

2005 au servit drept bază pentru elaborarea Programului Național pentru anii 2006-2010. Proiectul programului conține nouă strategii. Realizarea strategiilor, obiectivelor și activităților prioritare va contribui la nerăspândirea infecției HIV/SIDA și la minimalizarea consecințelor negative ale epidemiei.

Summary

The HIV/AIDS infection represents one of the main problems of social health care in Republic of Moldova. The epidemiological situation remains strained. Were noticed the tendencies to generalization of the infection. Until 2000 new causes were registered primarily between injecting drug users. The last years was observed the growth of the percent people infected in heterosexual contacts and growth of women between new cases of infection. General prophylactic actions consider different situations and are based on a complex strategic plan. In Republic of Moldova, were confirmed by the Government and realized 2 national programs. Monitoring and the evaluation of realization of the national program of HIV/AIDS infection and STI prophylactic measures of 2001-2005, were laid in the basis of development of national program for 2006-2010. The project of the program contains 9 strategies. Realization of the main strategies, aims, tasks and actions of the National program will help restrain HIV/AIDS infection and minimize negative influence of the epidemic.

DATELE STUDIULUI ÎN CLASTERE PRIVIND REALIZAREA PROGRAMULUI NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI

Victoria Bucov, dr.h. în medicină, **Laura Țurcan**, medic epidemiolog, **Galina Hodîreva**, dr. în medicină, **Zinaida Coroi**, medic epidemiolog, **Zinaida Ceban**, medic epidemiolog, **Tamara Mînăscurtă**, medic epidemiolog, **Nina Tinta**, medic epidemiolog, **Ion Jian**, medic epidemiolog, **Ludmila Rîbac**, medic epidemiolog

Centrul Național Științifico - Practic de Medicină Preventivă,
Centrul de Medicină Preventivă, mun.Chișinău

Realizarea obiectivelor Programului Extins de Imunizare (PEI) și ale Programelor Naționale de Imunizare (PNI) este bazată pe funcționarea calitativă a sistemului de supraveghere epidemiologică, a serviciului de vaccinare, fiind legată de existența sistemului informațional modern pentru monitorizarea acoperirii vaccinale și dirijarea PNI.

În vederea evaluării nivelului de realizare și a eficienței programelor de imunizare sunt folosite pe scară largă diferite metode de cercetare. Chestionarea realizată prin metoda aleatoare de selectare a teritoriilor luate în studiu, interviuarea, interogarea telefonică sau prin e-mail permit a evalua și a compara cuprinderea cu vaccinare a populației din diferite teritorii, a determina cauzele acoperirii vaccinale joase, ceea ce are ca scop final perfecționarea sistemului de supraveghere epidemiologică, reducerea morbidității prin maladiile transmisibile incluse în PNI [5,7-9]. În studiile efectuate s-a menționat că o sarcină importantă a programelor de imunizare în prezent este oportunitatea efectuării imunizărilor [2, 4] pentru reducerea la timp a riscului de infectare, căutarea și realizarea unor măsuri efective pentru menținerea nivelului suficient de acoperire vaccinală. Au fost evidențiați indici variați de acoperire vaccinală în funcție de mediul de trai - urban, suburban și rural -, ceea ce necesită elaborarea măsurilor corective diferențiate [1,3,14]. În zonele urbane riscul infectării copiilor mici este mai înalt comparativ cu alte zone [4,11,12]. Se subliniază că investițiile în programele de imunizare trebuie să se bazeze pe analiza situației în funcție de zona de trai [10,13], structura acestei zone și serviciile medicale [6,11].

Alături de crearea păturii imune înalte la contingentele de copii în PEI se prevede supravegherea și evidența tuturor efectelor secundare postvaccinale printr-un sistem activ sau pasiv, structura căruia trebuie să fie adaptată la condiții reale [9].

Luând în considerare cele indicate mai sus, obiectivul prezentei lucrări este evaluarea nivelului de imunizare cu vaccinuri DTP I-IV și ROR în condițiile mun. Chișinău.

Materiale și metode. Colectarea informației în mun. Chișinău privind oportunitatea, plenitudinea și corectitudinea imunizărilor realizate contingentelor de copii eligibili pentru primul ciclu de imunizare cu vaccinul DTP și vaccinul ROR s-a efectuat prin metoda aleatoare de cuiburi la nivelul de veridicitate de 95% și greșala medie de 5%. În total au fost examinate 355 Fișe de dezvoltare a copiilor de vârste respective din 5 CMF și 16 sectoare teritoriale medicale.

Rezultate. Materialul colectat a arătat că numai doi copii din 242 (0,8%) n-au primit numărul necesar de doze DTP conform vârstei, iar cu vaccinul ROR au fost vaccinați 100% copii din acest lot.

În *tab.1* sunt prezentate rezultatele analizei a 355 Fișe de dezvoltare a copiilor, f. 112 privind starea de imunizare cu vaccinuri DTP (primul ciclu) și ROR. Cu respectarea termenelor calendarului de vaccinare în vigoare au fost imunizați 66,3 ±6,8% (DTP I-III), 71,1±5,8% (DTP I-IV) și 85,8±6,5% (ROR) persoane.

Tabelul 1

Rezultatele analizei Fișelor de dezvoltare a copilului f. 112 privind starea de imunizare cu vaccinuri DTP și ROR

Vaccinul	Nr.total	Nr.de încălcări a calendarului	Examen medical	Starea sănătății				Supravegherea postvaccinală		
				Patologii înăscute	Encefalopatii	Anemie	Infecții respiratorii frecvente	30 min. după vaccinare	30 zile după vaccinare	
									lucrătorul medical	părinți
DTP I-IV %±2m	242	68 28,9 ±5,8	240 99,2±0,7	14 5,5 ±3,0	158 65,3 ±6,1	47 19,4 ±5,1	63 26,0± 5,6	113 46,7 ±6,4	210 86,8±5,8	5 2,1±1,8
Inclusiv DTP I-III %±2m	196	130 33,7 ±6,8	194 99,0±0,9	13 6,6±3,5	128 65,3±6,8	46 23,5±6,1	54 27,6±6,6	109 55,6±7,1	180 91,8±3,9	3 1,5±0,8
ROR %±2m	113	15 14,2±6,5	111 98,2±1,1	2 1,8±1,2	57 50,5± 9,4	8 7,1±4,8	14 12,4±6,2	8 7,1± 4,8	67 59,3±9,2	7 6,2±4,5
În total %±2m	355	83 23,4±4,2	351 98,9±1,0	16 4,5± 2,2	215 60,6 ±5,2	55 15,5 ±3,8	77 21,7±4,4	121 34,1 ±5,0	277 78,0±4,4	12 3,4±1,9

Analiza mai detaliată a datelor a demonstrat că proporția copiilor vaccinați la timp nu este egală la administrarea diferitelor doze din ciclul inițial de vaccinare. Cel mai mic indicator a fost stabilit la copiii vaccinați cu doza a III DTP – 56,9%, semnificativ mai redus comparativ cu primele două doze – 68,2 și 73,1%, P<0,05. De menționat că în grupul respectiv de copii numărul persoanelor cu diferite afecțiuni ale tractului respiratoriu este de două ori mai mare decât la contingentele eligibile pentru prima doză DTP.

Așadar, se poate de conchis că încălcarea termenelor calendarului de vaccinare la primul ciclu de vaccinare cu DTP este condiționată de contingentele de copii eligibili pentru doza a III-a de vaccin.

Prezintă interes faptul că în grupul analizat de copii s-au constatat la un nivel înalt diferite patologii: maladii înăscute (5,5 ±3,0), encefalopatii (65,3 ±6,1), anemii (19,4 ±5,1), ceea ce necesită acțiuni speciale preventive și curative și poate fi apreciat ca un factor de risc pentru sănătatea copiilor și rezistența lor la maladiile transmisibile.

La inițierea programelor de imunizări acum câteva decenii o problemă dificilă era lipsa examenului medical al copiilor înainte de imunizare. În prezent se poate de afirmat că această problemă,

în principiu, a fost soluționată - la majoritatea copiilor acțiunea respectivă a fost realizată în 98,2-99,25% de cazuri. Totodată, nivelul de supraveghere postvaccinală a copiilor este redus: timp de 30 min după administrarea vaccinului s-au aflat sub supraveghere medicală 46,7±6,4% de copii după dozele DTP I-IV, numai a zecea parte din copii după doza a patra de acest vaccin și doar circa 7 % după administrarea ROR. Timp de 30 zile după vaccinare au fost consultați de lucrătorul medical (în majoritatea cazurilor de asistența medicală) 91,8±3,9% de copii cu DTP I-III, 86,8±5,8% - DTP I-IV, 61,9±10,4 – ROR. Adică, cu cât este mai mare copilul, cu atât indicatorul în cauză este mai mic. Situația dată generează pericolul neevidențierii la timp a posibilelor reacții postvaccinale, precum și a celor obișnuite, a reacțiilor indezirabile. Pe de altă parte, în timpul vizitelor efectuate de lucrătorul medical pe parcursul a patru săptămâni (termenul recomandat de OMS) de după administrarea vaccinurilor DTP și ROR (în total 277 vizite) n-au avut loc și n-au fost observate careva dereglări ale sănătății la copiii imunizați. În scopul evidențierii eventualelor cazuri de reacții postvaccinale au fost analizate și adresările părinților după asistența medicală în perioada respectivă. Au fost înregistrate în total 12 adresări în instituțiile medicale din mai multe motive (bronșite, pielonefrită, angină, infecții acute etc.), dar nici un caz nu a fost legat cu careva semne clinice, apărute după administrarea vaccinurilor. Așadar, tentativa de a evidenția activ reacții postvaccinale a fost neefectivă.

Concluzii

1. Din contingentele copiilor (Nr.355) eligibili la imunizare cu DTP I- IV și ROR dozele respective de vaccin au primit 99,2% și 100 % de copii.

2. Nerespectarea termenelor calendarului de vaccinare la primul ciclu de vaccinare cu vaccinul DTP, în total în limitele de 26,9-43,1%, este cauzată de întârzierea administrării dozei a III-a de vaccin din motivul contraindicațiilor temporare, ceea ce necesită realizarea măsurilor de întărire a sănătății la acest contingent de copii.

3. S-a constatat un nivel insuficient al supravegherii copiilor în perioada postvaccinală, fapt care prezintă un eventual pericol de reacții adverse postvaccinale indezirabile neevidențiate.

Bibliografie selectivă

1. Altinkaynak S, Ertekin V, Guraksin A, Kilik A, *Effect of several sociodemographic factors on measles immunization in children of Eastern Turkey*, Public Health, 2004, 118 (8), p.565-9.

2. Bardenheier B.H., Yusuf H.R., Rosenthal J. et al, *Factors associated with underimmunization at 3 month of age in four medically underserved areas*, Public Health Rep, 2004, 119 (5), p.479-85.

3. Calvo N., Morice A., SAenz E., Navas L., *Using surveys of schoolchildren to evaluate coverage with and opportunity for vaccination in Costa Rica*, Rev Panam Salud Publica, 2004, 16 (2), p.118-124.

4. Da Silva A.A., Gomes U.A., Tonial S.R., da Silva R.A., *Vaccination coverage and risk factors associated to nonvaccination in a urban areas of northeastern Brazil*, Rev Saude Publica., 1999, 33 (2), p.147-56.

5. Eaker S., Bergstrom R., Bergstrom A., Adami H.O., Nyren O., *Response rate to mailed epidemiologic questionnaires: a population-based randomized trial of variations in design and mailing routines.*, Am J Epidemiol, 1998., 147 (1), p. 74-82.

6. Herrera L.R., Kakehashi M., *An international data analysis on the level of maternal and child health in relation to socioeconomic factors*, Hiroshima J Med Sci, 2001, 50 (1), p. 9-16.

7. Mehta U., Milstein I.B., Duclos P., Folb P. I., *Developing a national system for dealing with adverse events following immunization*, Bull World health organ, 2000, 78(2), p.170-7.

8. Murthy B.N., Radhakrishna S., Ventkatasubramanian S., Periannan V., Lakshmi A., *Lot quality assurance sampling for monitoring immunization coverage in Madras City*, Indian Pediatr, 1999 Jun, 36 (6), p. 555-9.

9. Niu MT, Erwin DE, Braun MM, *Data mining in the US Vaccine Adverse Event Reporting System (Vaers): early detection of intussusception and other events after rotavirus vaccination.*, Vaccine, 2001, 19(32), p.4627-34.

10. Perez-Cuevas R., Reyes H., Pego U. et al, *Immunization promotion activities: are they effective in encouraging mothers to immunize their children?*, Soc Sci Med, 1999, 49 (7), p.921-932.
11. Santoli J.M., Setia S., Rodewald L.E. et al, *Immunization pockets of need: science and practice.*- Am J Prev Med., 2000, 19 (3 sup.), P. 89-98.
12. Stokley S., Santoli J.M., Willis B. et al, *Impact of vaccin shortages on immunization programs and providers*, Am J Prev Med, 2004, 26 (1), p.15-21.
13. Stokley S., Smith P.J., Klevens R.M. et al, *Vaccination status of children living in rural areas in the US: are they protected?*, Am J. Prev Med, 2001, 20 (4 suppl.), p.55-60.
14. Talani P., Naaba P., Bolanda D. et al, *An immunization coverage survey in the Kouilou area of Congo-Brazzaville*, Sante, 2004, 14 (2), p.121-124.

Rezumat

Prin metoda de cluster au fost selectate 355 de cartele medicale din 5 Centre municipale ale Medicilor de Familie din Chişinău la copiii imunizaţi cu vaccinurile DTP şi ROR. Nivelul acoperirii vaccinale a copiilor eligibili la dozele 1-4 DTP a constituit 99,2% şi ROR – 100%. Cel mai frecvent încălcarea termenelor calendarului de vaccinare la copii a fost observată la DTP3, la 43,1% copii vaccinaţi. A fost determinat un nivel insuficient de supervizare medicală postvaccinală, ceea ce reduce controlul RAPI.

Summary

With the method of clusters there were selected data from 355 medical cards in 5 municipal CFD of Cishinau about the DTP and MMR immunization. The level of immunization coverage for DTP I- IV eligible children was 99,2%, ROR - 100 %. The highest proportion of divergence from the terms of vaccination schedule was observed for DTP III – 43,1%. It was revealed the insufficient medical supervision of children after the administration of vaccines that reduce control of poctvaccination adverse events.

VOLUMUL ACTIVITĂŢILOR PROFILACTICE - ARGUMENTE ŞI PRIORITĂŢI PENTRU AMELIORAREA SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Valeriu Pantea, dr. în medicină, conf. cercet.,
Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă

Multiplele cercetări efectuate de savanţi în vederea evaluării influenţei factorilor de mediu asupra sănătăţii populaţiei demonstrează ca ponderea acestora în declanşarea proceselor patologice variază de la o maladie la alta, iar media procentuală de influenţă a lor constituie 25-30 la sută (împreună cu modul de viaţă -60-65%).

Trecerea la noile relaţii economice demonstrează că factorii de mediu şi condiţiile care se creează în această perioadă (de muncă, de alimentaţie, de educaţie şi instruire ş.a.) au tendinţe „catalizatoare” şi de agravare a stării de sănătate a populaţiei.

Astfel, în perioada respectivă creşte rolul medicinei preventive, devine importantă, în special, sarcina de supraveghere sanitaro-epidemiologică a factorilor de mediu la obiectivele cu semnificaţie igienică şi cu risc sporit pentru sănătatea populaţiei.

Pe timpuri economia centralizată a statului deţinea un anumit număr de obiective în diverse ramuri ale economiei naţionale. O dată cu dezvoltarea sectorului privat numărul obiectivelor în diferite ramuri şi profiluri de producţie a sporit esenţial. În aceste condiţii importanţa sarcinii funcţionale de supraveghere sanitaro-epidemiologică de stat, de asemenea, a crescut. La anumite profiluri de supraveghere sanitaro-epidemiologică, cum ar fi igiena muncii, igiena alimentaţiei, igiena mediului