

Buletin succint privind

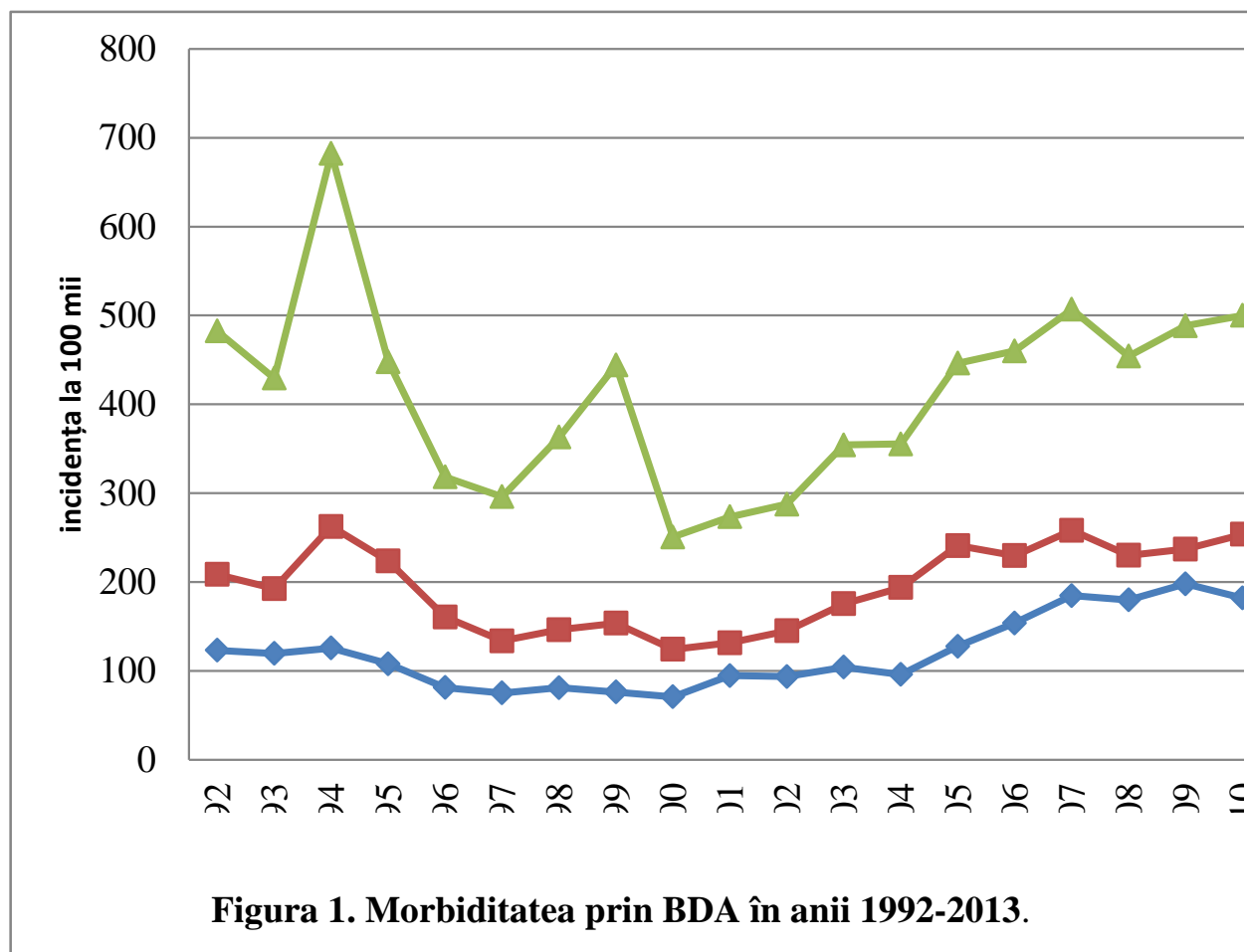
situația epidemiologică la holeră și bolile diareice acute în anul 2013

Sistemul de supraveghere a bolilor diareice acute include la fel ca și în cazul altor nozologii depistarea precoce, notificarea cazurilor de boală în baza definițiilor de caz, analiza datelor cu formularea propunerilor pentru implementarea propunerilor de sănătate publică. De asemenea în punctele sentinelă pe parcursul perioadei sezoniere la BDA se monitorizează circulația agenților cauzali în obiectele de mediu.

Holera. În a.2013 în rândul populației nu s-au depistat cazuri de holeră și infecția NAG. Prezența vibrionilor holerei non aglutinabili în mediul ambiant s-a majorat până la 30,0% probe colectate (a.2010 - 21,2%, a.2011 - 17,8%, 2012 - 26,1%). Se menține la nivel înalt persistența NAG-vibrionilor în hidrobionți și mâl – 75,0%, râuri – 34,0%, lacuri și iazuri – 25,9%, în apă reziduală din SBI și localități se depistează în cazuri unice (8,3%-16,7%). A scăzut până la 4265 numărul persoanelor din contingentele de risc investigate la holeră, 90,4% fiind persoanele internate în azilurile pentru bătrâni.

Circulația intensă a agenților cauzali ai holerei în mediul înconjurător, existența cazurilor unice și izbucnirilor de holeră în unele țări, migrația intensă, inclusiv în zone endemice, precum și particularitățile de răspândire a agentului cauzal al holerei de la om la om caracterizată prin perioadă scurtă de incubare, receptivitatea înaltă a populației, posibilitatea unui număr mare de cazuri într-o perioadă scurtă de timp determină necesitatea menținerii capacităților de detectare precoce și măsuri de sănătate publică. Măsurile de prevenire a holerei includ implementarea unui șir de acțiuni de la monitorizarea circulației agentului cauzal în mediu, examinarea contingentelor de risc până la suspectarea și confirmarea cazurilor de boală.

Bolile diareice acute. După perioada de creștere anuală a morbidității sumare prin BDA în țară (malul drept) începând cu anul 2000 (250,0 la 100 mii) până la 521,3 în a.2012, în a.2013 (fig.1) morbiditatea sumară a scăzut până la 447,6 la 100 mii (la 14,1%).



În Republica Moldova, inclusiv raioanele de Est indicii morbidității sumare prin BDA s-au diminuat de la 552,68 în anul 2012 până la 480,15 în anul 2013. Scăderea morbidității se atestă la majoritatea nozologiilor, inclusiv la dizenterie cu 23,4%, la BDA cu etiologie determinată cu 15,4%, cu excepția toxiinfecțiilor alimentare cu etiologie nedeterminată. O scădere bruscă se atestă la infecția rotavirală de la 22,4 în a.2012 (indicele maximal în ultimii ani) până la 10,2 la 100 mii în a.2013, ce se poate explica prin introducerea imunizării contra infecției rotvirale conform schemei: 2 doze la vârsta de 2 și 4 luni cu interval minim 1 lună (4 săptăm) începând cu luna aprilie 2012.

Ponderea copiilor 0-17 ani în structura morbidității prin BDA în a.2013 a constituit 69,1% (a. 2012 – 70,5%, a.2011 – 69,7%, a.2010 – 70,5%), fără diferențe statistice semnificative în ultimii 4 ani .

Infecția rotavirală Începând cu anul 2008 odată cu implementarea supravegherii sentinelă la IRV în două IMSP mun. Chișinău (SCM C nr.1 și Spitalul Clinic Municipal boli contagioase la copii), datorită depistării active și înrolării cazurilor în supraveghere în baza criteriilor standardizate s-a înregistrat o creștere a numărului de cazuri de infecție rotavirală. În supravegherea santinelă, în anul 2014 au fost incluși 1350 copii de vârstă până la 5 ani spitalizați din cauza

diareii, ponderea infecției rotavirale a constituit 23,3% și a variat de la 5-9% până la 36-49% în perioada sezonieră (noiembrie - martie). După implementarea vaccinării s-a evidențiat o diminuare semnificativă a cazurilor BDA, inclusiv de infecție rotavirală, precum și o pondere în scădere a rezultatelor pozitive în special la copii de vârstă până la 1 an (figura 2).

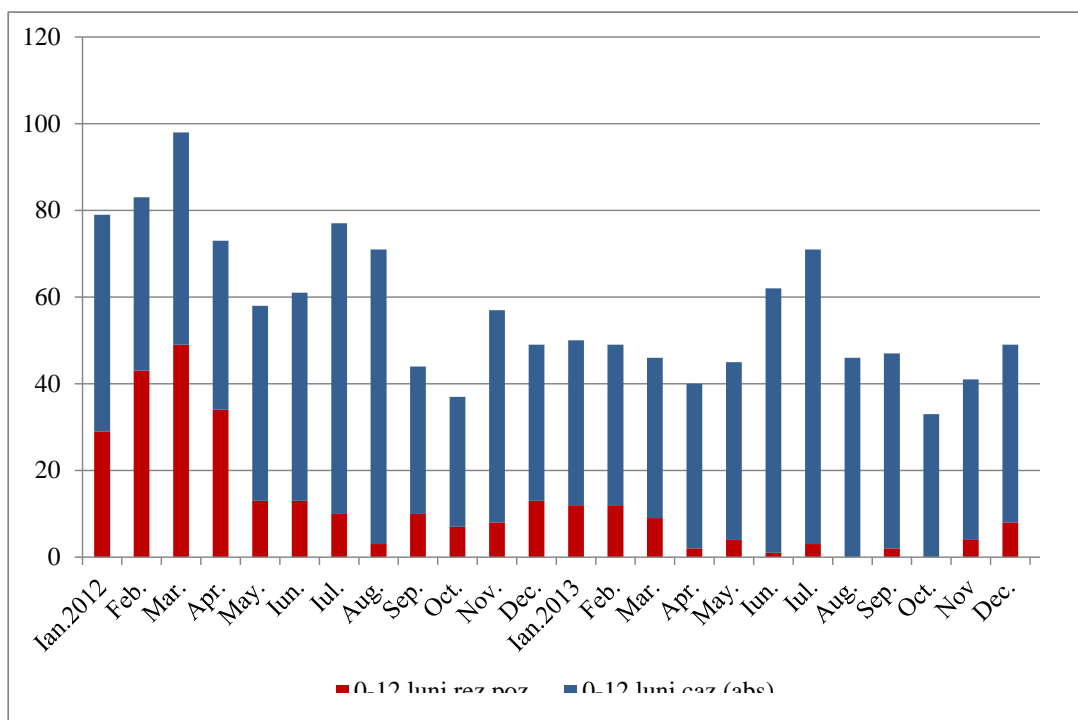


Figura 2. Dinamica cazurilor de boli diareice și % infecției rotavirale la copiii <1 an spitalizați, aa.2012 – 2013, supraveghere sentinelă

Febra tifoidă. După înregistrarea a doua cazuri importate de febră paratifoidă A în a.2013 cazuri nu s-au mai întâlnit, iar cazuri de febra tifoidă nu se înregistrează începând cu a.2008.

Dizenteria. După atingerea celui mai jos nivel al morbidității pentru toată perioada de monitorizare, în a.2012 s-a atestat majorarea ciclică a nivelului incidenței de la 7,2 în a. 2011 până la 13,3 la 100 mii populație în a.2012, inclusiv din contul izbucnirilor. În a.2013 morbiditatea a scăzut până la 9,9 la 100 mii. În a.2012 - 2013 nu s-a înregistrat formarea tulpinilor epidemice de shighelle, însă reieșind din creșterea ciclică a morbidității cu o periodicitate de 5-7ani, este așteptată sporirea morbidității pentru perioada următoare.

Salmoneloza în a.2013 s-a caracterizat printr-o scădere nesemnificativă (2,3%) a morbidității de la 34,1 până la 32,6 la 100 mii populație (figura 3). În a.2013 nu s-au înregistrat modificări semnificative în structura etiologică a salmonelilor în populație și în mediul ambiant. Serovariantele *Salmonella typhimurium* și *S.enteritidis* reprezintă 95,3% din peisajul salmonelilor la oameni și 89,2% în

mediul ambiant. Migrația intensă a populației, importul produselor alimentare condiționează circulația a serovariantelor noi (a.2011 – *S.texas*, *S.kimuenza*, a.2012 – *S.ruzizi*, *ferrush*, *rissen*, a.2013 – *S.menden*, *S.wingrove*). În a.2013 SSSSP din mediul ambiant a depistat 37 tulpini de salmonelle (a.2012 - 76) din ele, în produse alimentare au fost depistate 32 (86,5%) tulpini, inclusiv 46,9% din carne și produsele ei. Nivelul înalt a morbidității, inclusiv înregistrarea permanentă a izbucnirilor epidemice, transmiterea unor funcții de supraveghere Agenției pentru Siguranța Alimentelor determină necesitatea intensificării măsurilor complexe de prevenire a salmonelozelor în țară.

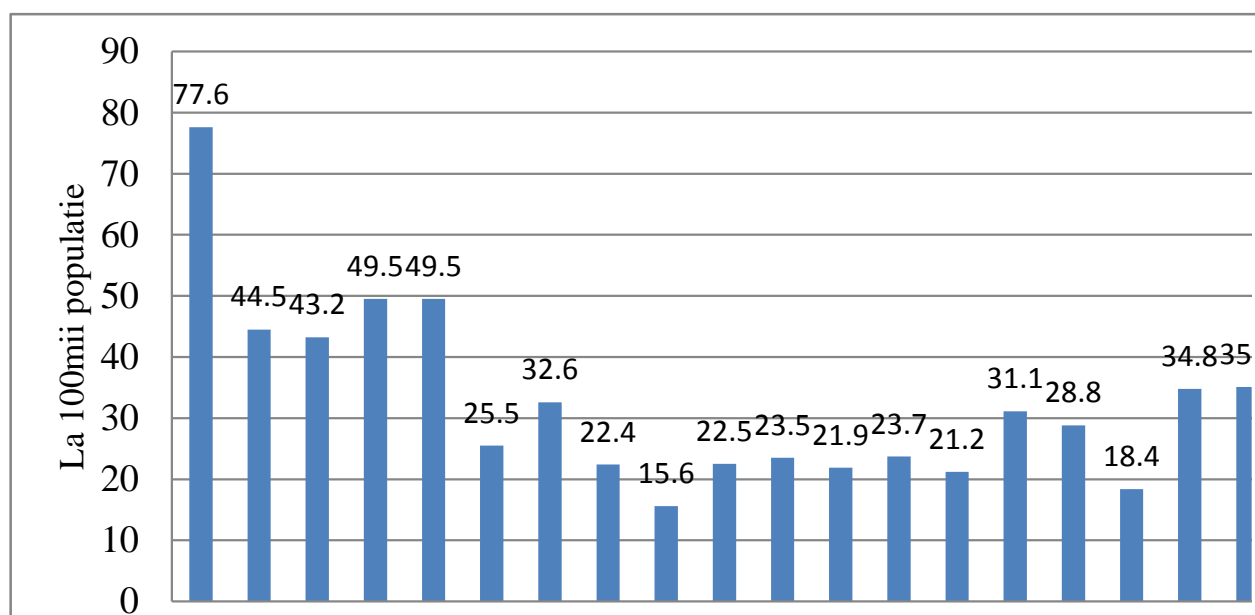
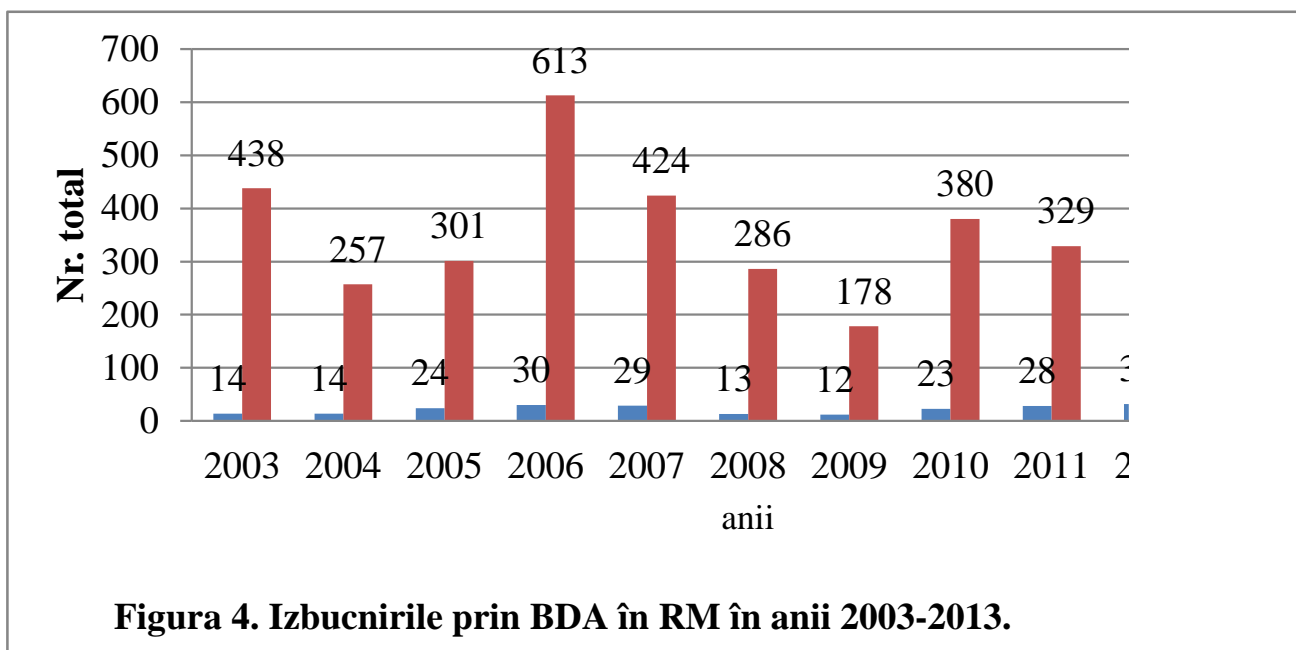


Figura 3. Morbiditatea prin salmonelozes în anii 1992-2013.

Izbucnirile de BDA. După o descreștere a numărului în perioada 2008-2009 în perioada următoare se atestă o tendință de creștere a numărului de izbucniri începând cu a.2010. În a.2012 au fost înregistrate 32 izbucniri cu 465 bolnavi, a.2013 – 32 izbucniri cu 503 bolnavi (figura 4). În 24 (75,0%) izbucniri agenții cauzali au fost transmiși pe cale alimentară și în 8 pe cale habituală de transmitere. Din 24 izbucniri cu calea alimentară sau înregistrat: la întreprinderi de alimentație publică - 6 (25,0%) în comparație cu a.2010 – 9, a.2011 – 6, 2012 – 11, în condiții casnice - 16 (66,7%), în instituții de educație pentru copii și adolescenți - 2. Structura etiologică a agenților microbieni care au cauzat izbucnirile s-au distribuit în felul următor: în 15 (46,9%) agentul etiologic identificat a fost salmonellele (*S.typhimurium* și *S.enteritidis*), în 4 izbucniri – rotavirus, în 2 – *Sh. sonnei*, în 5 – floră condiționat patogenă, 6 – nu a fost stabilit agentul etiologic. În izbucnirile epidemice de infecție rotavirală (a. 2012 – 3) calea de transmitere a fost cea habituală și au fost înregistrate la grădinițe.



În a.2013 au fost înregistrate 442 focare multiple cu 2-4 cazuri, fapt ce indică la un risc potențial sporit al apariției izbucnirilor (a. 2011 – 392, a.2012 – 373).

În a.2013 au fost investigate cu scop profilactic 36206 persoane la încadrarea în lucru, depistate 18 purtători de salmonelle și 7 – de shighelle, persoanele încadrate investigate –11486, depistate 9 purtători de salmonelle, 1 – shighelle. În a.2013 la CSP au fost primite 19924 fișe de notificare urgentă primare (a. 2011 – 21843, a.2012 – 22303), anchetate 17220 de focare (86,4%), 15442 (77,5%) bolnavi au fost spitalizați, în focare au fost investigați 10577 contactați - 0,6 la un focar (în a.2010 – 0,9 a. 2011 – 0,7, a.2012 – 0,6), din care s-au depistat 127 bolnavi (purtători). În focarele anchetate, sursa de infecție a fost stabilită numai în 2,8% cazuri (a.2012 – 2,3%), factorul de transmitere – 56,5% (a.2012 –74,8%).

În a. 2013, din 17220 focare epidemice de BDA anchetate în 8566 focare (50,0%) a fost stabilită calea alimentară de transmitere (a.2012 –51,5%).

Din 19531 bolnavi de BDA – 3354 (17,2%) constituie copii în primul an de viață, ce indică la instruirea insuficientă a mamelor, condiții igienice precare de îngrijire și alimentație a copiilor.

Implementarea măsurilor de sănătate publică pentru prevenirea BDA sunt acțiuni implementate de către specialiștii sectorului de sănătate și alte sectoare și se trebuie să se focuseze pe următoarele compartimente:

- Intensificarea măsurilor întreprinse de către specialiștii asistenței medicale primare și spitalicești pentru depistarea precoce și stabilirii diagnosticului

clinic în baza definițiilor standard de caz, colectării și transportării biosubstratelor la CSP teritoriale, raportării cazurilor de boală, inclusiv în sistemul electronic, precum și implementarea măsurilor primare de prevenție;

- Sporirea vigilenței și reactualizarea cunoștințelor lucrătorilor medicali pentru suspectarea yersiniozei, febrei tifoide și paratifoide, dizenteriei, salmonelozei, BDA cu etiologie virală, etc;
- Extinderea de către laboratoarele CSP teritoriale a listei metodelor de laborator pentru confirmarea cazurilor de boală și planificarea procurărilor pentru evitarea lipsei reactivelor și serurilor pentru tipizarea tulpinilor;
- Intensificarea de către CSP teritoriale a activităților de organizare a anchetării epidemiologice cu prezentarea informațiilor specialiștilor din asistența medicală și autorităților publice locale pentru implementarea măsurilor de limitare a răspândirii BDA.

Concluzie. BDA reprezintă o problemă socio-economică și medicală. Reducerea circulației agenților cauzali în rândul populației și în mediul ambiant, prevenirea lor, limitarea răspândirii cazurilor de boală poate fi realizată prin implementarea măsurilor profilactice complexe, inclusiv îmbunătățirea condițiilor socio-economice, sanitaro-igienice, fortificarea programelor de informare a populației, mai ales din mediul rural precum și fortificarea sistemului de asistență medicală primară (accesibilitatea), etc.