

13. Приймак А. А., Кучеров А. Л., *Новые подходы к активному выявлению больных туберкулезом* // Русский Медицинский журнал, Том 8, № 12, 2005, с. 1908-1912.
14. Тырылгин М. А., *Туберкулез и экология* // Проблемы туберкулеза, 1994, № 1, с. 51-53.

### Rezumat

Evidențierea în rețeaua medicinei generale a grupelor cu factori de risc în îmbolnăvirea de tuberculoză și măsurile profilactice luate permit depistarea tuberculozei la etapa inițială, astfel îmbunătățindu-se situația epidemiologică și prognoza tratamentului.

### Summary

The depiction of person who have risk factors for Tuberculosis and prophylactic work with person from the risk group allow to determine tuberculosis in its early stage, improving the epidemiological situation and prognosis for treatment disease.

## PRINCIPIILE FORMĂRII GRUPELOR DE EVIDENȚĂ LA NIVELUL CENTRULUI MEDICULUI DE FAMILIE

**Ana Moscovciuc**, dr. în medicină, conf. cercet. **Gheorghe Țâmbalari**, dr. în medicină, conf. cercet. **Nicolae Nalivaico**, dr. în medicină, conf. univ. **Larisa Procopișin**, dr. în medicină, conf. cercet., **Nionela Muntean**, **Luminița Cojocari**, **Ana Donica**, **Elena Mogorean**, dr. în medicină, conf. cercet., **Silvia Romaniuc**, **Tatiana Cișlaru**, IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”

În majoritatea țărilor economic dezvoltate din lume bolile nespecifice pulmonare (BNP) prezintă una din problemele primordiale ale ocrotirii sănătății prin majorarea incidenței, prevalenței, morbidității și mortalității [1; 2; 3]. În Republica Moldova bolile aparatului respirator în structura incidenței generale a morbidității populației predomină, reprezentând o problemă social-economică importantă.

Consolidarea asistenței medicale primare a constituit una din direcțiile strategice la etapa contemporană, iar activitățile de bază în acest domeniu au fost orientate spre optimizarea funcțiilor medicului de familie și concentrarea maximă a măsurilor curativ-profilactice acordate populației.

**Scopul** studiului este determinarea structurii epidemiologice a populației și formarea grupelor de evidență a populației adulte în sectorul medicului de familie.

**Materiale și metode.** S-a efectuat studiul epidemiologic al populației adulte urbane (or. Chișinău) și rurale (s. Rudi, jud. Soroca). Anchetarea a fost efectuată conform unui chestionar întocmit la începutul studiului. S-au completat 3809 chestionare.

**Rezultate și discuții.** Drept rezultat al studiului epidemiologic al populației urbane (or. Chișinău) și rurale (s. Rudi), au fost formate 3 grupe de evidență pe sectorul medicului de familie:

*Grupa I* – persoane sănătoase, care constituie 83% din numărul total de anchetați. În acest grup s-au inclus persoane fără antecedente ereditare în BNP, care n-au suportat bronșită acută, evoluție trenantă, fără boli cronice nazofaringiene, care au condiții de muncă și de trai sanitaro-igienice adecvate. Această grupă a fost împărțită în două subgrupe:

I „a” – persoane sănătoase fără factori de risc în dezvoltarea BNP, care constituie 70,7% din numărul persoanelor sănătoase și 58,6% din numărul total de anchetați.

I „b” – persoane sănătoase cu diverși factori de risc în dezvoltarea bolilor aparatului respirator, care alcătuiesc 29,3% din numărul persoanelor sănătoase și 24,4% din numărul total de anchetați.

Dintre factorii de risc la persoanele sănătoase pe prim-plan este fumatul, din prima grupă fumează 24,8% de persoane anchetate. În grupa persoanelor sănătoase unii din factorii de risc importanți sunt: bolile nosofaringiene (13,1%), bronșitele acute repetate (10%), pneumoniile (7,1%),

mai rar în anamneză se întâlnesc factorii nefavorabili de muncă (4,9%), IRA nu mai puțin de 3 ori în an (4,7%). S-a constatat că la bărbați factorul principal de risc este fumatul. Bărbații fumează în toate grupele de vârstă, maximal la vârsta de 31-40 de ani (53,5%) în condiții rurale și de 41-60 de ani (45,6%) în condiții urbane. Acest factor, la fel, prezintă un rol important la femeile de la oraș (9,1%) în comparație cu cele de la sat (2,2%). Condițiile nefavorabile de muncă sunt caracteristice, mai ales, pentru mediul rural atât în cazul bărbaților (8,8%), cât și în cel al femeilor (6,3%) comparativ cu persoanele din mediul urban (bărbați 3% și femei 3,2%).

Persoanele clinic sănătoase din subgrupa I „a” se examinează la medicul de familie o dată în an. Persoanelor din subgrupa I „b” li se va efectua profilaxia primară a bolilor nespecifice pulmonare. Acestor persoane le sunt indicate metode curativ-profilactice: călirea, refuzul la factorii dăunători, în primul rând, fumatul. Personale din respectiva subgrupă necesită anual investigații clinico-instrumentale la medicul de familie; sunt necesare evidențierea acuzelor de tuse, expectorarea sputei, dispneei. Dacă factorii de risc sunt evitați în timp de 2 ani și nu se înregistrează modificări din partea aparatului respirator, este posibil transferul din subgrupa I „b” în subgrupa I „a”.

*Grupa II* – premorbizi. În această grupă au fost incluse persoanele (4,4% din numărul persoanelor anchetate) cu semne preclinice, care se caracterizează prin instabilitatea funcției respirației, ceea ce duce la apariția bronhospasmului ascuns cu semne generale și locale ale stării alergice. Mai mult de 1/3 (39,9%) din numărul persoanelor din grupa II aveau tuse periodică mai puțin de 3 luni în an, iar la unele persoane (2,4%) s-a înregistrat tuse cu expectorarea sputei în cantitate mică. Argumente pentru stabilirea diagnosticului de bronșită cronică nu existau. Aproximativ 1/10 (8,3%) de persoane din această grupă prezintă acuze la dispnee cu caracter episodic, IRA mai mult de 3 ori în an au fost înregistrate la 12,5% de persoane din grupul premorbizilor atât la femei, cât și la bărbați. Bronșita cu evoluție trenantă mai des este diagnosticată la femei (10,3%) decât la bărbați (7,4%). Acuze la accese de tuse, la factori iritanți, au fost la 1/3 din anchetați, în aceeași măsură la femei și bărbați.

*Grupa III* a inclus bolnavii cu BNP (12,6%) cronice, care necesită supraveghere deosebită și tratament. Evoluția bolii poate fi compensată, subcompensată și decompensată. În legătură cu aceasta grupa III se divizează în 3 subgrupe (III a, III b, III c).

### **Concluzii**

Grupele de evidență recomandate în sectorul medicului de familie vor face posibilă depistarea precoce a factorilor de risc la persoanele cu semne premorbide. Efectuarea măsurilor curativ-profilactice și reabilitarea socioeconomică a acestor contingente vor permite prevenirea dezvoltării BNP și a acutizărilor de BNP cronice cu micșorarea pierderilor economice cauzate de BNP.

### **Bibliografie selectivă**

- 1 *Основные положения международных клинических рекомендаций по диагностике и лечению хронической обструктивной болезни легких* // Пульмонология № 3, 2005, с. 101-108.
2. Соловьев К.И., *Распространенность хронических неспецифических заболеваний легких у жителей Новгородской области* // X Национальный Конгресс по болезням органов дыхания. С-Петербург, 2000, с. 376.
3. Dușu Șt., Bâșcă N., Ioniță D., Nemeș R., *Epidemiologia bolilor obstructive pulmonare cronice* // Pneumologia, vol. XLVIII, nr.3, 1999, p. 172-173.

### **Rezumat**

Grupurile de evidență recomandate vor permite prevenirea dezvoltării bolilor nespecifice pulmonare și reabilitarea bolilor nespecifice pulmonare cronice cu micșorarea pierderilor economice cauzate.

### **Summary**

The recommended groups of observation provide preventive maintenance of development nonspecific pulmonary diseases and peaking of the chronic nonspecific pulmonary diseases and promote lowering of economic damage.