morbificans* și 2 din lavaje în focarul familial. Tulpini au fost depistate numai în 10 teritorii administrative, în primul rând mun. Chișinău-6, r-le Criuleni-5, Fălești-4, Orhei-3, Edineț-2, etc.

Conform datelor Centrului republican de diagnostică veterinară, în a.2009-2011 a scăzut numărul tulpinilor de salmonele depistate de Serviciul Sanitar-Veterinar de Stat: a.2009-49, a.2010-24, a.2011-16. Structura etiologică e alta: *S. gallinarum*-52,8%, tulpini neidentificate (fără serovar)-24,7%, *S. enteritidis*-12,4%, *S. choleraesuis*-7,9%, *S. typhimurium*-2,2%.

În structura materialului patologic predomină: pui-47,2%, porcine-10,1%, rațe, albini - cîte-9%, găini-14,6%, boboci-5,6%, în cazuri unice – vițel, curcani, embrioni de găină. Atrage atenție nivelul scăzut a salmonelelor depistate de serviciul veterinar care se ocupă cu inofensivitatea produselor alimentare și controlul lor.

În a. 2011, au fost înregistrate 13 izbucniri epidemice de salmoneloză (în a.2010-14, 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 2005-2011, sumar – 30), 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. 2011- 2 (a.2010-2). Ca

agenți cauzali au fost identificate *S.enteridis*, *S.typhimurium*, *S.blegdam*, *S.hadar*. Factorii de transmitere – produsele din carne și ouăle.

Cauzele principale ale izbucnirilor sunt folosirea materiei prime infectate, implicarea în pregătirea bucatelor a purtătorilor de salmonelă (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 salmonelozelor la copiii transferați din staționările somatice teritoriale (la spitalizarea copiilor de 0-2 ani).

În a. 2011, lucrul în domeniul implementării în IMSP a definițiilor standard de caz și a diagnosticului clinic diferenciat practic s-a stopat. Din 1127 cazuri cu diagnoza finală „Alte salmoneloză” numai 30,0% au fost cu diagnoza primară de salmoneloză (a. 2009- 41,5%, a.2010-48,5%).

Ponderea confirmării de laborator a diagnozelor primare permanent crește și constituie-91,3% (a.2010-89,1%, a.2009- 84,8%, a. 2008- 79,9%). A scăzut ponderea persoanelor spitalizate cu diagnoza primară de salmoneloză și constituie 80,5% (a. 2007-2008- 79%, a. 2009- 89,1%,a.2010-87,5%).

Anchetarea epidemiologică a focarelor (cu diagnoză primară salmoneloză) a fost efectuată în 100,0% (a.2009-94,8%, a.2010-95,8%), fiind investigate prin metode de laborator 785 persoane de contact (2,3 persoane într-un focar), din ele 33- (4,2%) de persoane au fost apreciate ca bolnavi (purtători) – (a. 2009-7,2%, a.2010-3,4%).

De rând cu izbucnirile epidemice de salmoneloză, au fost înregistrate 77 focare multiple (în a.2009-70, a.2010-82) ce confirmă situația epidemiologică nefavorabilă în a. 2011, din ele 11 - cu cazuri secundare (calitatea anchetării și măsurile întreprinse).

### **Febra tifoidă și paratifoidă.**

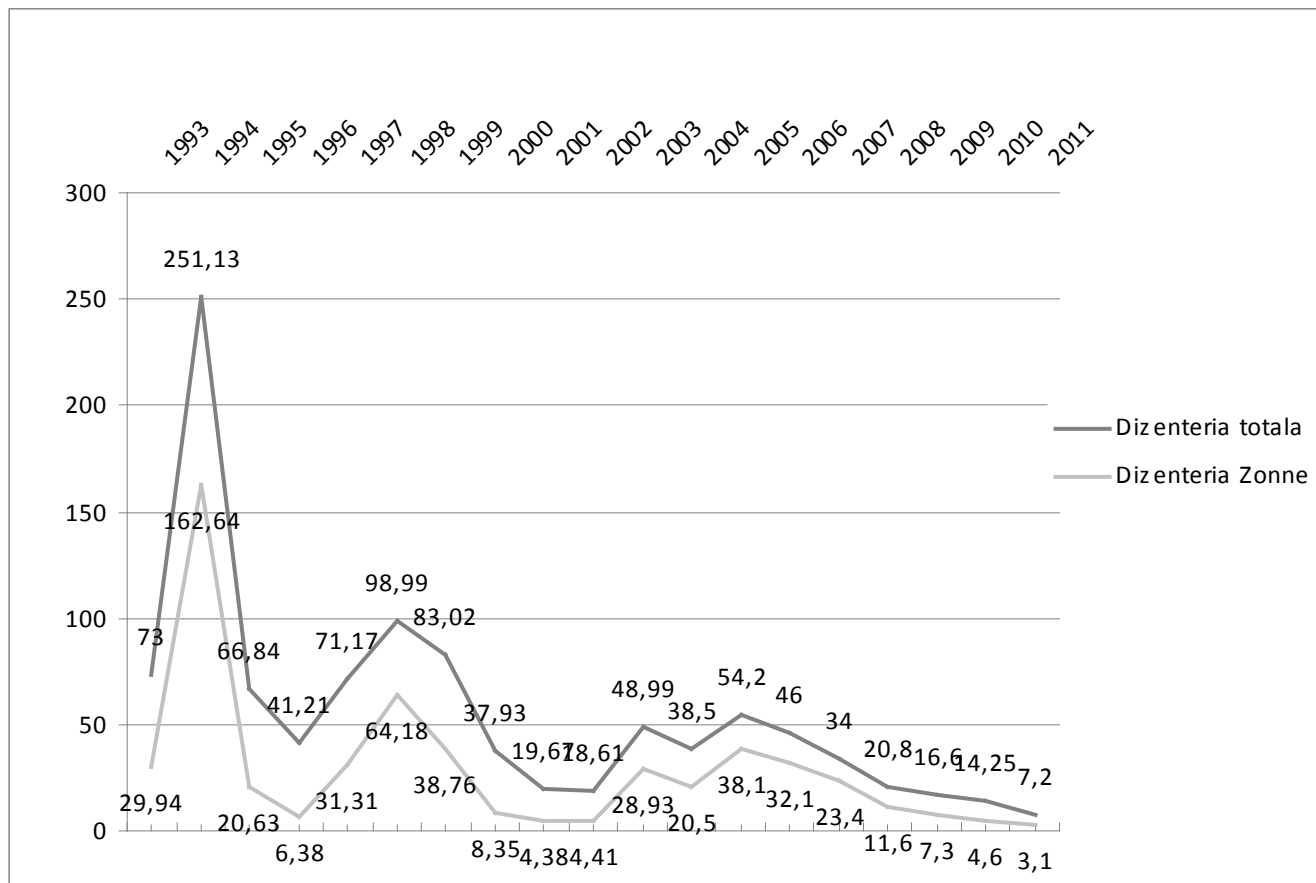
Situația epidemiologică la febra tifoidă și paratifoidă, ca și în anii precedenți, a fost stabilă, nu s-a înregistrat nici un caz de boală. Totuși este necesar de a atenționa specialiștii asistenței medicale primare la utilizarea definițiilor de caz de boală respective, evidența strictă a purtătorilor cronici de *S. Typhi* în CSP și IMSP, efectuarea diagnosticului diferențial cu prelevarea probelor pentru examenul de laborator (sânge la hemocultură) în cazuri suspecte. În luna ianuarie a.2012, în mun.Chișinău au fost depistați 2 bolnavi (cazuri de import) cu febra paratifoidă A (diagnoza a fost confirmată serologic și clinico-epidemiologic), importată din țările europene. Sânge pentru investigații a fost colectat cu întârziere, pe fonul temperaturii înalte, diagnozele primare – „IRVA”, „angină”, „bronșită”, etc. Este necesar majorarea vigilenței lucrătorilor medicali (medici de familie) în domeniul suspectării acestor boli cu efectuarea investigațiilor de laborator.

### **Dizenteria.**

Morbiditatea prin dizenterie, după o ultimă creștere ciclică esențială în a. 2005 (70,6 la 100 mii), în a.a. 2006-2011 a înregistrat o tendință de diminuare – 43,9; 33,0; 20,8, 16,6 și 7,2 respectiv (Figura 5).

Scăderea morbidității, este determinată de scăderea dizenteriei Sonnei (în a. 2011 cu 32,3%), 64,6% (ca și în anii precedenți) prezintă biovariantele 2g și 2e, care au un potențial epidemic înalt și în anii 1980-2000 au determinat creșterea cíclică a morbidității. Ponderea dizenteriei bacteriologic confirmate constituie 83,2% (a.2010-56,7%).

**Figura 5. Dinamica multianuală a morbidității prin dizenterie în RM în anii 1993-2011**



În 12 teritorii administrative (a. 2010-14), morbiditatea s-a majorat nesemnificativ - de la 1 până la 5 cazuri, cu excepția r-l Ungheni unde a crescut de 3,4 ori, din contul izbucnirii habituale.

Incidența prin dizenterie, provocată de Sh.Sonnei (cu potențial epidemic) este numai cu 9,1% (a.2010 – de 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 scăzut cu 17,3% (a.2009-2010-creștere la 19%).

În structura etiologică a Sh. Flexneri, ca și anii precedenți, predomină serovarianta Sh. Flexneri 2a – 45,2% (a.2010- 54,1). N-au fost depistate cazuri de dizenterie cauzate de Sh. Dizenteriae și Sh. Boidi în ultimii 4 ani. În mediul ambiant nu au fost identificate tulpini de shighele (a.2010-2).

În structura de vârstă, predomină copiii 0-17 ani – 61,3%(a.2010-75%), din ei copiii 0-2ani – 36,9% (a.2010-43,6%). Dintre copiii de 3-6 ani, ponderea copiilor din

instituțiile preșcolare constituie – 63,0%. Au fost înregistrate numai 7 purtători de shighele, toți sunt adulți (a. 2010 – 9).

În ultimii ani, de rând cu morbiditatea, scade și numărul persoanelor bolnave (purtătoare) depistate activ – 5 din rândurile persoanelor investigate la încadrare în câmpul muncii și deja încadrate (a. 2009-6, a.2010-4).

În a. 2011 a fost înregistrată o izbucnire epidemică de dizenterie în r-1 Ungheni, s.Măcărești provocată de Sh.Flexneri cu calea habituală de transmitere. Au fost depistate focare multiple – 18, inclusiv 4 cu cazuri repetate, ce mențin potențialul epidemic.

Diagnosticul clinic diferenciat la dizenterie, în comparație cu salmoneloza a fost la un nivel mai înalt. În 256 cazuri cu diagnoza finală „dizenterie” 374 au fost cu diagnoza primară „dizenterie”, din ele cu confirmare de laborator – 48,7% (a.2010 – 56,2%). Au fost spitalizați 87,2% (a.2010-85,2%) bolnavi cu diagnoză primară respectivă. Ponderea focarelor anchetate constituie – 92,5% (a. 2009 – 83,7%, a.2010-80,5%), practic au fost anchetate focarele unde bolnavii au fost spitalizați. Permanent scade numărul persoanelor contacte investigate – 1,1 la un focar (a.2010-1,7, a. 2009 – 2,0, a. 2008 – 2,4, a. 2007 – 3,3), în rândul lor au fost depistați 19 bolnavi (purtători), ce constituie – 2,7% (a.2010-3,7%).

### **BDA cu etiologie determinată și nedeterminată**

În ultimii 5 ani se înregistrează o creștere permanentă a morbidității prin BDA cu etiologie determinată (a.2005- 127,2, a.2008- 179,9, a. 2009- 198,3, a.2010-181,9), 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. În a. 2011 morbiditatea s-a majorat până la 186,4, deci cu 2,5%.

În a.2011 s-a schimbat Fr.nr.2, inclusiv în domeniu evidenței BDA cu etiologie determinată, care la moment constituie suma rubricilor „Esherichioze total”, „Enterite, Colite, Gastroenterite provocate de agenți determinați” și „Intoxicații, toxiinfecțiile alimentare provocate de agenți determinați”. Morbiditatea prin esherchioze în a.2011 a constituit 22,32, ce-i de 3,1 ori mai mare decât morbiditatea prin dezinterie. Ponderea esherichiozelor provocate de E.Coli enterohemoragică constituie 29,3%. Ponderea copiilor 0-17 ani este mai înalt decât la alte BDA și constituie 81,0%. Atragem atenție la problemele apărute cu înregistrarea, evidența și raportarea (în Fr.nr.2) a escherichiozelor în 13 teritorii nu a fost înregistrat nici un caz de boală, ce pare neverosimil.

În același timp, în 15 teritorii, indicii sunt mai mari decât media pe țară, mai ales în r-le Comrat-de 4,2ori, Anenii-Noi-de 3,6ori, Nisporeni-de 3,1ori,etc.

Atragem atenție la răspândirea epidemică în țările europene în lunile mai-iulie a.2011 a E.Coli O104:H4 hemoragică. Conform informației Biroului European OMS, până la 22.07.2011 au fost înregistrate 4075 cazuri cu 50 decese în 16 țări. Majoritatea cazurilor au fost înregistrate în Germania (în primul rând de Nord) – 3935 (96,6%), în alte țări – legate cu călătoriile în Germania sau contactul cu bolnavii. La BE OMS se înregistrează separat cazurile de infecție provocată de E.Coli 0104:H4 și sindromul hemolitic-uremic (SHU), respectiv fiind înregistrate 3167 (16 letale) și 908 cazuri (34 letale). Calea de transmitere alimentară, în unele cazuri contact

habitual. Sursa de infecție și factorii concreți de transmitere încă nu s-au stabilit, dar rolul principal îl joacă legumele, boboasele inclusiv importate folosite fără prelucrare termică. Cazuri de import sau indigene a acestei infecții în RM nu au fost înregistrate.

Un indicator nefavorabil, prezintă înregistrarea permanentă a cazurilor de contaminare intraspitalicească a BDA: în a. 2011- 3 cazuri (a. 2007- 3, a. 2008- 13, 2009 – 30, a.2010-20) ce au avut loc în mun. Bălți. Ca factori etiologici au fost depistați *Pseudomonas*, și asociații ai florei condiționat patogene (FCP).

În a. 2011, la nivel înalt a rămas numărul copiilor de până la o lună afectați de BDA cu etiologie determinată-144 cazuri (a. 2007- 152, a. 2008- 162, a. 2009- 185, a.2010-192), ce indirect indică la lucrul insuficient a școlilor mamei și copilului, maternităților în domeniul profilaxiei BDA, în primul rând, în mun. Chișinău, r-le Taraclia, Ștefan-Vodă, etc.

Ca moment pozitiv se apreciază creșterea până la 96,4% a cazurilor diagnosticate prin metoda cantitativă (a.2009-70,9%, a.2010-77,1%), în r-l Cimișlia această metodă nu este folosită.

În structura etiologică a BDA cu etiologie determinată, ca și în anii precedenți, predomină *Klebsiela* – 13,9%, asociații a FCP – 13,5%, *Escherichia* – 12,4%, *Enterobacter* – 12,4%. Nu s-au depistat tulpini de *Campylobacter*, *Cedecea*, *Aeromonas*, *Pasteurella* (ca și în anii precedenți), însă a fost identificate tulpine de *Kluyvera*, *Erwinia*, *Proteus rettgeri*.

În a. 2011, la CSP au fost primite 20927 fișe urgente primare (F- 058/e) despre depistarea bolnavilor cu diagnoze primare „enterite, enterocolite”, etc, din ele 35,8% (a. 2009 – 38,8%, a.2010-36,2%) confirmate de laborator, în 82,0% (a.2009- 75,9%, a.2010-81,3%) bolnavi au fost spitalizați.

Ponderea focarelor anchetate epidemiologic a constituit 81,9% (a. 2009-80,6%, a.2010-88,2%). În focarele anchetate au fost examinate numai 11811 persoane contacte sau 0,7 la un focar (a.2009 – 0,7, a.2010-0,8), fiind 146 bolnavi (purători). Au fost înregistrate 307 (a. 2009 – 289, a.2010-292) focare multiple (cu 2-4 cazuri-inclusiv 16 cu cazuri repetate) și 9 izbucniri epidemice. Din ele 4 izbucniri au fost cu calea alimentară, factorul etiologic *St. Aureus*, o izbucnire cu calea habituală, factorul etiologic *E. coli* enterohemolitică; câte o izbucnire a avut loc la grădiniță și la tabăra de odihnă. La o izbucnire flora condiționat patogenă a fost depistată ca floră secundară (infecție mixtă). Au fost înregistrate 2 izbucniri cu calea alimentară, ambele în mun. Chișinău, fără depistarea agentului cauzal.

În total, ponderea BDA cu etiologie nedeterminată în structura BDA constituie 52,9% (9737 cazuri) și pe fonul scăderii morbidității prin febra tifoidă și paratifoidă, dizenterie și salmoneloze, indică la scăderea vigilenței lucrătorilor medicali spre suspectarea acestor boli, inclusiv virozelor, informarea operativă a CSP, utilizarea limitată a metodelor de laborator, deasemenea la prezența lacunelor în folosirea definițiilor standard de caz, stabilirea diagnosticului clinic primar, colectarea și transportarea biosubstratelor necesare la CSP teritoriale, cât și problemele în organizarea anchetării epidemiologice operative și calitative a focarelor.

## **Yersinioză**

Se înregistrează o scădere relativă a morbidității prin yersinioză, până la 0,9 în a. 2011 (a.2010-1,12, a. 2009 – 1,32, a. 2008 – 1,02, a. 2007- 0,86). Majoritatea cazurilor de boală au fost înregistrate în mun. Chișinău – 23, r-le Anenii Noi-5, Orhei, Cahul, Șoldănești, Criuleni – câte 1. 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 (75,0%).

Cazuri de pseudotuberculoză în RM în a. 2011 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 16,2 la 100 mii populație (a.2010-13,1, a. 2009- 10,7). Majoritatea cazurilor (509 sau 88,2% ), au fost înregistrate în mun. Chișinău (indicele a crescut de la 58,6, până la 64,6 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.

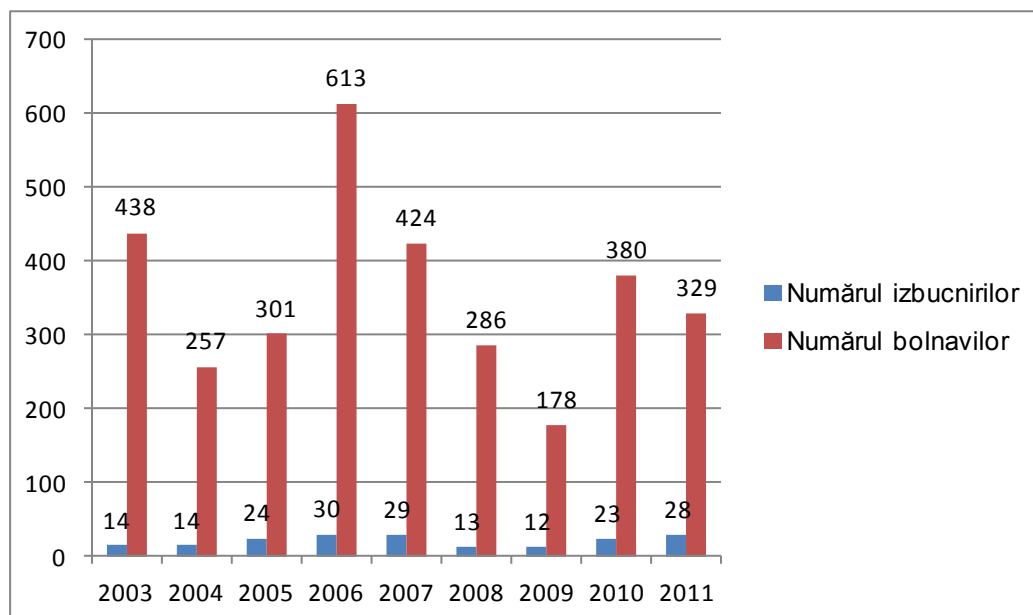
Datele statistice nu reflectă nivelul morbidității real prin această nozologie și necesită realizarea măsurilor suplimentare pentru îmbunătățirea descifrării etiologice a BDA, suspectarea și investigarea cazurilor, introducerea investigațiilor pe teren și încheierea contractelor cu CNSP. Conform datelor OMS, în lume, infecția rotavirală este pe locul întâi ca cauză de diaree gravă la copiii pînă la 5 ani, în a.2004 mai mult de 500,0 mii copii au decedat de la infecția rotavirală.

În a.2011, pentru prima dată în țară, în lunile ianuarie-mai au fost înregistrate 5 izbucniri epidemice de infecție rotavirală cu 54 bolnavi, 4 la grădinițe și 1 la liceu, toate cu calea habituală de transmitere. Focarele au fost înregistrate în mun. Chișinău, r-le Călărași, Orhei, Briceni, Ștefan-Vodă, ce indică la răspîndirea reală a infecției. Specialiștii IMSP și CSP nu au activat calitativ la apariția acestor cazuri.

## **Izbucnirile epidemice de BDA**

Numărului izbucnirilor epidemice cu BDA în anii 2006-2009 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. În a.2011 au fost înregistrate deja 28 izbucniri cu 329 de bolnavi, din ei 264 copii. Din numărul total, 21 izbucniri au fost cu calea alimentară de transmitere, 7 – cu calea habituală (la un caz a fost suspectată calea hidrică), 5 izbucniri cu calea habituală au fost în grădinițe, 1 - la liceu, 1 – în rîndul populației.

**Fig.6 Izbucrile de BDA în anii 2003-2011**



Analiza circumstanțelor de apariție a izbucnirilor cu calea alimentară denotă că 15 din ele au avut loc în condiții casnice, 6 – la întreprinderile de alimentație publică (a. 2009 – 5, a.2010 - 9). 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. 2011, ca și în anii precedenți 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 constata, că nu în 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.

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, stării sanitare a obiectivelor cu risc epidemiologic sporit.

În a. 2011, din 3236 surse centralizate subterane de alimentație cu apă, au funcționat 66,4% (a. 2010- 64,5%), din ele 53,3% (a.2010 – 53,7%) nu corespund normativelor și regulilor sanitare. Ponderea probelor apei ce nu corespund regulilor conform indicilor microbiologici constituie: fântâni-36,9%, apeductele instituțiilor de copii-18,7%, apeducte rurale-14,1%. Din numărul probelor de apă colectate din obiectele acvatice în locurile de folosire a apei (r. Nistru, Prut, bazinele de apă categoria II) – 44,7% (a.2010-41,9%), 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 58,6% (a. 2010- 60,8%), probe de ape reziduale nu corespund cerințelor igienice conform indicilor microbiologici. Starea sanitară a solului conform parametrilor microbiologici este nesatisfăcătoare, ponderea probelor neconforme 10,9%, inclusiv în zona rezidențială-13,3%, în zona surselor de apă-11%, în instituții preșcolare 8,2%.

În a.2011 ponderea probelor de produse alimentare (materie primă) necorespunzătoare constituie - 5,2% (a.2010-5,6%), inclusiv carne – 4,8%, păsări, ouă – 3,5%, produse lactate – 5,5%, produse din pește – 6,6%, produse pentru alimentația copiilor – 1,4%. Volumul produselor alimentare rebutate constituie 496774,6kg. 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. 2011 s-au aflat 94,6% obiecte (a.2010 – 87,6 %), din ele 4,6% (a. 2010 – 8,6%), nu corespund cerințelor igienice la finele anului, inclusiv: instituțiile pentru copii și adolescenți – 13,1% (a. 2010 – 12,2%), unitățile economice cu profil alimentar – 2,2% (a. 2010 – 1,6%), obiecte comunale – 15,0% (a. 2010–15,6%), IMSP – 5,0% (a. 2010 - 6,6%).

Examenului medical al contingentului decretat au fost supuse la 96,7% personal (a. 2010 – 96,7%), inclusiv în instituțiile pentru copii și adolescenți – 98,8%, obiecte de alimentație – 97,6%, comunale – 96%, iar instruirii igienice 93,6%, (a. 2010 – 82,4%)inclusiv la instituțiile pentru copii și adolescenți – 95,7%, obiecte de alimentație – 96,2%, comunale – 95,5%. Necăutând la indicele înalt al instruirii igienice, în multe cazuri se depistează cunoștințe insuficiente, la personalul contingentelor decretate, mai ales în domeniul efectuării măsurilor profilactice și antiepidemice.

În a.2011 a fost exclusă o tabelă din Fr.18 despre poluarea cu muște. În anii precedenți acest lucru, inclusiv în focarele de BDA, se efectua necalitativ, poluarea cu muște la obiectivele cu semnificație epidemiologică constituie 50-60%.

În a. 2011, din 13295 obiecte aflate la evidență, măsuri de deratizare cu lipsa rozătoarelor s-au efectuat la 83,8% (a.2010-85,4%), numărul obiectelor cu rozătoare în ultimii 4 ani (a.2011-1634) s-a diminuat (în mediu 1530), ceea ce menține riscul de agravare a situației epidemiologice la zooantroponoze, inclusiv yersinioza, salmoneloză.

Dezinfecția finală a fost efectuată în 73,3% focare de BDA (a. 2009 – 67,1%, a.2010-69,7%). În total, starea sanitaro-igienică în țară poate fi apreciată ca nefavorabilă.

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.

Totodată măsurile planificate sunt realizabile numai în cazul prezenței cadrelor calificate. Analiza stării de completare cu cadre a Serviciului de Sănătate Publică denotă că funcțiile (cu persoană fizică) de medic epidemiolog și bacteriologi sunt ocupate în 60%. Acest fapt se răsfrânge asupra calității activităților de supraveghere epidemiologică și de laborator. În unele CSP teritoriale lipsește medicul epidemiolog sau 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 unor BDA (ca dizenteria), care în anul 2011 a înregistrat cel mai mic indice. Sfârșitul perioadei interepidemică și începutul creșterii morbidității sunt reflectate în pronosticul evoluției BDA pentru a. 2012 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

Ex.V.Sliusari  
574-554