

кулезной помощи // Туберкулез и болезни легких. – 2011. - № 7. – с.11-15.

4. Сельцовский П.П. Социальный портрет впервые выявленного больного туберкулезом в Москве // Социология медицины. - 2003. - №2. - С. 35-37.

5. Шиган Е.Н. Применение современных математических подходов и вычислительных средств в здравоохранении. – М.: Издательство САМУС. – 1973. – с.41.

### Rezumat

Pentru estimarea complexă a factorilor de risc a tratamentului inefficient s-a utilizat metoda raportului verosimilității (RV). Obiectul studiului a fost de 10398 pacienți adulți, caz nou și recidivă a tuberculozei pulmonare. Pacienții au fost divizați în 2 grupe: I – 7249 persoane cu cursul tratamentului de bază eficient, II – 3149 pacienți cu tratament inefficient. La prima etapă, prin utilizare a diferitor procedee statistice, a fost formată grupa factorilor sociali, care au contribuit la ineficiența tratamentului. Toate variabilele au fost prezentate în formă de nivele sau clase. Pentru fiecare nivel de factor se calcula coeficiențele raportului verosimilității, în baza cărora s-au calculat coeficienții de diagnostic, care permit estimarea integrală a factorilor de risc sociali. Utilizarea estimării integrale a factorilor de risc sociali permite de a evidenția grupa pacienților cu risc crescut de rezultatul nefavorabil al tratamentului.

**Cuvinte-cheie:** Tuberculoză, eficacitate tratamentului, factori de risc.

### Резюме

Для комплексной оценки факторов риска неэффективного исхода лечения использовался метод отношения правдоподобия (ОП). Объектом исследования явились 10398 взрослых больных с впервые выявленным и рецидивами туберкулеза легких. Все пациенты разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 7249 чел., у которых курс лечения признан эффективным, 2-ю группу – 3149 пациентов с неэффективным исходом химиотерапии. На первом этапе с помощью различных статистических процедур была сформирована группа социальных факторов, влияющих на неэффективный исход лечения. Все переменные были представлены в виде уровней или классов. Для каждого уровня фактора рассчитывались коэффициенты отношения правдоподобия, на основе которых были вычислены диагностические коэффициенты, позволяющие получать интегральную оценку социальных факторов риска. Использование интегральной оценки социальных факторов риска позволяют выделить группу больных с высоким риском неблагоприятного исхода лечения

**Ключевые слова:** Туберкулез, эффективность лечения, факторы риска.

### Summary

For the comprehensive evaluation of the risk factors for ineffective treatment outcome the likelihood ratio (LR) method was used. The study group included 10,398 adult

new pulmonary TB patients and TB relapses. All patients were divided into 2 groups: group 1 consisted of 7249 patients with effective treatment; group 2 consisted of 3149 patients with ineffective outcome of chemotherapy. At the initial stage of the study a group of social factors, which have an effect on treatment outcome, was created. All variables were presented in the form of levels or classes. For each factor level the likelihood ratios were calculated. Based on LR, the diagnostic ratios were calculated which allowed for the integral evaluation of the social risk factors. The application of this evaluation helps identify a group of patients with a high risk of unfavorable treatment outcome.

**Key words:** Tuberculosis, treatment effectiveness, risk factors

## ASPECTE DE MANAGEMENT AL ABANDONULUI TRATAMENTULUI ANTITUBERCULOS ÎN REPUBLICA MOLDOVA

*Dmitri Sain*, dr. hab., prof. cerc., *Ion Haidarli*, dr. hab., conf. cerc., *Lidia Râvneac*, dr. în med., conf. cerc., *Larisa Jurja*, dr. în med., conf. cerc., *Galina Crivenco*, dr. în med., conf. cerc., *Tamara Tudos*, dr. în med., conf. cerc., *Tatiana Țâmbalari*, *Vitalie Țâmbalari*, dr. în med., *Sergei Ciobanu*, *Eugenia Cula*  
Institutul de Ftiziopneumologie  
„Chiril Draganiuc”, Chișinău  
e-mail: ion.haidarli@gmail.com

### Introducere

Acum două decenii situația epidemiologică a tuberculozei se considera favorabilă – incidența tuberculozei constituia 39,6 și mortalitatea prin tuberculoză – 3,9 la 100 000 de populație în cadrul structurii favorabile a morbidității. Începând cu anul 1990 tuberculoza a evoluat în epidemie datorită crizei socio-economice și finanțării insuficiente a ocrotirii sănătății. În anul 1993 Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a declarat tuberculoza problemă globală de sănătate publică și a recomandat guvernelor tuturor țărilor să elaboreze Programe Naționale Antituberculoase bazate pe strategia DOTS.

În legătură cu înrăutățirea continuă a situației epidemiologice – după calculele experților în Republica Moldova nivelul statistic al morbidității în anul 2000 de 68,5 nu corespundea limitei de 150 la 100 000 de populație în condițiile implementării corecte a strate-

giei DOTS – Guvernul a adoptat Programe Naționale de Control și Profilaxie a Tuberculozei, bazate pe strategia DOTS.

Implementarea reușită a Programelor este posibilă doar în îndeplinirea tuturor obiectivelor strategiei, acordând o atenție deosebită depistării active și pasive a tuberculozei și tratamentului de ambulator.

Rezultatul final al tratamentului tuberculozei este mult condiționat de depistarea precoce și tratamentul direct observat (DOT). Actualmente funcționează deja stabil sistemul de asigurare medicală obligatorie, iar rețeaua medicală primară este reprezentată de instituția medicinei de familie. Deoarece majoritatea pacienților cu tuberculoză, prima solicitare de asistență medicală o face la unitățile sanitare generale, acestea au o bună ocazie de a stabili relații constructive cu pacientul. Totodată, în legătură cu durata chimioterapiei, în special a tuberculozei multidrog-rezistentă (MDR-TB), este dificilă menținerea voinței pacientului de respectare a regimului de tratament și de vindecare, însă cadrul medical la care este dirijat pacientul cu suspjecție la tuberculoză, poate pune bazele atitudinii corecte a pacientului față de tratament.

Este cunoscut că întreruperea frecventă a tratamentului duce la dezvoltarea rezistenței la drogurile antituberculoase și acest fenomen în ultimii 20 de ani a crescut de la 25,6% în anul 1997 la 35,4% în anul 2008. Mai mult, MDR a crescut de la 3,7% la 24,8% respectiv [1].

**Scopul studiului.** Evaluarea aspectelor cauzale și de management al abandonului tratamentului antituberculos.

**Material și metode.** Pentru evaluarea aspectelor cauzale ale abandonului tratamentului au fost analizate ponderea și structura clinico-microbiologică a abandonului din perioada 2007-2009. S-au utilizat baza de date SIME TB și datele centralizate de la Biroul Național de Statistică [2].

**Rezultate.** Studiul retrospectiv a demonstrat că în anul 2007 au fost declarate 5 325 de cazuri (noi și recidive) de tuberculoză. Abandon și întrerupere repetată a tratamentului au comis 570 de pacienți (10,7%). Din totalul de abandon ponderea baciliferilor (BAAR-pozitivi) a constituit 31,4% (179 de pacienți).

În anul 2008 din 4 970 de cazuri (noi și recidivă) de tuberculoză, abandonul și întreruperea tratamentului antituberculos a constituit 11,5% (572 de pacienți). Baciliferii (BAAR-pozitivi) în cadrul abandonului au constituit 30,6% (175 de pacienți).

Rata îmbolnăvirilor cu tuberculoză (cazuri noi și recidive) a scăzut în anul 2008 versus anul 2007 cu 6,6%, iar ponderea abandonului a crescut cu 0,8% și ponderea baciliferilor în cadrul abandonului a scăzut cu 1,2%.

În anul 2009 din 4744 de îmbolnăviri (3 804 cazuri noi și 940 cazuri de recidivă), abandonul a constituit 10,0% (477 de pacienți), fiind în scădere față de anul 2007 cu 0,7% și față de anul 2008 – cu 1,5%. Abandonul tratamentului DOTS Plus I-au comis 70 de pacienți și ponderea acestora constituie 14,6% din totalul de abandonuri. Din 3804 cazuri noi, abandonul tratamentului I-au făcut 238 de pacienți cu tuberculoză pulmonară BAAR-pozitivă și constituie 6,2%. Din cazurile de recidivă a tuberculozei (940) tratamentul antituberculos a fost abandonat de 89 pacienți (9,4%), inclusiv 73,0% (65) BAAR-pozitivi și 26,9% (24) BAAR-negativi. Conform fazei procesului tuberculos, distrucția era prezentă la 67,7% (323).

Conform tipului cazului de tuberculoză în structura abandonului predomină din rândul cazurilor noi – 49,9% și din rândul cazurilor după întrerupere repetată – 19,1%; 9,8% constituiau cazurile după eșec, 1,5% – cazurile cronice și 0,6% – cazurile cu tratamentul inițiat în străinătate.

În general mai frecvent fac abandon pacienții din mediul rural (52,2%). Pe sexe predomină net pacienții bărbați (83,2%), raportul fiind de 4,9/1 pentru bărbați. În cadrul abandonului, ponderea BAAR-pozitivi prin microscopie constituie 68,3% și prin cultură – 49,0%. Maladii concomitente erau prezente la 25,6% (122), inclusiv infecția HIV – 16,4%, alcoolism – 69,5%, narcomanie – 9,0%, psihopatii – 4,9%.

Din datele prezentate reiese necesitatea acordării atenției deosebite dezvoltării simptomelor psihiatrice. Sprijinul psihologic este foarte eficient în susținerea tratamentului complex. În prezența simptomelor severe de depresie sau a psihozei și lipsei posibilității consultului psihiatric, medicul curant ar fi nevoit să administreze preparate psihotrope până la consultul specialistului.

În anumite cazuri pacientul evită luarea medicamentelor pe motiv că i se acordă atenție insuficientă tratamentului efectelor secundare. În astfel de cazuri, se cer acțiuni mult mai energice întru înlăturarea efectelor secundare ale tratamentului. Este necesară estimarea consumului de alcool și substanțelor narcotice de către pacient. Deși comportamentul pacientului, în astfel de cazuri, este dificil de monitorizat, educația sanitară a pacientului și consultația pe probleme legate de dependența de droguri, pot fi utile. Asistență suplimentară pot oferi grupele de sprijin și “programele de 12 pași”, cum ar fi “Alcoolicii anonimi”, care (dacă ele există) sunt chemate să acopere pacienții cu sputa negativată. Acești pacienți necesită determinarea oportună a efectelor alcoolului și ale drogurilor narcotice și spitalizare în instituții specializate pentru tratament complex în comun cu psihiatrii sau narcologii, deoarece aceștia dezvoltă encefalopatie și

degradare mentală, adesea ei nu numai încalcă regimul de tratament și fac abuz de alcool chiar în cadrul spitalului, ci și abandonează tratamentul. Astfel de pacienți în anul 2009 au constituit 8,7% din totalul de cazuri noi, însă din numărul de contingente BK-pozitivi, ponderea acestor pacienți constituie 10,7%. Această cifră pare a fi mică, însă din numărul declarat cu alcoolism cronic și cu abuz de alcool (416) ea constituie 57,2%.

Tratamentul TB MDR trebuie făcut sub observare directă (DOT). Cu toate acestea, chiar și în aplicarea tratamentului DOT, un anumit număr de pacienți nu respectă regimul de tratament și se eschivează de la luarea medicamentelor. În controlul tuberculozei o importanță deosebită poartă aspectele de gen și, deși în Republica Moldova, raportul bărbați/femei este de 1/3, femeile sunt afectate, în special, în perioada activității reproductive, care generează probleme grave de infecție tuberculoasă familială cu îmbolnăvirea copiilor. Mai mult decât atât, sarcina la femei complică evoluția tuberculozei, în special MDR TB, și duce la întreruperea tratamentului pe termen lung. Pentru asigurarea aderenței la tratament, este recomandabilă tactica acordării pacientului anumitor “mijloace” și “stimulente”. Diferența dintre cele două concepte constă în faptul că “mijloacele” sprijină pacientul în respectarea regimului de tratament (de exemplu, bilete pentru transportul călătorie până la instituția medicală), în timp ce “stimulentele” sunt recompensă pentru aderență. Drept stimulente pot fi bilete suplimentare de transport, pachete cu alimente (eliberate la sfârșitul săptămânii pe parcursul căreia pacientul a respectat regimul de tratament), articole de îmbrăcăminte, indemnizații bănești sau alimentare în instituția în care pacientul ia medicamentele. Diferența dintre “mijloace” și “stimulente” adesea este neclară. De exemplu, un set de produse alimentare poate fi pentru pacient drept stimul în continuarea tratamentului, cât și mijloc de asigurare a alimentării pacientului și ameliorării eficacității tratamentului. La mijloace și stimulente sunt referite, de asemenea, programele educaționale pe tuberculoză pentru pacienți și familiile acestora, consultarea lucrătorilor sociali, asistența medicală complexă, delegarea asistenților sociali din rândul populației locale în ajutorul lucrătorilor medicali pentru deservirea anumitor pacienți, tratamentul pacientului drog-dependent, oferirea adăpostului pacienților pribegi, livrarea medicamentelor în școli, la domiciliu sau la locul de muncă, astfel încât pacienții să nu încalce programul de luare a medicamentelor, și de asemenea, acordarea asistenței medicale ținând cont de particularitățile social-culturale locale.

Programul Național de Control al tuberculozei include o secțiune specială de sprijin și asigurare soci-

ală pentru pacienții cu tuberculoză pe perioada tratamentului și în caz de invaliditate, însă, de la bugetele locale se acordă doar o singură dată ajutor material în limita de \$ 50-150 pe an. Unui grup separat de pacienți care posedă poliță de asigurare în perioada de tratament al tuberculozei (4-6 luni) se eliberau cupoane pentru procurarea produselor alimentare în magazine, însă ponderea acestei categorii nu depășea 1/3, iar în legătură cu criza din 2010, această practică a fost stopată. Pacienților cu TB MDR cupoane se eliberează pentru întreaga perioadă a tratamentului (24 de luni), indiferent de prezența poliței de asigurare a Fondului Global, însă aceasta nu funcționează permanent, și 13% de pacienți întrerup tratamentul înainte de termen.

Un motiv important pentru întreruperea sau stoparea tratamentului este toleranța joasă sau intoleranța drogurilor antituberculoase. Practica demonstrează că pacienții adesea nu declară reacțiile adverse, întrerup samavolnic tratamentul pe câteva zile fără prevenirea medicului, contribuind astfel la complicarea evoluției bolii și privând medicul de posibilitatea de a face corecții în regimul de tratament sau de a administra tratamentul reacțiilor adverse.

Când tratamentul este întrerupt samavolnic, se vor face eforturi sporite în conștientizarea pacientului despre semnificația efectuării întregului curs de tratament antituberculos. Se vor analiza detaliat cauzele întreruperii tratamentului și se vor lua măsuri întru rezolvarea problemelor complicate care impun pacientul să recurgă la astfel de comportament. Deseori, este necesară gestionarea mai activă a efectelor secundare, sau ajustarea schemei de administrare a medicamentelor. După posibilități se vor evita modificări ale regimului de tratament, deoarece aceasta ar diminua importanța luării medicamentelor administrate și ar provoca alți pacienți la insistență de modificare a regimului de tratament. La pacientul pornit spre întreruperea tratamentului este necesară evaluarea gradului de severitate a stării de depresie și nivelului de abuz de alcool sau narcotice. Pe viitor se cere o estimare exigentă a posibilității de utilizare a mijloacelor și stimulentele, care sunt în măsură să asigure respectarea regimului de tratament de către pacient. Când pacientul refuză toate ofertele și insistă asupra stopării tratamentului, el trebuie să semneze documentul respectiv despre refuz de tratament.

În legătură cu penuria de cadre medicale superioare și medii în instituțiile de ftiziopneumologie, cât și în Centrele medicilor de familie, a fost organizată „Asociația pentru protecția drepturilor pacienților cu tuberculoză” din rândul persoanelor vindecate, care vor îndeplini obligațiile de asistent medical în control și respectarea regimului de tratament.

Actualmente raportul medic/pacient este reglementat de Codul Model de etică (deontologie), precum și drepturile și obligațiunile pacientului asigurat. Pornind din gravitatea problemei, este planificat un studiu științific în scopul determinării cauzelor concrete și factorilor concomitenți al întreruperii tratamentului, și elaborării recomandărilor privind gestionarea acestor pacienți și înlăturarea cauzelor, care contribuie și provoacă întreruperea frecventă a tratamentului.

**Concluzii.** Manifestările incompliancei – abandonul, întreruperea repetată a tratamentului – au devenit una dintre cele mai actuale probleme în rata reușitei tratamentului antituberculos, care necesită studiere și rezolvare. Rata incidenței globale a tuberculozei a scăzut în anul 2009 versus anul 2008 cu 3,9% și versus anul 2007 cu 10,9%, iar media ponderii abandonului în perioada 2007-2009 constituie 10,7%. Scăderea ponderii abandonului în perioada 2007-2009, fiind menținută în continuare, se va rezulta cu fortificarea capacităților de control al tuberculozei sensibile și multidrogrezistente și va contribui la creșterea ratei de succes în tratamentul antituberculos conform principiilor OMS și prevederilor PNCPTB. În reușita tratamentului antituberculos, o deosebită valoare capătă identificarea factorilor de risc asociați eșecului terapeutic și abandonului în rândul pacienților cu tuberculoză supuși tratamentului conform strategiei DOTS.

#### Bibliografie

1. Sain D., Crudu V., Moraru N., Nepoliuc L., Cula E., Râvneac L., Haidarlî I. Tuberculoza multidrogrezistentă: realizări și probleme. *Actualități în etiologia, patogenia, profilaxia, diagnosticul și tratamentul tuberculozei și afecțiunilor pulmonare nespecifice*. Chișinău, 2008: P. 12-19.

2. Anuarul statistic „Sănătatea publică în Moldova”, anii 2000-2009.

#### Rezumat

S-au analizat ponderea și structura clinico-microbiologică a abandonului tratamentului antituberculos din perioada 2007-2009. Rata incidenței globale a tuberculozei a scăzut în anul 2009 versus anul 2008 3,9% și versus anul 2007 cu 10,9%, iar ponderea abandonului a scăzut versus anul 2008 și versus anul 2007 cu 16,3%. În reușita tratamentului antituberculos, o deosebită valoare capătă identificarea factorilor de risc asociați eșecului terapeutic și abandonului în rândul pacienților de tuberculoză supuși tratamentului conform strategiei DOTS. Este necesară acordarea atenției deosebite dezvoltării la pacient a simptomelor psihiatrice și în legătură cu aceasta au fost organizate și legalizate „Asociația pentru protecția drepturilor pacienților cu tuberculoză” din rândul persoanelor vindecate, care vor îndeplini

obligațiile de asistent medical în controlul regimului de tratament.

**Cuvinte-cheie:** Tuberculoză, rezistența, tratament, abandon.

#### Summary

National Tuberculosis Program (NTP) based on the DOTS strategy. NTP has provided the primary healthcare network involvement in the identification and controlled treatment of tuberculosis patients during the continuation phase in the outpatient settings. Proportion of patients discontinuing therapy for 2 months and more over the past four years has remained at 16,3%. NTP includes a special section of social support and social services for TB patients during treatment. Analysis of the category of patients that often interrupt treatment has permitted to distinguish of patients with pathology that requires treatment together with a psychiatrist or narcologist. We have organized “Association for the Protection of the Rights of TB patients”. This Association is formed from persons cured of TB, which will be physician assistants to control and adherence.

**Keywords:** Tuberculosis, resistance, treatment, abandon.

#### Резюме

Изучены удельный вес и клинко-микробиологическая структура прекращения противотуберкулезного лечения в периоде 2007–2009. Констатировано снижение удельного веса глобальной заболеваемости в 2009 году против 2008 год на 3,9% и против 2007 год на 10,9%, а удельный вес прекращения лечения за 2009 год снизился против 2008 и 2007 гг. на 16,3% (соответственно). Анализ категории больных часто прерывающих лечение позволил выделить пациентов с патологией, требующей лечения совместно с психиатром или наркологом. Была организована «Ассоциация по защите прав больных туберкулезом» из числа лиц излеченных от туберкулеза, которые будут выполнять обязанности помощников врача по предупреждению самовольного прекращения лечения.

**Ключевые слова:** Туберкулез, устойчивость, лечение, отказ.