

MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

prietenilor, colegilor care nu au fost antrenati în proiect. În cadrul prezentărilor au adresat multe întrebări la care ne-am străduit să răspundem clar și accesibil. Am fost plăcut surprinși atunci, când se implicau activ în cadrul discuțiilor, demonstrațiilor, activităților de antrenare și exersare. Analizând aceste date, putem constata că obiectivele preconizate au fost atinse.

Activând în cadrul proiectului am realizat, că orice muncă este goală fără dragoste. Să muncești cu dragoste înseamnă să pui în toate lucrurile pe care le faci o fărâcă din sufletul tău. Noi, echipa de proiect am avut o deosebită plăcere să activăm în acest proiect, deoarece am văzut rodul muncii, am înțeles cât de important este să te dedici acestei profesii, să fii promotorul facerii de bine, să ai sănătatea oamenilor în grija ta, care așteaptă de la tine ajutorul necesar, toleranță, înțelegere, susținere. Viața dacă o trăiești este lungă! Ea poate fi înțeleasă numai privind înapoi, dar trebuie trăită privind înainte!

Bibliografie

1. Dordea M. Proiectul unui curriculum universitar intitulat „Autodidaxie”. Anuarul Academiei Forțelor Terestre „Nicolae Bălcescu”. Sibiu, 2002.
2. Gherguț A, Ceobanu C. Elaborarea și managementul proiectelor în serviciile educaționale. Iași: Polirom, 2009.
3. Dandara O, Chicu V, Goraș V, ș. a. Educația centrată pe elev. Ghid metodologic. Chișinău: URS I. Creangă, 2006.
4. Opran C, Stan S, Abaza B, ș. a. Managementul proiectelor. București, 2002.
5. Radu C. Aspecte ale implementării metodei proiectului în activitate.
6. http://www.sfatulmedicului.ro/Cancerul-mamar/cancerul-mamar_777
7. <http://www.romaniacancerleague.org/dstanculeanu/Totul%20despre%20CANCERUL%20MAMAR%20de%20Dr.%20Dana%20LuciaStanculeanu.ht>
8. http://www.mymed.ro/lexiconcologie_cancerulmamar.html
9. http://www.provobis.ro/downloads/Buletin_informativ_RNCVR_3_2009.
10. <http://infoblogro.blogspot.com/2005/04/proiectul-metod-de-evaluare.html>

Depistarea tardivă a infecției HIV/SIDA în Republica Moldova

*I. Bistrițchi, T. Holban, A. Nagiț

Department of Infectious Diseases, Parasitology and Tropical Medicine
Nicolae Testemitanu State University of Medicine and Pharmacy
Clinical Hospital of Infectious Diseases “Toma Ciorba”
163, Stefan cel Mare Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322205347. E-mail: ina.bistritch@yahoo.com
Manuscript received March 02 2012; revised April 30, 2012

Late diagnoses of HIV/AIDS infection in the Republic of Moldova

Key words: HIV/AIDS infection, antiretroviral therapy, late diagnoses.

Поздняя диагностика ВИЧ/СПИД инфекции в Республике Молдова

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД инфекция, противовирусная терапия, поздняя диагностика.

Introducere

Infecția HIV/SIDA reprezintă o problemă prioritară pentru sănătatea publică atât la nivel mondial, cât și în Republica Moldova. Impactul negativ al prezentării și depistării tardive sunt importante, prin creșterea morbidității și mortalității, atât pentru sistemul de sănătate, necesitând resurse suplimentare, cât și pentru comunitate, în vederea transmiterii infecției HIV.

Conform datelor UNAIDS, la nivel global, peste 35,7 milioane de persoane trăiesc cu HIV, dintre care 5 milioane sunt copii.

În Republica Moldova, de la debutul epidemiei HIV/SIDA (anul 1987) până în anul 2011 au fost înregistrate 7 125 de persoane infectate cu virusul HIV. În 2011 au fost depistate 721 de cazuri noi de infecție HIV (13,87 la 100 000 populație), în 2010 – 704 cazuri. De la debutul epidemiei, maladia SIDA a fost diagnosticată la 1 597 de persoane (25,43% din numărul persoanelor infectate cu HIV). În 2011 SIDA au făcut 420 de persoane (în 2010 – 290). Cele mai frecvente indiciatori ale maladii SIDA în Republica Moldova sunt infecția pulmonară cu *Mycobacterium tuberculosis* – 49,19%, candidoza esofagiană – 20,0% și sindromul de istovire HIV (Wasting sindrom) – 6,66%.

În contextul raportului risc-beneficiu și disponibilității regimurilor medicamentoase, Ghidurile internaționale și naționale pentru managementul cazului HIV sunt orientate în favoarea beneficiului și, astfel, se axează pe inițierea cât mai precoce a tratamentului antiretroviral (TARV).

Ghidurile curente ale Societății Clinice Europene SIDA recomandă, ca orice pacient cu numărul T-limfocitelor CD4 < 350 celule/μl, să primească TARV, chiar dacă el este asimptomatic, iar cei cu numărul T-limfocitelor CD4 < 200 celule/μl sunt cu infecție HIV avansată și trebuie să beneficieze imediat de TARV. În plus, pacienții cu numărul T-limfocitelor CD4 între 350 – 500 celule/μl și ARN-HIV > 100 000 de copii/ml trebuie să primească TARV.

În Republica Moldova este asigurat accesul universal la TARV al persoanelor cu infecția HIV/SIDA, care a început să fie aplicat din anul 2003. În prezent, în TARV sânt incluse 1 606 persoane cu infecție HIV/SIDA, dintre care 771 persoane au inițiat TARV în anul 2011. Astfel, tendințele curente ale infecției HIV/SIDA în Republica Moldova sunt: numărul crescut al cazurilor de infecție în rândul populației adulte prin transmitere heterosexuale, dar cu extindere rapidă a numărului beneficiarilor de TARV.

Material și metode

Au fost evaluați 40 de pacienți adulți (care au inițiat TARV în anul 2011) cu infecția HIV/SIDA (vârsta medie 36,4 ani; 60% din pacienți – între 30 – 39 de ani), aflați la supraveghere în secția de profil a Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă” și în Cabinetul teritorial de supraveghere medicală și tratament antiretroviral în condiții de ambulatoriu a persoanelor cu infecție HIV/SIDA, din cadrul Spitalului Clinic de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă”. Diagnosticul tardiv a fost definit prin prezența bolilor asociate SIDA și/sau a unui nivel al T-limfocitelor CD4 < 350 celule/μl.

Rezultate și discuții

Calea de infectare determinată la 40 de pacienți din lotul de studiu – 29 (72,5%) de pacienți s-au infectat pe cale heterosexuale, 8 (20%) – prin utilizarea drogurilor injectabile, iar la 3 (7,5%) pacienți nu s-a putut concretiza calea de infectare. Din cei 40 de pacienți studiați, 28 (70%) de pacienți au fost depistați tardiv cu numărul CD4 < 350 celule/μl, dintre care 18 (64,2%) pacienți au fost depistați foarte tardiv cu numărul CD4 < 200 celule/μl. Cele mai frecvente infecții oportuniste prezente la pacienții lotului nostru au fost: candidoza orofaringiană – 18 (45%) pacienți, tuberculoză pulmonară – 15 (37,5%), sindromul de istovire HIV (Wasting sindrom), Herpes Zoster și encefalopatia HIV – câte 3 (7,5%) pacienți, tuberculoză extrapulmonară, meningoencefalită tuberculoasă, meningită pneumococică, sarcom Kaposi și anemie toxică – câte 1 (2,5%) pacient. Concomitent la 8 (20%) pacienți a fost diagnosticată hepatită cronică virală C, la 2 (5%) pacienți – hepatită cronică virală B, iar la 1 (2,5%) pacient – hepatită cronică virală B+C. La pacienții incluși în studiu au fost identificate următoarele stadii ale infecției HIV: A2 (asimptomatic) – la 7 (17,5%), A3 (asimptomatic) – la 3 (7,5%), B2 – la 3 (7,5%), B3 – la 10 (25%), C2 – la 3 (7,5%) și C3 – la 14 (35%) (clasificarea infecției HIV CDC, 1993). Dintre toți pacienții, 30 (75%) se aflau în stadiul SIDA (A3+B3+C2+C3).

Acești pacienți au inițiat TARV cu: AZT (zidovudină) + 3TC (lamivudină) + EFV (efavirenz) (I schemă) – 19 (47,5%) pacienți și cu TDF (tenofovir) + FTC (emtricitabină) + EFV (efavirenz) (II schemă) – 21 (52,5%) pacienți.

Valoarea medie a T-limfocitelor CD4 la inițierea TARV a fost: I schemă – 214,11 ± 16,77 celule/μl și II schemă – 146,61 ± 22,92

celule/μl (p < 0,05). Valoarea medie a încărcăturii virale la inițierea tratamentului a fost: I schemă – 1502,6 ± 523,5 copii/ml și II schemă – 1623,5 ± 794,5 copii/ml (p > 0,05).

Cu cât depistarea infecției HIV/SIDA este mai tardivă și inițierea TARV întârzie, cu atât prognosticul pacientului este mai rezervat. Astfel, mortalitatea este deosebit de înaltă în depistarea tardivă decât în depistarea mai precoce. Respectiv, rata mortalității la pacienții ce au inițiat TARV la nivelul CD4 < 50 celule/μl reprezintă 70 de cazuri la 1 000 persoane/an, comparativ cu 3,2 cazuri la cei cu CD4 ≥ 200 celule/μl.

Pacienții cu infecția HIV/SIDA, depistați tardiv la un nivel scăzut al CD4 prezintă dificultăți în tratament din diferite motive, din punctul de vedere al riscului efectelor toxice ale TARV (anemie toxică, hepatotoxicitate, pancreatită, neuropatii, afecțiuni renale și cardio-vasculare), iar cel mai frecvent se atestă eșec terapeutic și recuperare imunologică foarte lentă.

În acest context urmează a monitoriza în continuare pacienții aflați în tratament antiretroviral în vederea stabilirii eficacității TARV administrat pacienților cu infecția HIV/SIDA cu diferit nivel al T-limfocitelor CD4.

Concluzii

1. La bolnavii cu infecție HIV/SIDA la depistare cele mai frecvente manifestări clinice depistate au fost candidoza orofaringiană la 45% pacienți, tuberculoza pulmonară – 37,5%, Herpes Zoster – 7,5%, encefalopatia HIV – 7,5%, sindromul de istovire HIV (Wasting sindrom) – 7,5%.
2. 70% din pacienții cu infecția HIV/SIDA sunt depistați tardiv, cu numărul T-limfocitelor CD4 < 350 celule/μl, cu sau fără boli definitorii SIDA, ceea ce sugerează necesitatea ameliorării strategiilor de testare HIV și depistare a bolnavilor.
3. La inițierea tratamentului antiretroviral, 30 (75%) din 40 de pacienți investigați se aflau în stadiul SIDA (A3 – 3 (7,5%), B3 – 10 (25%), C2 – 3 (7,5%) și C3 – 14 (35%).
4. Tratamentul antiretroviral (TARV) trebuie inițiat tuturor pacienților care prezintă numărul T-limfocitelor CD4 < 350 celule/μl, cu sau fără stări SIDA definitorii. Pacienții cu infecția HIV avansată (CD4 < 200 celule/μl) necesită regimuri TARV corect selectate, luând în considerație toate efectele toxice posibile ale preparatelor antiretrovirale și interacțiunile medicamentoase posibile.