



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA  
CENTRUL NAȚIONAL DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

---

MD 2028, mun. Chișinău, str. Gh. Asachi 67A, Tel. +373 22 574 501; Fax. + 373 22 729 725,  
<http://www.cnspl.md>, e-mail: [anticamera@cnspl.md](mailto:anticamera@cnspl.md), [cnspl@cnspl.md](mailto:cnspl@cnspl.md), IDNO 1007601001123

22.03.2013 Nr.08a-2/3-726

La nr. \_\_\_\_\_ din \_\_\_\_\_

Medicilor șefi ai CSP

Cu privire la situația epidemiologică  
la holeră și bolile diareice acute în  
a.2012 și sarcinile pentru a. 2013.

**Holera.** Situația epidemiologică la holeră în lume rămâne nesatisfăcătoare și este determinată de morbiditatea înregistrată în țările Africii, Bazinul Mării Caraibice, 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, inclusiv cele ce se află în proces de reformare a sistemului de sănătate publică.

Cazuri indigene de rând cu cele de import se înregistrează în unele țări dezvoltate. În 2007-2011 din 79 cazuri de holeră înregistrate în SUA, 8 au fost indigene. În Europa, în a.2011 au fost înregistrate 37 cazuri de holeră de import, inclusiv în Marea Britanie – 32, Germania – 4, Franța – 1, Suedia – 1, Ucraina – 33.

În a. 2011 (datele pentru a. 2012 vor fi în luna iulie 2013 pe pagina [www.who.int/wer](http://www.who.int/wer) sau [www.who.int/cholera](http://www.who.int/cholera)) - 58 țări au notificat OMS despre înregistrarea cazurilor de holeră (a. 2008-56, a.2009-45, a.2010 - 48), numărul cazurilor de boală este în creștere, în a.2011 cu 46,2% (a. 2008-190130, a.2009-221216, a.2010-317534, 2011 – 589854). Numărul cazurilor de deces s-a majorat cu 3,6% ( a.2008-5143, a.2009-4946, a.2010-7543, 2011 - 7816). Rata fatalității a scăzut și constituie 1,3% (a.2009-2,2%, a.2010 – 2,4%).

În a.a.2010-2012 Haiti se confruntă cu o epidemie masivă, fiind declarate 179379 cazuri în a.2010, rata fatalității – 2,2%. Ponderea cazurilor de holeră în Haiti a constituit 57,7% din toate cazurile depistate în lume. La 01.01.2012 au fost înregistrate 526524 cazuri, cu o rată de spitalizate - 58,9%, rata fatalității – 1,3%. Până în august a.2012 au fost înregistrate 577858 cazuri inclusiv 7413 de deces. O izbucnire masivă cu ~ 50 mii cazuri s-a atestat în a.2011 în țările limitrofe râului Congo. În total, 188678 cazuri au fost înregistrate în țările din Africa. Majorarea cazuri se datorează izbucnirilor îndelungate într-un șir de țări ca Congo, Somali, Cameroon.

Nivel înalt al morbidității se înregistrează în țările cu destinație turistică – India, Yemen, Thailanda, Phillipines, Malasia, etc., în total în Asia – 38298 cazuri. 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.

Agravarea 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 Republica Moldova în ultimii 12 ani nu au fost înregistrate cazuri de holeră la persoane sau depistate tulpini toxigene V. Cholerae O1 din obiectele mediului ambiant.

Totodată, în ultimii ani, 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 în râul Racoveț r-l Edineț, în a.2011 - 2 tulpini V. Cholerae O1, biovar El-Tor, serovar Ogava atoxigene din lacul or. Orhei). Deși în a.2012 astfel de tulpini nu au fost depistate, este cert faptul că tulpinele V.

Cholerae O1 cu caracteristici identice identificate în mediul ambiant în ultimi ani indică la o situație epidemiologică nefavorabilă.

Creșterea ponderii V. Cholerae non O1 în probele colectate din mediul ambiant – 26,1% (a.2011-18,0%, a.2010-21,2%, a. 2009-28,3%), menține riscul apariției și răspândirii vibriionului holeric patogen.(Tabelul 1).

Tabelul 1. Circulația V. Cholerae non O1 în mediul ambiant în a. 2011 - 2012.

Obiecte	Probe		Tulpine V.Cholerae Non O1		Ponderea (%)	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012
1. Râuri	161	229	34	56	21,1	24,5
2. Lacuri, iazuri	422	395	81	102	19,2	25,8
3. Fântâni, apeducte	2	2	0	0	0	0
4. Hidrobionți, mîl	62	41	13	23	21,0	56,1
5. Ape reziduale a SBI	46	36	0	0	0	0
6. Ape reziduale de canalizare a localități	32	4	2	2	6,3	50,0
7. Produse alimentare (pește)	14	1	3	1	21,4	100,0
8. Lavaje	10	0	0	0	0	0
Total	749	694	133	183	18%	26,1

Nivelul înalt (de la 56% pînă la 100%) al depistării V. Cholerae non O1 din hidrobionți, mîl, pește, precum și într-o rată mai joasă (de la 0% pînă la 50,0%) în alte obiecte ca apa din fântâni, apă reziduală de la SBI și localității 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 structura investigațiilor, ca și în ultimii ani, predomină investigațiile din râuri și lacuri – 90,0% (a.2010-82,7%, a.2011 – 77,8%).

Menținerea activității de monitorizare a circulației vibriionilor reprezintă demonstrarea capacității și abilității serviciului de laborator în depistarea și identificarea agenților cauzali ai holerei. În total 10 raioane printre care Cimișlia (ca și în a.a.2009-2011), Glodeni, Cantemir, Dondușeni, etc. nu au fost efectuat investigații de laborator la holeră. În r-le Criuleni, Cahul a fost efectuat un număr scăzut de investigații de laborator. În 10 teritorii administrative rezultatele investigațiilor microbiologice la holeră au fost negative. În 5 teritorii ponderea depistării V.Cholerae non O1 din probele investigate constituie 50% și mai mult: r-le Orhei – 90%, Căușeni-70%, Nisporeni – 55%, mun. Chișinău – 51,1%. Activitățile de monitorizare a circulației V.Cholerae trebuie să se realizeze în conformitate cu ordinul MS nr. 371 din 03.06.2010 „Cu privire la organizarea măsurilor de profilaxie și combatere a holerei și altor BDA”.

Monitorizarea circulației agentului cauzal al holerei la contingentele de populație examinate în mod planificat, denotă o creștere a numărului investigațiilor de laborator – 4732 (în a.2011 - 4680, a. 2010 - 4721, a. 2009 - 5340). În structură investigațiilor de laborator, ca și în anii precedenți, predomină grupul de persoane internate în azilurile pentru bătrâni, staționarele de psihiatrie – 89,7% (a.2011 - 89,1%, a.2010-84,0%, a.2009-71,5%). Din aceste contingente în r-l Orhei a fost depistat 1 bolnav cu infecția NAG (a.2011 – 2, în r-l Orhei). Ponderea bolnavilor de BDA cu exicoză, toxicoză investigați constituie – 9,9% (a.2011 - 9,9%, a.2010 -0,5%, a.2009 - 13,7%), bolnavi cu infecția NAG nu au fost depistați. În 13 teritorii cu aceste sindrom nu s-a investigat nici un bolnav, iar în r-l Drochia au fost investigați la holeră 218 bolnavi, ce constituie circa 47,7% din numărul total de BDA, ca și în a.2011. Ponderea joasă a persoanelor investigate la holeră din rândul celor cu BDA cu exicoză și toxicoză denotă o vigilență joasă a lucrătorilor medicali în suspectarea cazurilor de boală și necesită instruirea și testarea cunoștințelor specialiștilor în suspectarea cazului de boală, raportare în baza definițiilor de caz, managementul cazului pentru limitarea precoce și evitarea răspândirii holerei Pentru soluționarea acestei situații este necesară implicarea activă a conducerii CSP și IMSP raionale, medicilor infecționiști, bacteriologi și epidemiologi.

Ca și în anii precedenți, nu sunt investigați cetățenii străini, imigranții ilegali, bolnavii internați în centrele de triere, izolatoare de detenție provizorie, instituții de reabilitare socială, cu excepția unui caz în r-l Edineț. În cazuri unice sunt examinate substratele biologice de la persoanele decedate cu simptome de BDA, persoanele implicate în izbucniri de BDA.

În a. 2013 se menține posibilitatea reală de apariție a cazurilor indigene de holeră, iar riscul importului holerei există permanent.

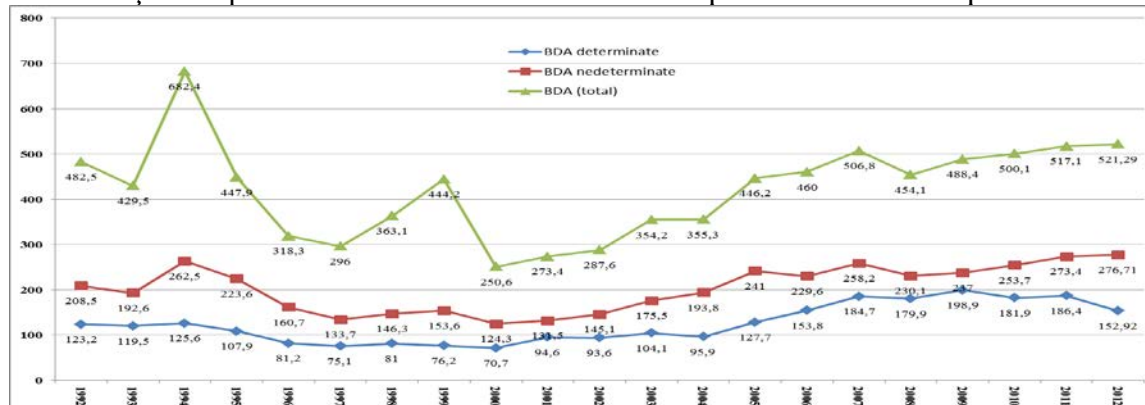
### **Bolile diareice acute (BDA) sumar.**

În structura bolilor infecțioase și parazitare, bolile diareice acute ocupă locul III, după infecțiile respiratorii acute și parazitare (helminthiaze), fiind înregistrate 18555 cazuri, în a.2012 (a.2011-18378 cazuri).

În a. 2012 a continuat creșterea morbidității sumare prin BDA până la 521,3, comparativ cu a.2011- 517,1 la 100 mii (a. 2008-453,6, a. 2009-488,4, a.2010-500,1)

Creșterea morbidității, deși ne semnificativă, se înregistrează la majoritatea formelor nozologice (fig.1).

Figura 1. Evoluția comparativă a bolilor diareice acute în Republica Moldova în perioada 1992 – 2012



Ponderea BDA cu etiologie nedeterminată în structura BDA constituie 53,1%, la ~ 10 mii bolnavi (9851) agentul cauzal nu a fost stabilit. Această situație, pe fondul 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, de asemenea la prezența lacunelor în folosirea definițiilor standard 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 19 teritorii administrative morbiditatea prin BDA cu etiologie nedeterminată s-a majorat cu 4,9%. În mediu pe țară, raportul dintre BDA cu etiologie determinată și BDA cu etiologie nedeterminată constituie 1:1,8, (a.2011-1:1,5) în unele teritorii (r-le Glodeni 1:39, Drochia 1:8, mun. Bălți-1:4,8, mun. Chișinău-1:5,2) acesta raport este alarmant. În același timp, în unele teritorii situația este acceptabilă, ca exemplu în r-le Cantemir – 1:0,1, Călărași-1:0,03, Leova 1:0,3, există totuși și asociația cu numărul mic de cazuri de BDA raportate. Atragem atenția, că unele teritorii folosesc în calitate de diagnoze primare, diagnoze care nu sunt incluse în Clasificatorul internațional al maladiilor revizia X (CIM-X), ca exemplu: dispepsia alimentară, dispepsia virală, etc. Este necesar complianța diagnosticului primar notificat, inclusiv al BDA, cu cele prevăzute de CIM-X, îndeosebi la etapa de implementare a Sistemului electronic de supraveghere a bolilor transmisibile și evenimente de sănătate publică.

Această situație demonstrează nivelul scăzut a capacității de diagnostic primar clinic și diferențial din partea specialiștilor asistenței medicale primare și medicilor – infecționiști și deficiențe de indicare a diagnosticului de laborator al BDA.

Morbiditatea prin infecțiile cu severitate sporită (salmoneloze, dizenterie, yersinioze) se caracterizează prin diferite tendințe în dinamică, dar în general se află la un nivel scăzut.

În a.2012, a continuat tendința de majorare a morbidității în mediul populației urbane (672,2) comparativ cu populația rurală (408,3) – de 1,7 ori (a.2009-1,5, a.2010-1,6; 2011-1,9).

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, 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 ponderii copiilor 0-17 ani (a. 2007-71,1%, a. 2008-74,8%, a. 2009-75,7%) în ultimii 3 ani situația s-a schimbat și ponderea copiilor 0-17 ani constituie în a.2010-70,5%, a.2011-69,7%, a.2012-70,5%, fapt ce determină creșterea morbidității și în rândul adulților.

Cel mai afectat grup de vârstă dintre copii 0-17 ani, sunt copii până la 2 ani – 65,5% (a.2009-52,7%, a.2010-63,6%, 2011-63,0%) sau 74,3 la 1000 copii (a. 2009-85,3, a.2010-75,5, a.2011-63,0), urmași de grupul de vârstă 3-6 ani-18,8%, (a.2011-19,0%, a.2010-17,7%, a. 2009-12,2%) sau 16,5 la 1000 copii (a. 2009-15,1, a.2010-15,7, a.2011-16,7).

Din copiii de vârstă 3-6 ani, ponderea bolnavilor cu BDA instituționalizați sunt 57,2% (a.2011-60,5%, a.2010-58,1%, a. 2009-58,0%), ce indică la menținerea îndelungată a neajunsurilor severe în respectarea regimului sanitaro antiepidemic în instituțiile preșcolare (9,5 la 1000).

Rămâne actuală problema morbidității copiilor primului an de viață, ponderea lor în structura morbidității sumară prin BDA constituie – 22,1% (a. 2010- 26,8% a.2011-

20,4%), iar printre copiii de 0-17 ani-28,6% (a.2011-29,3%). Creșterea morbidității din contul sporirii BDA cu etiologie determinată și nedeterminată se evidențiază în toate teritoriile administrative. Totodată menționăm unele cauze subiective ca: hiperdiagnosticarea BDA în IMSP de asistență medicală primară, nivel scăzut al investigațiilor de laborator, tactica unor staționare somatice și SBI determinată de modul anchetării bolnavilor spitalizați de către CNAM și altele. Pentru evaluarea la timp a cazurilor de deces se propune de a cere conducerii IMSP teritoriale să informeze CSP despre cazurile de deces, în care figurează un diagnostic de boală infecțioasă, inclusiv ce BDA cu completarea formularului 058/e.

Analizând măsurile efectuate în focarele epidemice de BDA putem constata, că în a.2012, în CSP teritoriale au fost primite 22303 fișe de notificare urgentă (fr.058/e) cu diagnoze primare din grupul BDA (a.2011-21834). Ca diagnoze finale au fost raportate 18555 cazuri de BDA, 16,8% din diagnoze au fost anulate (a.2011-15,8%).

La 42,6% bolnavi, diagnoza a fost confirmată prin metode de laborator (a.2011-37,5%), iar 79,5% bolnavi au fost spitalizați (a.2011-81,4%). Se atestă un nivel scăzut de investigare de laborator a persoanelor contacte - 0,6 la un bolnav (a.2010-0,9, a.2011-0,7) și respectiv este mic numărul bolnavilor (purătorilor) depistați – 1,7 la 100 contactați (a.2011-1 la 100).

Conform diagnozelor primare au fost anchetate epidemiologic 87,0% focare (19487), sursa de infecție a fost stabilită numai în 2,3% focare, factorii de transmitere – 74,8% (a.2011-53,4%). Focare unice (cu 1 caz) în structura focarelor conform diagnosticului final (focalitatea) constituie – 97,6%, cu 2-4 cazuri (focare multiple) – 2,5%, din ele 7,5% - cu cazuri secundare (a.2011-7,5%). Deci, rămâne actuală problema asociată cu volumul și calitatea lucrului în focare de BDA.

Dezinfecția finală a fost comandată numai în 41% focare de BDA, efectuată în 79,5% (a. 2009 – 67,1%, a.2010-69,7%,a.2011-73,3%).

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.

Se constată, că unele CSP completează unele tabele din formularul Nr.18 într-un mod formal și necalitativ, exemplu este tabelul care a fost ajustat - Nr.22 „Date despre unele boli infecțioase (BDA, botulism) și neinfecțioase provocate de produse alimentare, această tabelă a fost nu a fost completată pe deplin corect.

Datele recepționate permit estimativ de a aprecia rolul căii alimentare de transmitere în structura cauzelor BDA în țară. Deci, în a.2012, din 19487 focare epidemice de BDA anchetate, în 10033 focare (51,5%) a fost stabilită calea alimentară de transmitere. Respectiv, din 18555 bolnavi de BDA înregistrați (inclusiv bolnavi neanchetați epidemiologic) la 10550 bolnavi (56,9%) a fost stabilită sau suspectată calea alimentară de transmitere. Așadar, calea alimentară predomină în procesul epidemic a BDA.

Analiza circumstanțelor de contaminare (infectarea) a bolnavilor cu BDA, denotă, că 84,5% bolnavi se contaminatează în condiții casnice (în familie) și în gospodăriile private, în 13,7% - în unități de alimentație publică, de comerț autorizate și neautorizate, 1,1% îmbolnăviri au fost asociate cu blocurile alimentare a instituțiilor pentru instruire și educație, în 0,7% - în alte locuri. Rămâne actuală problema contaminării populației cu agenți bacterieni și virali a diferitor forme nozologice de BDA în condiții casnice și întreprinderi de alimentație publică.

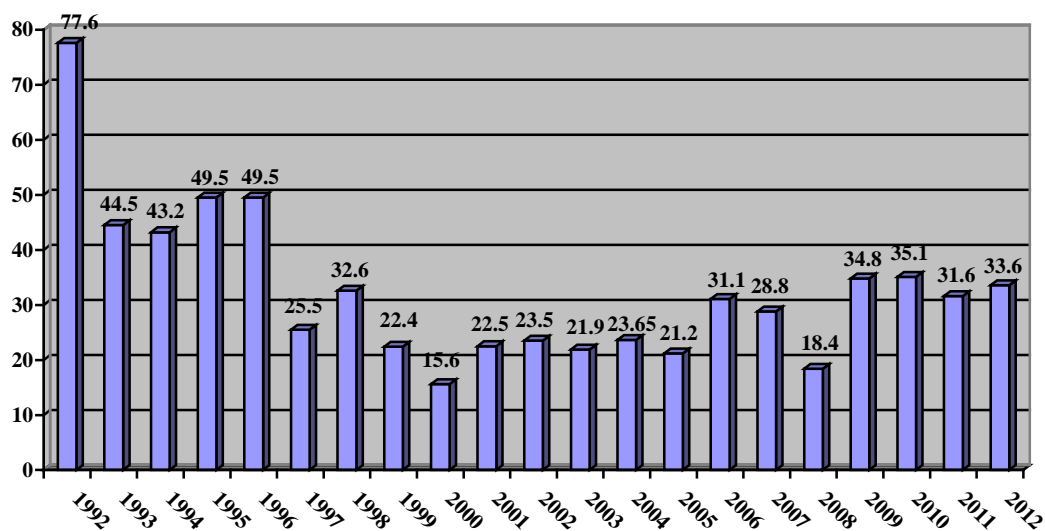
### **Salmoneloze.**

După scăderea continuă în a.2006-2008 (a.2008-18,4), morbiditatea prin salmoneloză în a.2009-2010 s-a majorat până la 35,1 în a.2010. În a.2011 morbiditatea relativ a scăzut până la 31,6 la 100 mii (9,8%). În a.2012, morbiditatea prin salmoneloze a crescut de la 31,6 până la 33,6 (6,1%) (fig.2).

Începând 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, a.2012-2,6 ori), ce nu s-a semnalat în anii precedenți și indică la scăderea reală a morbidității prin dizenterie.

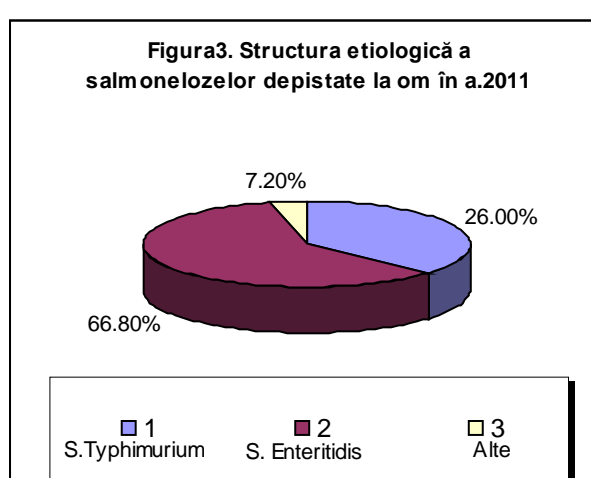
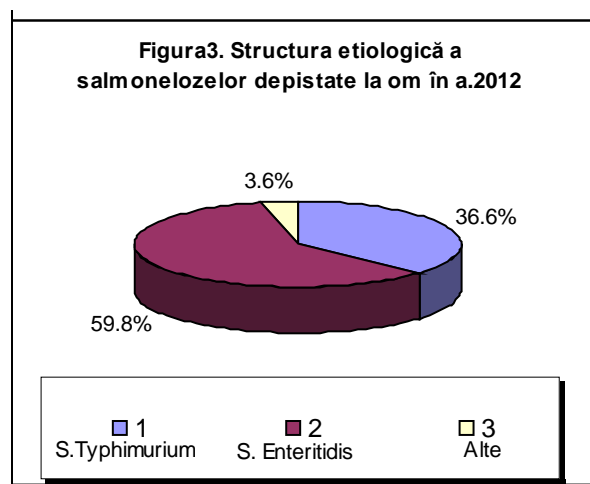
Figura 2. Morbiditatea prin salmoneloze în anii 1992-2012.





Creșterea morbidității se atestă în 13 sau 35,1% teritorii administrative, în 8 teritorii morbiditatea s-a micșorat până la cazuri unice. Nivelul mediu pe țară a morbidității prin salmoneloze este depășit în 11 teritorii administrative, de la 1,1 până la 7,2 ori, mai ales în r-le Ungheni, Orhei, Briceni, Soroca, Telenești, etc, și este determinat atât de înregistrarea izbucnirilor epidemice și focarelor multiple de salmoneloză cât și de creșterea morbidității sporadice. Cel mai înalt nivel a fost înregistrat în r-l Orhei 69,9, practic ca și în a. 2011. În același timp, în r-l Cantemir în anii 2010-2011 nu a fost înregistrat nici un caz de salmoneloză, în a.2012-1, ce dictează necesitatea analizei detaliate a situației la fiecare etapă de supraveghere.

În a.2012 au fost identificate 30 serotipuri de salmonele (a.2011-30, a.2010-29, a.2009-34), ca și în anii precedenți, predominante sunt S. enteritidis – 59,8% (a.2011-66,8%) și S. typhimurium – 33,6 (a.2011-26,0%)(fig.3).



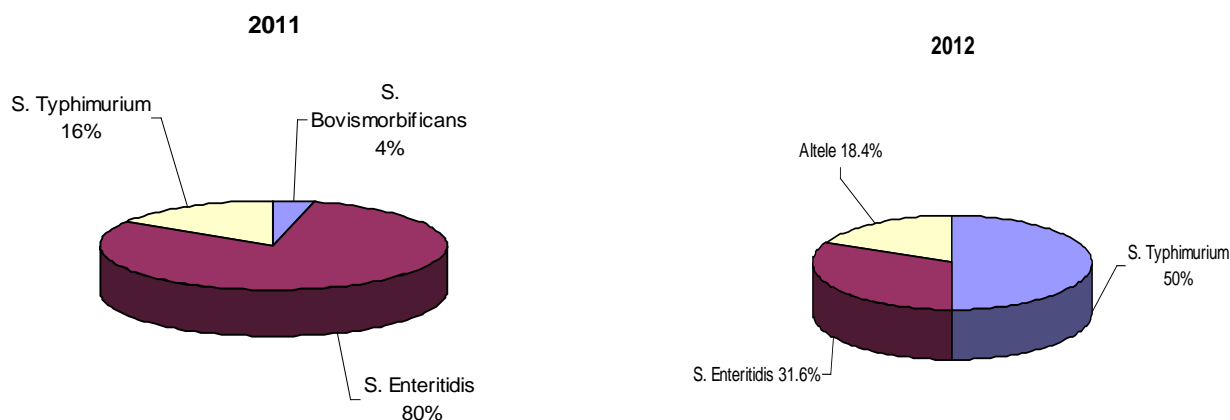
După o perioadă de scădere a ponderii S.typhimurium în structura etiologică a salmonelozelor, în ultimii ani se atestă o creștere neesențială, ce indică la activizarea

potențialului caili alimentare de transmitere a infecției, în primul rând, prin folosirea cărnii de bovine și porcine. Creșterea morbidității indirect se confirmă și prin creșterea depistării purtătorilor de salmonele. Salmonelele au fost depistate la 27 persoane din 40498 persoane investigate (a.2010 - 38227, a.2011 - 42456), la 14 persoane angajate și 13 ce au fost investigate la încadrarea în lucru la unitățile de alimentație publică (a. 2009 – la 11 și 11 respectiv, a.2010 – la 7 și 19, a.2011 – la 14 și 13).

În ultimii ani se depistează tulpini rare sau care nu au fost identificate în anii precedenți (în a. 2009 – S. Sinstrof, S. Falkense, S. Shuburu etc., a.2010- S.Aba, S.Dielfa, a.2011-S.Kimuenza, S.Alexanderpolder, a.2012 S. Ferrush, S. Rissen, S Ruzizi), ce indică posibil la importul prin intermediul persoanelor sau cu produsele alimentare. 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, inclusiv și în a.2012.

Salmoneloză este unica nozologie din grupul BDA, în structura de vârstă unde predomină adulții, în a. 2012, ponderea lor constituie 63,5%, (a.2011-57%). Au fost înregistrate 55 (a.2010-70, a2011-57) cazuri de boală la copii până la un an.

**Figura 4. Structura etiologică comparativă a salmonelelor depistate în mediul ambiant în a. 2011-2012.**



Creșterea morbidității este demonstrată de sporirea numărului de tulpini depistate de către SSSSP din mediul ambiant. Din probele colectate au fost identificate 76 tulpini de salmonele (a.2009-46, a.2010-47, a.2011-25) din 8 serovariante (a.2011-3): S.enteritidis – 31,6% (a.2009-60,9%, a.2010-57,4%, a.2011-80%), S.typhimurium – 50,0%, (a.2010-27,7%, a.2011-16%), S.brandenburg-7,9%, S.westhampton-5,3%.

Paralel cu creșterea ponderii *S.typhimurium* identificate la oameni, crește și ponderea până la 50% a tulpinilor *S.typhimurium* depistate în mediul ambiant. În general se păstrează o corelare a circulației tulpinilor la om și în mediul ambiant.

Din produsele alimentare au fost depistate 60,5% (a.2010-68,1%, a.2011-80%) tulpini, din care 65,2% din probele de carne și produse din carne (a.2011-90,0%). Alte 30 tulpini au fost depistate: din apă de suprafață - 4 (12%), inclusiv câte 1 de *S.typhimurium*, *S.rissen*, *S.glostrup*, *S.enteritidis*, 11 din lavaje în focare, obiecte cu risc epidemiologic sporit (8 - *S.typhimurium*, 3 - *S.enteritidis*), 7 din apă reziduală (4 - *S.typhimurium*, 1 - *S.enteritidis*, 2 - *S.westhampton*), 2 - din sol, 6 - altele. La efectuarea anchetării epidemiologice a focarelor au fost depistate 17 tulpini. În a.2012, au fost prezentate pentru confirmare doar 8 tulpini de salmonele rare din Transnistria.

Conform datelor Centrului republican de diagnostică veterinară, în a.a.2009-2012 continuu scade numărul tulpinilor de salmonele, depistate în populația animalelor: a.2009-49, a.2010-24, a.2011-16, a.2012-9. Structura etiologică include: *S.gallinarum* - 55,1%, tulpini neidentificate (fără serovar) - 22,4%, *S.enteritidis* - 11,2%, *S.cholerasuis* - 9,2%, *S.typhimurium* - 2,1%. În a.2012 tulpini de *S.enteritidis* și *S.typhimurium*. În materialul prelevat de la animale nu au fost depistate. În structura materialului patologic predomină: pui - 48,0%, găini - 14%, rațe, albine - câte-8%, purcei - 6%, boboci, porci – câte 5,0%, în cazuri unice – vițel, curcani, embrioni de găină.

În a. 2012, au fost înregistrate 18 izbucniri epidemice de salmoneloză (în a.2011-13, 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.2005-2012 sumar – 40), în comparație cu anii precedenți, când aproape toate izbucnirile au avut loc în condiții casnice. În ultimii ani, cu regularitate se înregistrează izbucniri cu infecție mixtă (de regulă - salmonele și agenți condiționat patogeni (ACP), în a.2012 - 4 (a.a.2010-2011 - câte 2). Ca agenți cauzali au fost identificate *S.enteritidis* - 10, *S.typhimurium* - 7, *S.brandenburg*-1. Factorii de transmitere – produsele din carne și ouă. S-a majorat până la 7 (a.2011-2) numărul izbucnirilor provocate de *S.typhimurium*, paralel cu creșterea ponderii acestei serovariante în peisajul salmonelelor identificate la om.

Cauzele principale ale izbucnirilor sunt folosirea materiei prime contaminate, 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 salmoneloze la copiii de 0-2 ani, transferați din staționarele somatice teritoriale.

În a. 2012, lucrul în domeniul implementării în IMSP a definițiilor standard de caz și a diagnosticului clinic diferențial practic s-a stopat. Din 1189 cazuri cu diagnoza finală „Alte salmoneloze” numai 21,4% au fost cu diagnoza primară de salmoneloză (a. 2009 - 41,5%, a.2010 - 48,5%, a.2011 - 30%). Ponderea confirmării de laborator a diagnozelor primare a scăzut până la 83,1% (a.2011 - 91,3%, a.2010 -89,1%).

Anchetarea epidemiologică a focarelor (cu diagnoză primară salmoneloză) a fost efectuată în 98,8% (a.2009 - 94,8%, a.2010 - 95,8%, a.2011 - 100%), fiind investigate prin metode de laborator 692 persoane de contact (2,8 persoane - focar), din ele 34 (4,9%) persoane au fost apreciate ca bolnavi/purtători (a. 2009-7,2%, a.2010-3,4%, a.2011-4,2%).

De rând cu izbucnirile epidemice de salmoneloză, au fost înregistrate 68 focare multiple (a.2009-70, a.2010-82, a.2011-77) ce confirmă situația epidemiologică nefavorabilă în a. 2012, din ele 9 - cu cazuri secundare ce indică la calitate joasă a anchetării și a măsurilor anti-epidemice întreprinse.

### **Febra tifoidă și paratifoidă.**

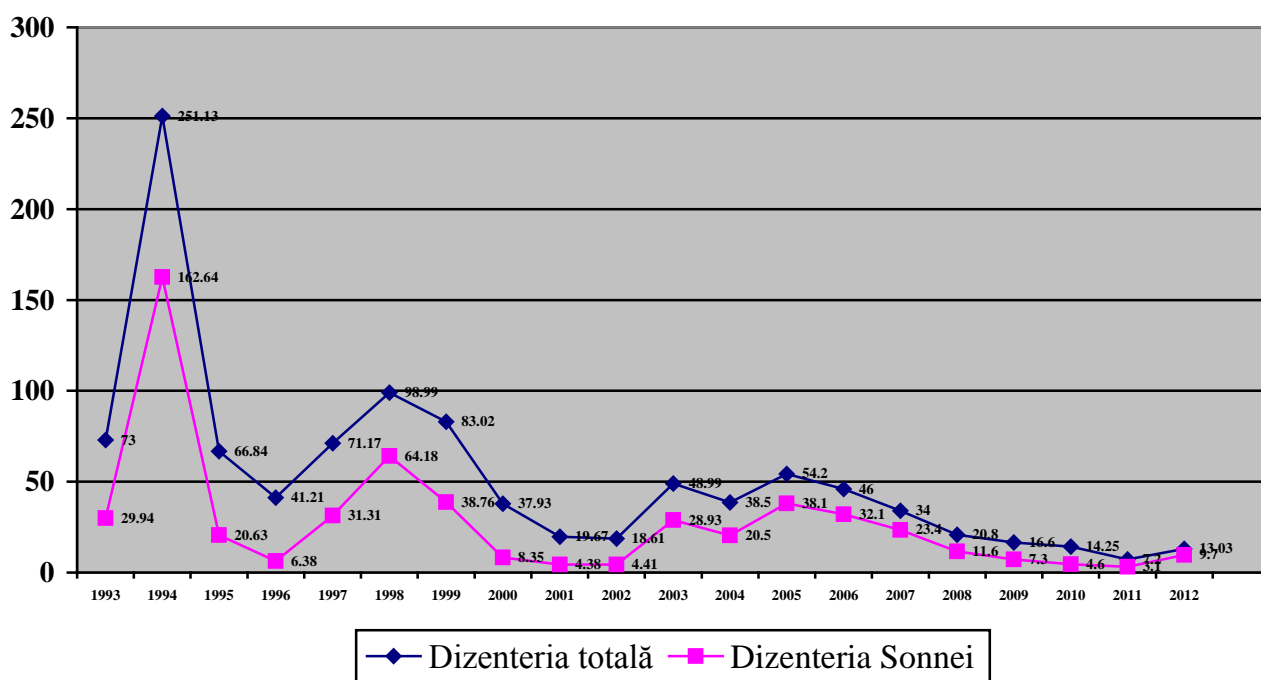
Situația epidemiologică la febra tifoidă și paratifoidă, ca și în anii precedenți, a fost stabilă, nu s-a înregistrat nici un caz de boală. Totuși este necesar de a atenționa specialiștii asistenței medicale primare la utilizarea definițiilor de caz de boală respective, evidența strictă a purtătorilor 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 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. Probele pentru investigații a fost colectat cu întârziere, pe fonul temperaturi înalte, diagnozele primare stabilite au fost

„IRVA”, „angină”, „bronșită”, etc. Este necesar sporirea vigilenței lucrătorilor medicali 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 (Figura 5). Scăderea morbidității, a fost determinată de scăderea incidenței dizenteriei Sonnei 2a (în a.2011 cu 32,3%), 64,6% reprezintă biovariantele 2g și 2e, care au un potențial epidemic înalt și în anii 1980-2000 au determinat creșterea ciclică a morbidității.

**Figura 5. Dinamica multianuală a morbidității prin dizenterie**



În a.2012, morbiditatea s-a majorat până la 13,03 la 100 mii, de 1,8 ori (dizenteria Zonnei-3,1 ori). Ponderea dizenteriei bacteriologic confirmate constituie 91,4% (a.2010-56,7%, a.2011-83,2%). În 21 teritorii administrative (a. 2010-14, a.2011-12), morbiditatea s-a majorat - de la 1,1 până la 16 ori.

Incidența prin dizenterie, provocată de Sh.sonnei (cu potențial epidemic) este de 4 ori (a.2010 – de 3,0 ori, a.2011-9,1%) mai înaltă decât cea cauzată de Sh.flexneri, deși s-a înregistrat o creștere bruscă a morbidității prin dizenteria determinată de Sh.sonnei cu 3,1 ori, iar dizenteria cu Sh.flexneri a scăzut cu 14,0% (a.2009-2010- creștere la 19%, a.2011- scăderea cu 17,3%). În structura etiologică a Sh.sonnei predomină biovarele 2g-43,3%, I a.-23,1%, II e - 14,2%, III a - 13,8%.

În structura etiologică a Sh.flexneri, ca și anii precedenți, predomină serovarianta Sh.flexneri 2a – 33,8% (a.2010- 54,1, a.2011-45,2%). N-au fost depistate cazuri de dizenterie cauzate de Sh.dizenteriae și Sh.boydi în ultimii 4 ani. În mediul ambiant a fost identificat o tulpină Sh.sonnei biovarul 2a.

În structura de vârstă, predomină copii 0-17 ani – 73,7% (a.2010-75%, 2011-61,3%), din ei copii 0-2ani – 20,8% (a.2010-43,6%, a.2011-36,9%), copii de 3-6 ani 41,8%, din ei ponderea copiilor din instituțiile preșcolare constituie – 75.5% (a.2011-63,0%), au fost înregistrați 10 copii bolnavi până la un an. Au fost înregistrate 14 purtători de shighele, din ei 6 copii (a. 2010 – 9, a.2011-7).

În ultimii ani, de rând cu morbiditatea, scade și numărul persoanelor bolnave (purtătoare) depistate activ din rândurile persoanelor investigate la încadrare în câmpul muncii și deja încadrate, în a.2012 au fost depistate -16 persoane (a. 2009-6, a.2010-4, a.2011-5).

În a.2012 s-a agravat și situația epidemiologică și prin izbucniri de dizenterie. Pe fonul temperaturii a aerului atmosferic crescut, în multe teritorii administrative, fântânile au secăt până la 80%, ce a influențat negativ la respectarea igienei personale. Au fost înregistrate 8 izbucniri de dizenterie cu 95 de bolnavi, din ele 5 au fost provocate de Sh.sonnei, câte 1 Sh.sonnei-1a, Sh.sonnei 3 d, Sh.flexneri-3 a; 4 – au fost înregistrate în grădinițe, 1-în gimnaziu, 1-în tabără de odihnă, 1 într-o familie, și 1-nozocomială în Spitalul Republican de Psihiatrie, provocat de Sh.flexneri3a, ce s-a întâmplat prima dată în ultimii 25 de ani. Au fost depistate 29 focare multiple –(a.2011-18) inclusiv 6 cu cazuri repetate, ce mențin potențialul epidemic.

Corectitudinea stabilirii diagnosticului clinic diferențial la dizenterie, în comparație cu salmoneloza a fost la un nivel mai înalt. În 462 cazuri cu diagnoza finală „dizenterie” 418 (90,5%). au fost cu diagnoza primară „dizenterie”. Totuși, dacă evaluăm situația fără datele mun. Chișinău, din 400 bolnavi cu diagnoza finală „dizenterie”, numai 173 (43,3%) au fost stabilite diagnozele primare „dizenterie”. Din 245 bolnavi cu diagnoze primare, numai la 14 (5,7%) diagnosticul a fost confirmat de laborator. Situația dată indică la hiperdiagnosticarea masivă a dizenteriei și cere implicare și soluționare din partea CSP și IMSP municipale USMF și CNSP. Confirmarea de laborator s-a diminuat și a constituit doar – 32,3% (a.2010 – 56,2). Au

fost spitalizați 87,2% (a.2010-85,2%) bolnavi cu diagnostic primară „dizenteria”. Ponderea focarelor anchetate constituie – 96,9% (a. 2009 – 83,7%, a.2010-80,5%, a.2011-92,5%), practic au fost anchetate focarele unde bolnavii au fost spitalizați și o parte tratați la domiciliul. Cu creșterea numărului focarelor anchetate a crescut numărul persoanelor contacte investigate – 1,9 la un focar (a.2011-1,1, a.2010-1,7, a. 2009 – 2,0), în rândul lor au fost depistați 43 bolnavi (purtători), ce constituie – 10,3% (a.2010-3,7%, 2011-2,7%).

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

În anii 2005-2011 au fost înregistrată o creștere permanentă a morbidității prin BDA cu etiologie determinată (a. 2009- 198,3, a.2010-181,9, a.2011—186,4), ce parțial poate fi apreciată ca o îmbunătățire a activității de descifrare etiologică, pe fonul nivelului creșterii ne semnificative a morbidității prin BDA cu etiologie nedeterminată. Totuși, a. 2012 morbiditatea BDA cu etiologie determinată a scăzut cu 19%. până la 152,9. În a.2011 s-a schimbat Formularul .nr.2, inclusiv în domeniul evidenței BDA cu etiologie determinată, care la moment constituie suma rîndurilor „Esherichioze total”, „Enterite, Colite, Gastroenterite provocate de agenți determinați” și „Intoxicații, toxiinfecțiile alimentare provocate de agenți determinați”. Morbiditatea prin esherichioze în a.2012 a constituit 22,3, (a.2011-22,98) deci a scăzut cu 2,8%. Ponderea esherichiozelor provocate de E.Coli enterohemoragică constituie 27,9% (a.2011-29,3%). Ponderea copiilor 0-17 ani, ca și în a.2011 este mai înalt decît la alte BDA și constituie 81,0%. Atragem atenție la problemele apărute cu înregistrarea, evidența și raportarea (în Fr.nr.2) a escherichiozelor, în 10 teritorii (a.2011-13) nu a fost înregistrat nici un caz de boală. În același timp, în 13 teritorii, indicii sunt mai mari decît media pe țară, mai ales în r-le Strășeni - de 4,2 ori, Rezina - de 2,1 ori, Nisporeni - de 10,7 ori, Edineț - 3,3 ori, etc.

După înregistrarea permanentă a cazurilor de contaminare intraspitalicească a BDA, în a.2012 aceste cazuri nu au fost înregistrate (a. 2008- 13, 2009 – 30, a.2010-20, în a. 2011- 3 cazuri).

În a.2012, a scăzut numărul copiilor de până la o lună afectați de BDA cu etiologie determinată - 87 cazuri (a. 2009 - 185, a.2010-192, a.2011-144).

În structura etiologică a BDA cu etiologie determinată, ca și în anii precedenți, predomină Klebsiela – 17,1%, (a.2011-13,9%), asociații a ACP – 13,1%, Escherichia – 12,5%, Citrobacter – 12,4%. Nu s-au depistat tulpini de Campylobacter, Cedecea, Aeromonas, (ca și în anii precedenți), însă a fost identificate tulpini de Kluyvera, Erwinia, Proteus rettgeri. Au fost depistați numai 11 bolnavi, la care au fost depistate tulpini meticillinorezistente (MRSA) a St.aureus (r-le Hîncești, Taraclia, Ciadîr-Lunga).

În a. 2012, la CSP au fost primite 19167 fișe urgente primare (F- 058/e) despre depistarea bolnavilor cu diagnoze primare „enterite, enterocolite”, etc, din ele 36,8% (a.2009-38,8%, a.2010-36,2%, 2011-35,8%) confirmate de laborator, în 79,2% (a.2009-75,9%, a.2010-81,3%, a.2011-82,0%) bolnavi au fost spitalizați.

Ponderea focarelor anchetate epidemiologic a constituit 86,6% (a. 2009-80,6%, a.2010-88,2%, a.2011-81,9%). În focarele anchetate au fost examinate numai 9516 persoane contacte sau 0,6 la un focar (a.2009 – 0,7, a.2010-0,8, a.2011-0,7), fiind depistate 75 bolnavi (purtători). Au fost înregistrate 192 (a. 2009 – 289, a.2010-292, a.2011-307) focare multiple (cu 2-4 cazuri) - inclusiv 7 cu cazuri repetate și 2 izbucniri epidemice. Ambele izbucniri au fost cu cale alimentară de transmitere. La o izbucnire în condiții casnice, a fost depistată infecția-mixt (Citrobacter freundii, Pr.vulgaris, Kl. Pneumonie). În a.2012, pentru prima dată în ultimii 30 de ani, a fost înregistrată o izbucnire cu calea alimentară (r-l Strășeni), care a fost provocată de fungi din genul Aspergillus, care produce și aflatoxine, ca factor de transmitere-au servit bomboane cu termen expirat. A fost înregistrată o izbucnire cu calea alimentară, în mun. Chișinău, fără depistarea agentului cauzal.

În a.2012, s-a prelungit creșterea morbidității prin BDA cu etiologie nedeterminată (fig.1) până la 276,7 la 100 mii.

În a.2012 la CSP, cu diagnoze primare „Intoxicații alimentare” au fost primite 2454 fișe de urgențe, ce constituie 11% din numărul total. Confirmare bacteriologică dor 20,5% cazuri, spitalizați - 81,9% persoane, anchetate 90,9% focare, în focare anchetate – 0,4 contactați la 1 focar, depistați 45 bolnavi (purtători), sursa și infecție a fost stabilită numai în 0,7%, factorii de transmitere – 67,8%. Au fost înregistrate 84 focare multiple, din ele 3 cu cazuri secundare.



## **Yersinioză**

Se înregistrează o scădere a morbidității prin yersinioză, până la 0,25 în a.2012 (a.2011-0,9, a.2010-1,1, a.2009 – 1,3, a. 2008 – 1,0, a. 2007- 0,9). Toate cazurile de boală au fost înregistrate în mun. Chișinău – 3, r-le Anenii Noi - 2, Orhei - 3, mun. Bălți - 1. Nivelul morbidității înregistrat prin yersinioze, depinde atât de gradul de suspectare și investigare a cazurilor de boală de către specialiștii sistemului de asistență medicală primară, medicii infecționiști, cât și de capacitățile laboratoarelor bacteriologice pentru a confirma boala. Majoritatea cazurilor au fost diagnosticate prin metoda serologică. În structura de vârstă, ponderea copiilor 0-17 ani constituie numai 3 (33,3%). La CSP au fost primite 8 fișe Nr.058/e cu diagnoze „yersinioză”. Cazuri de pseudotuberculoză în a. 2011-2012 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**

Începând cu a.2008, odată cu implementarea supravegherii sentinelă la infecția rotavirală în IMSP spitalele clinice municipale pentru copii nr.1 și de boli contagioase de copii, se atestă creșterea numărului de cazuri de infecție rotavirală raportate. Deși morbiditatea prin infecția rotavirală a crescut de la 16,2 în a.2011 până la 22,0 la 100 mii în a.2012 datele oficiale nu reflectă situația reală. Ponderea cazurilor de infecție rotavirală printre copiii de vârstă până la 5 ani spitalizați din cauza BDA constituite – 39,9%, confirmând o frecvență mai înaltă a infecției rotavirale în populația generală.

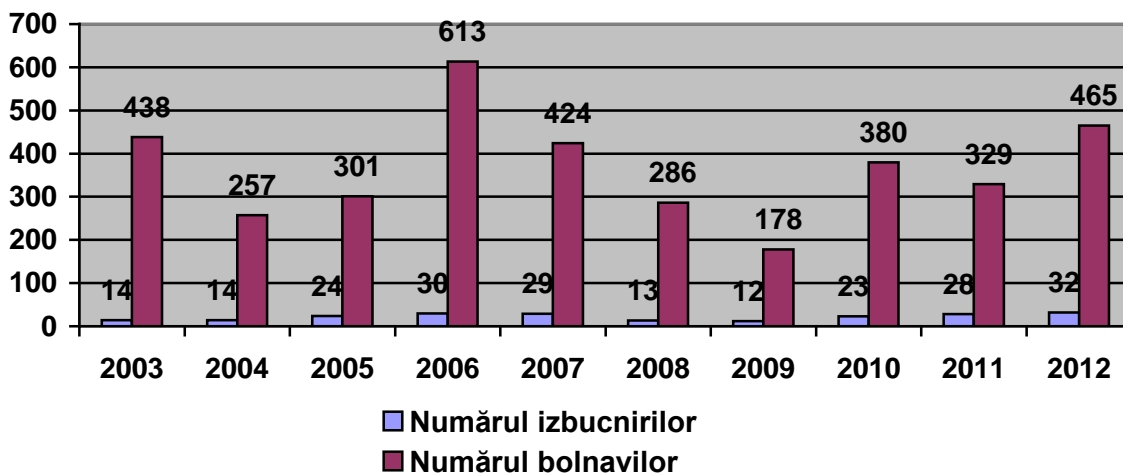
În a.2012, în țară s-a început imunizarea copiilor către IRV, ce va conduce la scăderea morbidității, excluderea cazurilor grave și prevenirea mortalității.

## **Izbucnirile epidemice de BDA**

Numărului izbucnirilor epidemice cu BDA în anii 2006-2009 a fost în scădere (2005-24, a. 2006-30, a. 2007-29, a. 2008-18, a. 2009-12) (fig.6). În ultimii ani (2010-2012), numărul de izbucniri înregistrează o tendință generală de creștere, până la 32 în a.2012 cu implicarea a 465 bolnavi. Din numărul total, 10 izbucniri (31,3%) au fost înregistrați

în mun. Chișinău, mun. Bălți – 3, r-le Telenești, Stașeni, Ungheni, Orhei – câte 2, în 11 raioane – câte 1.

**Fig.6 Izbucrile de BDA în anii 2003-2012**



În structura izbucnirilor, 23 (71,9%) au fost determinate de calea alimentară (în condiții casnice, la obiectele de alimentație publică, asociate cu blocurile alimentare a instituțiilor de educație, instruire și odihnă a copiilor), 9 - cu calea habituală de transmitere.

Din numărul total, în calitate de agent etiologic în 18 izbucniri (56,25%) au fost depistate *S. enteritidis* și *S. typhimurium* și în 1 caz - *S. Brandenburg*, în 8 izbucniri - shigele, în 6 - alte BDA, inclusiv în 3 - infecția rotavirală.

Dacă în anii 90, începutul anilor 2000, până la 100% de izbucniri au fost înregistrate în condiții casnice, în ultimii ani crește numărul izbucnirilor înregistrate la obiectele de alimentație publică, instituțiile de educație, instruire și odihnă a copiilor, inclusiv în ce oferă în arendă încăperi pentru petrecerea ceremoniilor.

În a.2012, din 23 izbucniri cu calea alimentară, 11 (47,8%) au fost înregistrate la întreprinderile de alimentație publică (a.2009 – 5, a.2010 – 9, a.2011 – 6);

În condiții casnice – 9, asociate cu blocurile alimentare a instituțiilor de educație, instruire și odihnă a copiilor – 3.

În a.2012 se atestă creșterea numărului de tulpini depistate de agenți etiologici a BDA în mediul ambiant, în primul rând din produsele alimentare. În afară de 77 tulpini de salmonele și shigele, au fost depistate 26 tulpini de listerii (la CNSP-21 tulpini, în r-l

Anenii-Noi-5), din ele 22 din carne și produse din carne, 3 la întreprinderi de animale și păsări, 1 - alte și 6 tulpini de *Campylobacter jejuni*, din ele - 5 la fabrica avicolă, 1 – produse nestandarde.

În a.2012 au fost înregistrate 373 focare multiple de BDA cu 2 – 4 cazuri, majoritatea cu calea alimentară de transmitere, fapt ce indică la existența potențialul de apariție a izbucnirilor.

Nivelul înalt al izbucnirilor în întreprinderile de alimentație publică a fost determinat de folosirea produselor alimentare contaminate primar și secundar, neajunsuri grave în respectarea regulilor sanitaro-igienice, tehnologiei de pregătire a bucatelor, respectarea igienei personale de către lucrătorii instituțiilor respective, în asistența medicală primară, etc.

În a. 2012, 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.

BDA, ca boli cu mecanism de transmitere fecal-oral, sunt boli social determinate și depind, de gradul de contaminare biologică a mediului ambiant, stării sanitare a obiectelor cu risc epidemiologic sporit, siguranța produselor alimentare etc.

În a. 2012, din 3091 (a.2011-3236) surse centralizate subterane de alimentație cu apă, au funcționat 70,6% (a. 2010- 64,5%, a.2011-66,4%), din ele 52,1% (a.2010 – 53,7%, a.2011-53,3%) nu corespund normativelor și regulilor sanitare. Ponderea probelor apei ce nu corespund regulilor conform indicilor microbiologici constituie: fântâni-39,4%, apeductele instituțiilor de copii-21,0%, apeducte rurale-14,0%. Din numărul probelor de apă colectate din obiectele acvatice în locurile de folosire a apei (r. Nistru, Prut, bazinele de apă categoria II) – 39,7% (a.2010-41,9%, a.2011-44,7%), 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 58,3% (a. 2010- 60,8%, a.2011-58,6%) probe de ape reziduale nu

corespund cerințelor igienice. Starea sanitară a solului conform parametrilor microbiologici este nesatisfăcătoare, ponderea probelor neconforme 11,0%, inclusiv în zona rezidențială-17,9%, în zona surselor de apă-11%, în instituții preșcolare 74%. În rândul populației urbane, 1257861 de persoane au acces durabil la surse sigure de apă potabilă, 779841 – la sisteme colective de canalizare; în populația rurală 686990 și 80572 respectiv.

În a.2012 ponderea probelor de produse alimentare inclusiv (materie primă) neconforme la indicatorii microbiologici constituie - 5,4% (a.2010-5,6%, a.2011-5,2%), inclusiv carne – 5,2%, păsări, ouă – 3,8%, produse lactate – 6,3%, produse din pește – 6,6%, produse pentru alimentația copiilor – 0,4%. Volumul produselor alimentare rebutate constituie 417 mii kg (a.2011-497 mii kg.).

În cadrul supravegherii sanitare curente la obiectivele cu semnificație epidemiologică (instituțiile de educație, instruire și odihnă a copiilor, de profil alimentar, comunale etc.), 6,5% (a.2011-4,6%) nu corespund cerințelor sanitare la finele anului, inclusiv: instituțiile de educație, instruire și odihnă a copiilor – 14,9 (a.2011-13,1%), unitățile economice de profil alimentar – 1,3%, obiective de alimentație publică – 2,4%, obiectele – comunale – 14,7%.

Examenul medical al contingentului decretat la obiectele cu semnificație epidemiologică a fost petrecut la 96,7% personal (a.2010-93,6%) inclusiv în instituțiile pentru copii și adolescenți – 98,7%, obiecte de alimentație – 95,1% comunale – 95,6%, iar instruirii igienice 97,3%, (a. 2011– 93,6%) inclusiv la instituțiile pentru copii și adolescenți – 98,7%, obiecte de alimentație – 96,7%, comunale – 97,0%. În pofida indicelui înalt al instruirii igienice, în multe cazuri se depistează cunoștințe insuficiente, la personalul contingentelor decretate, mai ales în domeniul efectuării măsurilor profilactice și antiepidemice, ce indică la efectuarea formală a acestor măsuri.

În a. 2012 , din 13273 obiecte aflate la evidență, (a.2011-13295) măsuri de deratizare cu lipsa rozătoarelor s-au efectuat la 85,0% (a.2010-85,4%, a.2011-85,0%), numărul obiectelor cu rozătoare în ultimii 5 ani (a.2011-1634, a.2012-1333) s-a diminuat (în mediu 1430),ce totuși menține riscul de agravare a situației epidemiologice la zooantroponoze, inclusiv yersinioza, salmoneloză. Ponderea cea mai înaltă de

populare cu rozătoare la finele anului sunt: 12,2% la obiecte industriale, de transport; 4,4% - obiecte alimentare; 7,1 - obiecte locative, de instruire, alte obiecte sociale.

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, 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 autotratementului, 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 Supraveghere de Stat a Sănătate Publică denotă că funcțiile de medic epidemiolog și bacteriologi sunt ocupate la circa 60%. Acest fapt se răsfrânge negativ asupra calității activităților de supraveghere epidemiologică și de laborator. În unele CSP teritoriale lipsește medic epidemiolog sau 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. Sfârșitul perioadei interepidemică și începutul creșterii morbidității sunt reflectate în pronosticul evoluției BDA pentru a. 2013 și următorii ani.

Holera și alte BDA, ca boli cu mecanism de transmitere fecalo-oral, include antropozoze și zooantropozoze și se realizează prin 3 cai de bază: alimentară, habituală și hidrică. Respectiv, supravegherea epidemiologică la holeră și BDA, se bazează pe 3 principii: colectarea datelor – analiză – măsuri de prevenire, ce trebuie să fie aplicate pentru atingerea scopului de bază. Primirea informațiilor din IMSP, alte servicii și structuri interesate este critică și necesită implicarea activă a specialiștilor, inclusiv prin folosirea sistemului electronic pentru furnizarea standardizată a datelor și generarea rapoartelor pentru analiza situației și propunerea măsurilor de prevenire. Prezentarea informației la nivel teritorial și național, evaluarea operativă a datelor de laborator,

anchetarea epidemiologică a focarelor epidemice cu stabilirea sursei de infecție și factorilor de transmitere concrete, organizarea măsurilor operative pentru localizarea și lichidarea factorului, elaborarea planurilor, programelor teritoriale în domeniu, sunt măsuri de bază în supravegherea epidemiologică a BDA, inclusiv cu calea alimentară de transmitere. Reducerea circulației agenților cauzali în rândul populației și în mediul ambiant, potențialului de realizare a procesului epidemic, limitarea răspândirii cazurilor de boală și prevenirea lor, poate avea loc numai prin efectuarea măsurilor profilactice complexe calitative și bine argumentate, în timp și în volum deplin, prin rezolvarea planificată a problemelor sanitaro – igienice inclusiv prin realizarea programelor, planurilor la nivel național și teritorial în domeniu, prin fortificarea programelor de informare a populației, mai ales din mediul rural, etc.

Conform Legii № 10 din 03.02.09 „ Privind supravegherea de stat a sănătății publice ” și Legea № 113 din 18.05.2012 „ Cu privire la stabilirea principiilor și a cerințelor generale ale legislației privind siguranța alimentară ” (art. 19), în competența MS RM și respectiv SSSSP, intră atât supravegherea epidemiologică a bolilor infecțioase, inclusiv cu calea alimentară de transmitere și cercetarea epidemiologică a izbucnirilor de boli provocate de produse alimentare, cât și prevenirea maladiilor date.

CSP trebuie sa asigure supravegherea epidemiologică a situației concrete și să propună, inclusiv la nivelul organelor administrației publice locale, măsuri îndreptate la prevenirea și diminuarea riscurilor și evenimentelor de sănătatea publică.

Director general

**Semătura**

Ion BAHNAREL

Ex. Stela Gheorghita, 022 574-503  
V.Sliusari 022 574-554