

AUDITUL CLINIC
al cazurilor de co-infecție
TB/HIV în Republica Moldova

Chișinău 2014

CONTRIBUȚII

Stela Bivol: design, elaborare chestionar și metodă, analiza datelor și elaborarea raportului

Viorel Soltan: coordonare și elaborarea raportului

Valentina Vilc: colectarea datelor despre TB, introducerea și validarea datelor și coordonarea generală a colectării datelor pentru TB și HIV

Otilia Scutelnicu: elaborarea protocolului studiului, finalizarea chestionarului, coordonarea pentru elaborarea softului de introducere a datelor și coordonarea colectării informației din baza de date a mortalității

Svetlana Popovici: colectarea datelor despre HIV

Anastasia Tomșa: verificarea pacienților în baza de date a mortalității și colectarea informației din baza de date a mortalității

Nicolae Lozan: elaborarea softului de introducere a datelor

Valeriu Pleșca: asistență în procesarea datelor

Cercetarea operațională a fost efectuată cu susținerea Fondului Global. Design-ul original a fost dezvoltat de către Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate. UNAIDS RCA EAC a oferit asistență tehnică pentru finalizarea raportului de cercetare, colectarea datelor și supervizarea colectării datelor.

Descrierea CIP a Camerei Naționale a Cărții

Auditul clinic al cazurilor de co-infecție TB/HIV în Republica Moldova = Chart Audit of cases with TB/HIV co-infection in Moldova / contribuții : Stela Bivol [et al.]. – Chișinău : S. n., 2014 (Tipogr. "Bons Offices"). – 84 p.: tab.

Tit., text paral.: lb. rom., engl. – Pag. var. – Carte-valet (inversă). – 400 ex.

ISBN 978-9975-80-874-3.

ABREVIERI

Centrul PAS	- Centrul pentru Politici și Analize în Sănătate
CCM	- Centrul de Control al Maladiilor
CNMS	- Centrul Național de Management în Sănătate
DOTS Plus	- Tratament sub directă observare în Tuberculoză
DS	- Deviație standart
IFP	- Institutul de Ftiziopneumologie
PCID	- Persoane care injectează droguri
PCP	- Pneumonie Pneumocystis Carinii
PTHIV	- Persoanele care trăiesc cu HIV
RPL	- Reacție de polimerizare în lanț
SDMC	- Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile
SIME HIV	- Sistem Informațional de Monitorizare și Evaluare a infecției HIV
SIME TB	- Sistem Informațional de Monitorizare și Evaluare a tuberculozei
TARV	- Tratament antiretroviral
TB	- Tuberculoză
TB-MDR	- Tuberculoză multidrog-rezistentă
TB-XDR	- Tuberculoză cu rezistență extinsă
TPT	- Tratamentul profilactic al tuberculozei
TS	- Testul la sensibilitate
TSA	- Testul sensibilității la antibiotice
TSO	- Tratament de substituție cu opioide
TST	- Testul la tuberculină

CUPRINS

Contribuții	2
Abrevieri	3
Cuprins	4
Sumarul rezultatelor	7
Oportunități pentru intervenție.....	11
Context	14
Metode	15
Rezultate	19
Datele socio-demografice ale eșantionului	19
Factori de risc	20
Stabilirea diagnosticului TB și HIV	23
Calitatea tratamentului și a asistenței pentru persoanele infectate cu HIV	23
Evaluarea managementului cazurilor de TB și supravegherea lor în instituțiile de ftiziopneumologie	28
Diagnosticarea TB	29
Testarea la infecția cu HIV în instituțiile de ftiziopneumologie	32
Tratamentul TB	33
Rezultatele tratamentului	36
Impedimentele legate de itinerarul de parcurs al cazurilor TB/HIV și efectele asupra calității asistenței medicale	38
Analiza diferențelor rezultatelor tratamentului în grupuri.....	40
Rezultatele analizei cazurilor de decese de TB/HIV extrase din baza de date națională a mortalității.....	44

TABELE

TABELUL 1: Discrepanțe în informația dintre diferite sisteme de înregistrare	18
TABELUL 2: Caracteristicile socio-demografice ale eșantionului, pe ani.....	19
TABELUL 3: Prevalența factorilor de risc în rândul pacienților cu TB/HIV, pe ani ...	21
TABELUL 4: Stabilirea diagnosticului TB și HIV, pe ani și pe tipuri de instituții.....	23
TABELUL 5: Cazurile de TB/HIV care lipsesc în SIME HIV și în baza de date a SDMC	23
TABELUL 6: Stadializarea clinică a infecției HIV la prima adresare la medicul infecționist	24
TABELUL 7: Rezultatele primelor și ultimelor investigații de laborator la prima adresare la medicul infecționist și înainte de diagnosticarea TB	25
TABELUL 8: Ponderea cazurilor care urmau tratamentul ARV la momentul diagnosticării TB, pe tipuri de instituție	26
TABELUL 9: Examinarea medicală pentru hepatitele B și C la pacienții cu HIV supravegheați de SDMC	27
TABELUL 10: Ponderea cazurilor HIV care au fost examinate pentru TB în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB, pe ani și pe tipuri de instituții	27
TABELUL 11: Tipul de caz de TB, pe ani și pe tipuri de instituții	28
TABELUL 12: TB în anamneză la momentul notificării cazului, pe ani și pe tipuri de instituții.....	29
TABELUL 13: Tipul instituției medicale/specialistului care a notificat cazul de TB, pe ani	29
TABELUL 14: Diagnosticarea, localizarea și forma TB la momentul notificării cazului de TB, eșantion total	30
TABELUL 15: Frecvența complicațiilor, eșantion total	30
TABELUL 16: Rezultatul examenului microscopic la cazurile de TB/HIV, pe ani și pe tipuri de instituții.....	31
TABELUL 17: Rezultatul culturii în cazurile TB/HIV, pe ani și pe tipuri de instituții ...	31
TABELUL 18: Ponderea cazurilor TB la care a fost efectuate TSA, pe ani și pe tipuri de instituții.....	32
TABELUL 19: Tipul rezistenței TB la persoanele care au avut un rezultat pozitiv, pe ani și pe tipuri de instituții.....	32
TABELUL 20: Testarea la infecția HIV a pacienților cu TB în ultimele 12 luni, pe ani și pe tipuri de instituții.....	33
TABELUL 21: Ponderea cazurilor TB/HIV care au fost consultate de medicul infecționist, pe ani și pe tipuri de instituții	33
TABELUL 22: Distribuirea cazurilor de TB/HIV, conform instituției spitalicești unde a fost început tratamentul	34

TABELUL 23: Schema de tratament prescrisă la momentul începerii tratamentului, pe ani și pe tipuri de instituții.....	34
TABELUL 24: Complanța la tratamentul TB în condiții de ambulator, pe ani și pe tipuri de instituții.....	35
TABELUL 25: Rezultatele tratamentului TB, pe ani și pe tipuri de instituții	37
TABELUL 26: Durata medie de timp între diagnosticarea infecției HIV și prima adresare la medicul infecționist	38
TABELUL 27: Durata medie de la prima adresare la medicul infecționist și diagnosticul TB.....	39
TABELUL 28: Durata medie necesară pentru evaluarea și tratarea TB.....	39
TABELUL 29: Factorii socio-demografici și de risc, conform rezultatelor tratamentului	40
TABELUL 30: Factori principali HIV care au legătură cu rezultatele clinice.....	41
TABELUL 31: Factori principali TB care au legătură cu rezultatele tratamentului.....	42
TABELUL 32: Intervalul de timp dintre cele mai importante evenimente legate de infecțiile HIV și TB.....	43
TABELUL 33: Distribuția principalelor cauze ale deceselor, conform datelor bazei de date a mortalității, CNMS.....	45

FIGURI

FIGURA 1: Prevalența co-morbidității în rândul pacienților cu co-infecția TB/HIV, eșantion total (în %).....	22
FIGURA 2: Modul de transmitere a infecției HIV înregistrat în SIME-TB și în baza de date SDMC (în %).....	22
FIGURA 3: Anul stabilirii diagnosticului HIV și al primei adresări la medicul infecționist al SDMC	24
FIGURA 4: Perioada de începere a tratamentului ARV în raport cu tratamentul TB	26
FIGURA 5: Rezultatele tratamentului TB, eșantion total.....	36

SUMARUL REZULTATELOR

Dintre cazurile de TB/HIV identificate în Sistemul informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei (SIME TB) pentru perioada 2007-2011, un număr total de 750 de persoane - care reprezintă 921 de cazuri - au întrunit criteriile auditului clinic, unii pacienți înregistrând mai multe cazuri de TB în perioada respectivă.

Trei pătrimi din cazuri erau bărbați (74,4%), cu vârsta medie de 34,9 de ani, mai mult de jumătate dintre aceștia fiind din municipiile Bălți și Chișinău (59,9%). Pacienții proveneau dintr-un mediu social vulnerabil, întrucât 80,8% dintre aceștia erau șomeri și făceau parte din populația economic inactivă; 91,3% dintre pacienți prezentau antecedente de consum de droguri și 39,3% erau foști deținuți. Peste jumătate din pacienți au fost diagnosticați cu alte patologii decât TB și HIV și anume, hepatita C (37,4%), hepatita B (15,3%), probleme de sănătate mintală (3,4%), precum și alte comorbidități nespecificate (28,5%). A existat o tendință de înregistrare în SIME-TB a utilizării drogurilor injectabile ca mod de transmitere, deoarece practic nu a fost înregistrată transmiterea sexuală și o mare parte a cazurilor au rămas cu un mod neidentificat de transmitere.

Fiecare al patrulea caz (27% sau 245 din cazuri) nu a fost niciodată consultat de medicul infecționist al Spitalului Dermatologie și Maladii Comunicabile (SDMC), iar în instituția responsabilă de supravegherea clinică¹ a pacienților cu HIV lipsea fișa clinică. Majoritatea pacienților care aveau infecția TB/HIV au fost consultați de către un medic infecționist pentru prima dată începând cu anul 2007 și doar 24,4% dintre aceștia - înainte de 2007.

TB a fost diagnosticată înainte sau simultan cu infecția HIV în 33,9% din cazuri, în 24,7% din cazuri TB a fost diagnosticată în primul an după prima adresare la medicul infecționist și pentru o altă cincime (20,7%) TB a fost diagnosticat în termen de 1-3 ani după prima adresare la medicul infecționist. Doar pentru 20,7% diagnosticul TB a fost stabilit după 3-10 ani de la prima adresare la medicul infecționist. Prin urmare, stadiul clinic al infecției HIV era avansat pentru grupul de cazuri de TB/HIV, întrucât 40,0% din cazuri au fost diagnosticate și clasificate în categoria C conform clasificării Centrelor de Control al Maladiilor (CCM) a infecției HIV, în timp ce pentru 31,5% din cazuri nu a fost efectuată nicio stadializare a infecției HIV. Dintre pacienții cărora le-a fost verificată valoarea CD4 (n=664), 46,1% aveau valoarea CD4 <200 celule/mm³, iar 35,4% aveau valoarea CD4 între 201 și 499 celule/mm³.

Un indicator al calității asistenței medicale oferite este începerea tratamentului ARV în cazurile de co-infecție cu TB/HIV cu valoarea CD4<350 celule/mm³. În subgrupul de pacienți cu TB/HIV cu valoarea CD4 mai mică de 350 celule/mm³ (n=444), 42,6% urmau deja tratamentul ARV, în timp ce doar 14,0% au beneficiat de tratamentul ARV în primele 8 săptămâni după începerea tratamentului TB. Trebuie de menționat că 132 de pacienți (29,7%) care nu beneficiaseră niciodată de tratamentul ARV și au decedat.

1 În perioada 2003-2007 a fost Dispensarul Dermatovenerologic Republican, pe parcursul anilor 2007-2010 - Spitalul Clinic Republican de Boli Infecțioase „Toma Ciorbă” și începând cu anul 2011 este Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile.

Procesul de screening pentru TB la pacienții cu statut HIV cunoscut nu funcționează în mod adecvat. Doar 10,5% din cazurile de TB/HIV au fost examinate pentru TB în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB, 30,0% nu au fost examinate pentru TB, iar pentru 59,5% din cazuri nu există înregistrări. Majoritatea pacienților au fost examinați radiologic (10,1% din întregul eșantion, n=95). În această perioadă de cinci ani, există înregistrări doar pentru un caz examinat pentru TB, la SDMC, utilizând microscopia sputei în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB. Dintre 79 de cazuri de TB examinate radiologic și cu înregistrări valide, 41,8% au avut un rezultat TB pozitiv și 49,4% un rezultat TB negativ, în timp ce 8,9% din cazuri nu aveau înregistrat vreun rezultat al examenului radiologic. În sistemul penitenciar, examinarea medicală a persoanelor cu statut HIV cunoscut la TB a fost realizat într-o proporție și mai mică, deoarece doar 7,9% aveau înregistrări privind examenul TB efectuat. Nici una dintre persoanele care trăiește cu HIV nu a beneficiat de tratament preventiv cu izoniazidă.

Dintre cazurile de co-infecție TB/HIV, 61,3% erau cazuri noi, 18,0% - recidive, 9,2% - tratament după abandon, 9,8% - tratament după eșec terapeutic și 1,6% clasificate ca TB cronică. Ponderea cazurilor noi a crescut de la 52,3% în 2007 la 69,2% în 2011. Dintre toate cazurile, 65,0% au fost simptomatice, 19,1% depistate în mod activ prin examinări profilactice, iar pentru 15,9% nu existau înregistrări privind tipul de caz. Cea mai răspândită formă de TB diagnosticată a fost: TB pulmonară în 91,0% din cazuri, TB extra pulmonară în 5,9% din cazuri și TB extra respiratorie în 3,1% din cazuri. Cea mai frecventă formă de TB a fost pulmonară infiltrativă (65,6%), urmată de forma pulmonară diseminată (16,3%).

În aproape toate cazurile de TB (99,3%) s-a stabilit un diagnostic confirmat microbiologic. Examenul microscopic a avut rezultate pozitive doar la 45,3% din cazuri, cu o tendință de scădere de la 51,6% de cazuri cu rezultat pozitiv, în 2007, până la 37,9% în 2011. În 2,6% din cazuri a fost efectuată biopsia. 94,2% din cazuri au fost examinate prin cultură și 51,1% din cazuri aveau culturi pozitive. La 60,5% din cazurile de TB a fost efectuat testul de sensibilitate (TS). Dintre persoanele care au avut un rezultat pozitiv la TS (n=315), trei pătrimi (76,5%) aveau tuberculoză multidrog-rezistentă (TB MDR), 11,7% aveau tulpini mono-rezistente, 10,2% aveau tulpini poli-rezistente și 1 persoană a fost înregistrată cu tuberculoză cu rezistență extinsă (TB XDR). Testarea și consilierea persoanelor infectate cu HIV au o acoperire bună în instituțiile de ftiziopneumologie, deoarece aproape toate cazurile cu un statut HIV necunoscut au fost testate pentru HIV la momentul diagnosticării TB și doar în 28 din fișele clinice lipsea informația dacă testul HIV a fost sau nu efectuat.

Din numărul total de 921 de cazuri examinate, 911 au beneficiat de tratament anti-tuberculos și 9 cazuri au refuzat tratamentul. Trei pătrimi din cazuri (76,7%) au fost înregistrate ca fiind tratate în staționările de ftiziopneumologie și 16,4% din cazuri erau tratate în instituțiile curativ-profilactice ale sistemului penitenciar, în timp ce 6,9% au fost tratate doar în condiții de ambulator. Cel mai mare număr din cazuri au început etapa intensivă a tratamentului în Departamentul de Ftiziopneumologie al

Spitalului Clinic Municipal Bălți, unde au fost spitalizate 348 sau 37,7% din cazuri. Cele două instituții din Chișinău - Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie și Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” - au spitalizat 323 sau 35,03% din cazuri. Doar jumătate din cazurile de TB/HIV (53,3%) au beneficiat de consultația unui medic infecționist după diagnosticarea TB.

Aproape toate cazurile (94,8%) au urmat un regim de tratament standard și 5,2% din cazuri au urmat un regim de tratament individualizat. Doar 2,2% sau 20 din cazuri au urmat tratamentul DOTS+, 68,8% din cazuri au urmat regimul de tratament de categoria I, indicat pentru cazurile noi cu frotiu pozitiv, 25,5% au urmat regimul de tratament de categoria II pentru tratamentul recidivelor. Având în vedere că 241 de pacienți au fost diagnosticați cu TB MDR, există o discrepanță între formele rezistente de TB diagnosticate și regimul de tratament urmat. Aceasta se datorează, printre alte cauze, întârzierilor între data începerii tratamentului TB și data primirii rezultatelor testelor la sensibilitate, conform celor relatate de furnizorii de servicii, și refuzul unor pacienți de a modifica regimul de tratament, dar nu există înregistrări a acestor două motive. O altă recomandare conform protocolului național este prevenirea pneumoniei cu *Pneumocystis Carinii* (PCP) cu preparatul co-trimoxazol în timpul tratamentului TB. Doar fiecare al patrulea caz (25,3%) a avut înregistrări că preparatul co-trimoxazolul a fost prescris, acesta fiind prescris de medicul infecționist (15,6%) sau de ftiziopneumolog (9,7%). Mai mult de jumătate nu au primit co-trimoxazol (58,5%) sau nu au înregistrări cu privire la acest fapt (16,2%).

În total, 447 sau 48,5% din cazuri au beneficiat de tratament TB în etapa de continuare, în condiții de ambulator, întrucât majoritatea cazurilor fie au încheiat doar tratamentul în etapa intensivă, fie l-au abandonat încă pe când se aflau în staționar sau au decedat în staționar. Tratamentul în etapa de continuare a fost supravegheat de medicul de familie în 42,1% din cazuri, de ftiziopneumologul municipal în 42,8% din cazuri, de ftiziopneumologul din raion în 11,9% din cazuri și de un alt lucrător medical în 3,3% din cazuri. Dintre cazurile care au fost tratate în condiții de ambulator, 64,4% au avut o aderență bună la tratament și 31,8% au administrat medicamente în mod neregulat, iar pentru 3,8% din cazurile incluse în eșantion nu există înregistrări. Este de menționat, de asemenea, tendința în creștere a unei aderențe mai bune la tratament pe ani - de la 60,0% în 2007 la 69,2% în 2011.

Rezultatele tratamentului reflectă diferite impedimente care apar în perioada acordării asistenței medicale. Doar o treime din cazuri au avut succes la tratament (dintre care 14,8% sunt cazuri vindecate, 20,7% cazuri de tratament încheiat), 16,4% au fost cazuri înregistrate de abandon și 10,8% cazuri de eșec. O treime din pacienți au decedat fie din cauza progresării tuberculozei (20,1% sau 184 cazuri), fie din alte cauze (12,0% sau 110 cazuri).

Verificarea încrucișată cu baza de date națională a mortalității a demonstrat un număr mai mare de pacienți decedați care aveau TB/HIV, care sunt înregistrați în această bază de date - 336 de cazuri comparativ cu 294 de cazuri raportate ca decese survenite în urma rezultatelor tratamentului și înregistrate în SIME-TB. Conform clasificării

ICD-10 a maladiilor, a fost stabilit că maladia principală care a cauzat decesul a fost: co-infecția TB/HIV (B200) în 52,7% din cazuri, TB în 29,2% din cazuri și afecțiuni conexe HIV în 7,4% din cazuri. Astfel, pentru 81,8% din cazuri, TB a fost menționată ca fiind cauza principală a decesului comparativ cu 62,6% din cazuri înregistrate în SIME-TB. Alți factori semnificativi care au cauzat decesul sunt: HIV (7,4%), ciroza hepatică (3,0%), traumatismele și intoxicațiile (2,4%), în timp ce alte cauze au constituit mai puțin de 5%.

Oportunitățile ratate de prestare a asistenței medicale de calitate se datorează întârzierilor în începerea supravegherii clinice de către medicii infecționiști la cel puțin 27% din cazuri, dar și eforturilor insuficiente pentru depistarea precoce a TB și a pierderii timpului prețios de la prima suspecție de TB și până la confirmarea finală a diagnosticului TB. În medie, au trecut 23 de zile (DS 75 de zile) de la prima suspecție de TB și până la confirmarea diagnosticului TB și 28 de zile (DS 94 de zile) de la prima suspecție de TB și până la începerea tratamentului TB în condiții de staționar. Un alt impediment este tranziția dintre tratamentul în etapa intensivă și începerea tratamentului în etapa de continuare. În medie, există o întârziere de 11 zile dintre cele două etape, cu un interval mare de timp (DS 47 de zile).

OPORTUNITĂȚI PENTRU INTERVENȚIE

PENTRU COMPONENTA SERVICIILOR HIV

Impedimente identificate: diagnosticul tardiv al infecției cu HIV, acoperirea redusă a tratamentului antiretroviral (TARV), rata înaltă a mortalității.

1. Asigurarea diagnosticului timpuriu al infecției cu HIV și a tratamentului ARV
 - a. Este necesară asigurarea accesului pentru principalele grupuri afectate la servicii de consiliere și testare HIV, inclusiv la metode de diagnosticare rapidă. Este necesară evaluarea tuturor persoanelor cu diagnostic HIV confirmat, inclusiv a încărcăturii virale și a valorii CD4.
 - b. Este necesară începerea TARV la toate persoanele infectate cu HIV care au valoarea $CD4 \leq 500$ celule/mm³, indiferent de stadiul clinic definit de OMS.

Impedimente identificate: screeningul nesatisfăcător pentru TB, supravegherea clinică inadecvată, nivelul necorespunzător al tratamentului profilactic TB.

2. Intensificarea depistării cazurilor de TB
 - a. PTHIV trebuie examinate cu regularitate pentru TB folosind următorul algoritm clinic. Persoanele fără risc evident de TB trebuie să efectueze testul la tuberculină (TST). Rezultatul pozitiv al TST este o indicație pentru a începe tratamentul profilactic al tuberculozei (TPT). Persoanele care raportează afecțiuni ale sistemului respirator sau care au fost expuse anterior TB vor fi examinate pentru TB activă (inclusiv prin efectuarea examenului clinic, a investigațiilor bacteriologice și a radiografiei).

Impedimente identificate: durata de timp excesivă de diagnosticare a tuberculozei la pacienții infectați cu HIV, începerea tardivă a tratamentului ARV, rata înaltă a mortalității.

3. Asigurarea începerii la timp a tratamentului ARV și a tratamentului TB
 - a. Tratamentul TB la pacienții infectați cu HIV este o prioritate și trebuie început imediat ce este diagnosticată TB activă. Timpul de la prima suspexie de TB și până la începerea tratamentului antituberculos în staționar va fi redus prin măsuri colaborative de profilaxie și combatere a TB/HIV.
 - b. Este necesar de început tratamentul ARV la toate persoanele care trăiesc cu HIV și suferă de TB, indiferent de valoare CD4. În primul rând, trebuie început tratamentul TB, urmat apoi de tratamentul ARV cât mai curând, în primele 8 săptămâni de tratament TB. Persoanele cu imunosupresie profundă trebuie să beneficieze imediat de tratament ARV, în primele 2 săptămâni de la începerea tratamentului TB. Efavirenz trebuie folosit în calitate de inhibitor non-nucleozidic de revers transcriptază preferat la pacienții care încep TARV în timpul tratamentului TB.

PENTRU COMPONENTA SERVICII TB

Impedimente identificate: rata redusă a tratamentului ambulator, întârzieri îndelungate în tranziția de la tratamentul în condiții staționar la cel ambulator.

1. Asigurarea unui tratament TB de calitate
 - a. Încurajarea începerii tratamentului TB în condiții de ambulator, limitarea spitalizărilor doar pentru cazurile severe. Pacienții cu TB cu statut seropozitiv cunoscut trebuie să beneficieze de tratament TB în schemele recomandate de OMS.
 - b. Frecvența optimă de dozare: zilnic în timpul etapelor intensive și de continuare. Intervalul de timp de tranziție de la tratamentul spitalicesc la cel ambulator va fi redus prin îmbunătățirea managementului de caz.

Impedimente identificate: timp îndelungat de la suspecția TB și până la rezultatul testului de sensibilitate, tratamentul inadecvat al pacienților infectați cu HIV care suferă de TB-MDR, inclusiv începerea tardivă a tratamentului.

2. Îmbunătățirea diagnosticului la timp a TB pe baza metodelor de testare rapidă
 - a. Diagnosticarea TB se bazează pe testele bacteriologice. La pacienții cu HIV care sunt suspecți de TB, este necesar de a extinde testarea cu Xpert MTB/RIF ca și metodă inițială de diagnostic, urmată de determinarea profilului complet de rezistență utilizând metode rapide și începerea tratamentului TB, în funcție de tipul de rezistență depistat.

Impedimente identificate: evidența inadecvată de către medicii infecționiști, tratamentul profilactic nesatisfăcător cu preparatul cotrimoxazol.

3. Asigurarea managementului clinic corespunzător al cazurilor de TB/HIV
 - a. Testarea de rutină la infecția cu HIV este oferită majorității pacienților cu TB. Cu toate acestea, este necesară îmbunătățirea legăturii cu serviciile HIV și consultările de rutină ale pacienților cu TB/HIV de către medicul infecționist.
 - b. Terapia profilactică de rutină cu preparatul cotrimoxazol trebuie administrată tuturor pacienților infectați cu HIV care suferă de TB activă, indiferent de valoarea CD4.

PENTRU AMBELE COMPONENTE HIV ȘI TB

Impedimente identificate: monitorizarea nesatisfăcătoare a pacienților, management de caz nesatisfăcător, sistem deficitar de înregistrare și raportare.

1. Îmbunătățirea măsurilor colaborative
 - a. Toate persoanele care trăiesc cu HIV diagnosticate cu TB trebuie să beneficieze de servicii integrate de profilaxie, diagnostic, tratament și îngrijire pentru pacienții cu TB și HIV.

- b. Programele de control al infecției HIV și TB trebuie să asigure accesul la servicii continue, cuprinzătoare și integrate, de profilaxie, îngrijire și tratament pentru persoanele care trăiesc cu HIV, care urmează sau au încheiat tratamentul TB.
- c. Sistemul de înregistrare și raportare, inclusiv controlul calității dosarelor medicale, trebuie îmbunătățite. Sistemele de raportare trebuie integrate, inclusiv cu bazele de date vitale ale Biroului Național de Statistică.

Impedimente identificate: monitorizarea nesatisfăcătoare a pacienților, management de caz nesatisfăcător.

- 2. Implicarea organizațiilor comunitare și a ONG-urilor în măsurile de control al TB/HIV
 - a. Organizațiile comunitare și ONG-urile active în domeniul prevenirii infecției cu HIV trebuie sprijinite în identificarea pacienților sceptici care sunt infectați cu HIV și motivarea acestora să solicite asistență medicală și să fie luați în evidența medicilor infecționiști.
 - b. ONG-urile active în domeniul reducerii riscurilor trebuie să administreze chestionarul de evaluare a TB tuturor beneficiarilor prin intermediul activităților de educare și activităților planificate.
 - c. ONG-urile trebuie să se concentreze pe oferirea serviciilor de management de caz pentru a-l orienta pe pacient între cele două sisteme.
 - d. Organizațiile comunitare și ONG-urile trebuie să aibă un grad de alertă înalt pentru a identifica persoane cu simptome specifice TB și să-i refere la serviciul TB.
 - e. Organizațiile comunitare și ONG-urile active în domeniul prevenirii HIV trebuie să educe grupurile țintă referitor la simptomele TB și tuse timp de 2-3 săptămâni, tuse curentă de orice durată, febră, pierdere în greutate și transpirații nocturne.

CONTEXT

În Republica Moldova tuberculoza (TB) continuă să fie cauza principală a mortalității în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV (PTHIV). Conform datelor naționale oferite de Institutul Național de Ftiziopneumologie, în 2012, 5% din 3800 de cazuri noi înregistrate de TB au fost cazuri de co-infecție cu TB/HIV. Din numărul total de 588 de pacienți cu TB, care au decedat în 2012, 13% au fost cazuri de co-infecție cu TB/HIV. Dintre persoanele decedate care aveau TB/HIV, 30,3% au avut tuberculoza multidrog-rezistentă (TB-MDR).² În perioada 1987-2007, în Republica Moldova existau 528 de cazuri de SIDA (12,7% din numărul total al persoanelor seropozitive), 255 dintre ele (48,3%) fiind asociate TB. Majoritatea cazurilor erau concentrate în cele două orașe principale: Chișinău și Bălți.³

În același timp, statisticile de rutină nu oferă informații exacte despre numărul de cazuri de co-infecție cu TB/HIV și despre rezultatele tratamentului, inclusiv despre decese. Un studiu special al unui grup din 92 de pacienți cu co-infecția TB/HIV a arătat că două treimi dintre pacienți sunt din principalele grupuri afectate, și anume, foști deținuți sau persoane care își injectau droguri (PCID). Pe parcursul primului an de cercetare, peste două treimi dintre pacienții care primeau tratament au decedat.⁴

Deși există algoritme scrise de coordonare a asistenței medicale între specialiștii TB și HIV, nu este clar cum ele funcționează în practică și până acum nu a fost evaluată nici calitatea și nici coordonarea asistenței dintre cele două sisteme verticale. Prin urmare, a apărut nevoia de a evalua calitatea asistenței medicale pentru acești pacienți.

Această cercetare operațională a fost planificată pentru monitorizarea și evaluarea Programului Național de Control a Tuberculozei și a Programului Național de Prevenire și Control al infecției HIV/SIDA și ITS, componenta acțiuni colaborative TB/HIV. Această cercetare face parte din planul de implementare a grantului Fondului Global de combatere a infecției HIV în Republica Moldova. Rezultatele cercetării vor fi folosite pentru evaluarea ambelor programe naționale.

Alegerea perioadei realizării auditului clinic a fost legată și de o schimbare: începând cu anul 2013, în toată țara a fost introdusă metoda GeneXpert, care permite depistarea mult mai timpurie a TB decât anterior. Această metodă a fost introdusă în multe instituții care oferă tratament TB și în Spitalul Dermatologie și Maladii Comunicabile (SDMC) – instituție responsabilă de întreaga asistență clinică din țară pentru persoanele infectate cu HIV începând cu anul 2003. Sperăm că acest lucru va schimba în mod semnificativ situația și rezultatele clinice pentru pacienții cu co-infecția TB/HIV.

2 Domete L. Co-infecția TB/HIV: scopuri și provocări. Prezentat pe 4 aprilie 2013.

3 MS, UNAIDS (2010). Analiza răspunsului național la TB/HIV în Republica Moldova. 2010. http://aids.md/aids/files/871/Moldova_AIDS_National%20AIDS%20Responce%20Analyses%202010.pdf

4 Consiliul Național de Coordonare a HIV/SIDA Moldova. Revizuire semestrială a Programului Național de Prevenire și Control a HIV/SIDA/ITS 2006-2010, martie 2009. Lucrare nepublicată.

Echipa de cercetare a utilizat o nouă metodă pentru Republica Moldova, auditul clinic al cazurilor de co-infecție cu TB/ HIV, introducând o metodologie nouă în acest domeniu care ar putea fi utilizată și de alte țări. Personalul din cadrul Centrului pentru Politici și Analize în Sănătate (Centrul PAS) a conceput și a elaborat metoda studiului, prin adaptarea tehnicii de audit clinic și pentru pacienții cu co-infecția TB/HIV. UNAIDS RCA a oferit asistență tehnică pentru finalizarea protocolului de cercetare, instrumentele de colectare a datelor și supervizarea colectării datelor.

METODE

SCOPUL STUDIULUI

Generarea informației strategice despre calitatea managementului clinic al cazurilor de co-infecție cu TB/HIV cu utilizarea ulterioară a acestora în luarea deciziilor privind creșterea speranței de viață și îmbunătățirea calității vieții PTHIV.

OBIECTIVE

- Evaluarea cantitativă a calității serviciilor medicale acordate cazurilor de co-infecție cu TB/HIV;
- Identificarea factorilor de risc asociați mortalității cazurilor de TB/HIV;
- Identificarea și sistematizarea posibilelor deficiențe în calitatea managementului cazurilor de co-infecție TB/HIV;
- Evaluarea cauzelor de deces al PTHIV;
- Elaborarea recomandărilor pentru îmbunătățirea managementului clinic al cazurilor de co-infecție TB/HIV.

Această cercetare operațională nu a presupus interacțiuni cu pacienții și are două componente:

COMPONENTUL DE EVALUARE A CALITĂȚII MANAGEMENTULUI CLINIC AL CAZURILOR DE CO-INFECȚIE TB/HIV

- Cercetarea este una retrospectivă, exhaustivă, în secțiune cu utilizarea unui instrument structurat de colectarea a datelor.

CRITERIILE DE INCLUDERE ÎN STUDIU:

- caz de TB notificat în perioada 01.01.2007 – 31.12.2011;
- statut seropozitiv înregistrat de Centrul Național de Management în Sănătate (CNMS) în SIME TB;
- vârsta nu mai mică de 18 ani la momentul diagnosticării/notificării;
- cu rezultat al tratamentului antituberculos înregistrat în SIME TB la data colectării datelor.

În studiu nu au fost incluse persoanele cu domiciliul în regiunea Transnistreană și pe malul drept al râului Nistru și cei care au primit servicii medicale în regiunea Transnistreană.

În cadrul acestui studiu calitatea serviciilor medicale acordate cazurilor de co-infecție TB/HIV se definește conform protocoalelor și ghidurilor clinice naționale în vigoare și pe baza următoarelor criterii:

- a. Persoana care trăiește cu HIV fiind în supraveghere medicală trece controale profilactice anuale pentru depistarea precoce a cazului de TB - radiografia cutiei toracice odată la șase luni sau proba Mantoux;
- b. Perioada optimă dintre suspecția de TB și confirmarea diagnosticului TB;
- c. Pacientul cu TB/HIV este înrolat în tratamentul antituberculos cu scheme standarde la confirmarea diagnosticului TB;
- d. Pacientul cu TB/HIV înrolat în tratamentul antituberculos primește chimioprofilaxie cu cotrimoxazol conform standardelor naționale;
- e. Pacientul cu TB/HIV cu valoarea CD4 mai mică de 350 cel/mm³ și cu un stadiu avansat al infecției HIV este înrolat în tratamentul ARV la confirmarea diagnosticului TB sau nu mai târziu de 2-8 săptămâni de la începerea tratamentului TB;
- f. Pacientul cu TB/HIV este/a fost compliant la tratamentul ARV și antituberculos, aderența fiind măsurată prin administrarea preparatelor conform frecvenței indicate în protocoalele clinice pe durata întregului tratament TB;
- g. Tratamentul ARV este eficient, eficiența fiind exprimată prin creșterea valorii CD4 și încărcătură virală nedetectabilă după o perioadă de 6 luni de la începerea tratamentului ARV;
- h. Tratamentul antituberculos este eficient, eficiența fiind exprimată prin evaluarea rezultatului tratamentului drept vindecat sau tratament încheiat;

Pentru colectarea datelor au fost folosite următoarele surse:

- a. Sistemul informațional de monitorizare și evaluare a tuberculozei (SIME TB) cu date nominale, administrat de CNMS și de Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”;
- b. Fișele de staționar ale pacienților cu TB din cadrul instituțiilor care au paturi destinate pacienților cu tuberculoză de nivel național, raional și municipal;
- c. Sistemul informațional de monitorizare și evaluare a infecției cu HIV (SIME HIV) cu date nominale despre persoanele care trăiesc cu HIV, administrat de IMSP Spitalul de Dermatologie și Maladii Comunicabile (SDMC);
- d. Fișele medicale de ambulator ale persoanelor care trăiesc cu HIV din SDMC;
- e. Baza de date națională a mortalității generale, administrată de CNMS.

Dacă o persoană care trăiește cu HIV pe durata cercetare (anii 2007-2011) a avut mai multe cazuri de tuberculoză notificate și înregistrate, atunci fiecare caz de tuberculoză în parte a fost evaluat și pentru componentul HIV.

La prima etapă, din baza de date nominală a cazurilor de tuberculoză SIME TB administrată de CNMS, la care are acces nelimitat IMSP Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”, au fost extrase cazurile care corespund criteriilor de eligibilitate. Cazurile de tuberculoză a căror statut HIV nu a fost indicat în baza de date SIME TB nu au fost verificate dacă sunt sau nu în evidență medicală de dispensar pentru infecția HIV.

După extragere, pentru fiecare caz a fost creat un identificator anonim la constituirea căruia nu au fost utilizate criteriile care ar permite identificarea directă sau indirectă a persoanei. Odată extras, fișierul cu date nominale ale cazurilor de tuberculoză cu statut seropozitiv și identificator unic anonim atribuit fiecărui caz, acesta a fost protejat cu parolă (parola de acces pentru fiecare evaluator separat) și pus la dispoziția celor 3 evaluatori. Cei 3 evaluatori au fost selectați din categoria personalului medical superior cu drept de acces la datele nominale ale pacienților. Parola de acces a fost prezentată evaluatorilor verbal, fără înregistrări pe suport de hârtie sau electronic.

Pentru fiecare caz de tuberculoză a fost completat un chestionar care consta din trei părți: TB, HIV și mortalitate. La prima etapă, a fost completată partea TB, după care chestionarul cazului codificat anonim a fost transmis evaluatorului pentru componentul HIV. Pentru completarea părții TB, au fost efectuate deplasări în teren.

Evaluatorul pentru componentul mortalitate a lucrat în mod independent - a extras din baza națională a mortalității generale cazurile identificate de CNMS și a completat partea chestionarului cu informația despre mortalitate. Părțile respective ale chestionarelor completate au fost transmise celorlalți doi evaluatori. Din copia fișierului cu datele extrase au fost excluse câmpurile care pot identifica direct sau indirect persoana decedată. Acest fișier cu identificator anonim a fost importat în baza de date a studiului pentru a evita introducerea datelor.

Fiecare chestionar a fost discutat de evaluatorul pentru componentul HIV și de evaluatorul pentru componentul TB pentru validarea datelor colectate de toți trei evaluatori. Evaluatorul pentru componentul mortalitate a intervenit doar la solicitare. Chestionarele codificate anonim au fost centralizate la Centrul PAS. La nivel național chestionarele codificate au fost verificate de editori. Evaluatorii pentru componentul HIV și TB au fost responsabili de introducerea datelor în baza de date.

Baza de date a fost verificată din perspectiva plenitudinii și consistenței datelor introduse.

ANALIZA DATELOR

Analiza datelor ambelor componente a fost efectuată utilizând SPSS versiunea 17, cu generarea rapoartelor de frecvență și bivariate, a analizei descriptive a datelor și a testelor statistice relevante.

LIMITĂRI

- 1. Probleme legate de calitatea datelor:** având în vedere caracterul retrospectiv al colectării datelor și faptul că ea s-a bazat pe auditul clinic al dosarelor medicale, utilizarea chestionarului standardizat a scos la iveală mai multe date lipsă și o exactitate minimă a informației în dosarele clinice. Pentru a evita interpretarea greșită a datelor lipsă, rezultatele sunt prezentate sub forma unei categorii separate acolo unde este sau nu este posibil, este indicată mărimea eșantionului.
- 2. Discrepanțe între înregistrările clinice și înregistrările în bazele de date:** în timpul procesului de colectare a datelor s-au observat anumite discrepanțe între înregistrările din fișele TB și înregistrările din fișele HIV și ceea ce a fost raportat în SIME TB. Tabelul de mai jos indică numărul din cazuri în care au fost observate astfel de discrepanțe. Tipul de discrepanțe incluse: rezultate diferite de tratament raportate în SIME TB comparativ cu dosarul clinic; datele diferitelor etape clinice au fost cu o diferență de 2-3 zile în SIME TB comparativ cu dosarul clinic; tipul de caz identificat – în SIME TB au fost raportați mai mulți pacienți drept cazuri de profilaxie, pe când, de fapt, acestea au fost cazuri simptomatice. În toate aceste cazuri, dosarul clinic a fost utilizat ca bază pentru date. Cel mai mare număr de discrepanțe a fost observat între SIME TB și SIME HIV, unde 112 cazuri lipseau în datele SDMC. Acești pacienți sunt prezentați ca având informații lipsă cu privire la aspectele legate de infecția cu HIV.

TABELUL 1: Discrepanțe în informația dintre diferite sisteme de înregistrare

	n	Procent
Fișa medicală de staționar și fișa medicală de ambulator a pacienților cu TB	10	1,1
Fișa medicală de staționar a pacienților cu TB și SIME TB	80	8,7
Fișa medicală de ambulator a pacienților cu TB și SIME TB	75	8,1
Fișa medicală a pacienților cu TB și fișa medicală SDMC	112	12,2

3. Discrepanțe dintre datele înregistrate în baza de date SIME TB și baza de date națională a mortalității

Analiza cazurilor de decese din baza de date a mortalității generale administrată de CNMS a evidențiat un număr de discrepanțe în raport cu datele despre cazurile de decese înregistrate în SIME TB. În SIME TB erau înregistrate în total 326 de cazuri de decese, iar în baza de date a mortalității generale - 336 de cazuri. După verificarea încrucișată a datelor de către evaluatori, în total au fost identificate 20 cazuri care lipseau în SIME TB și care fuseseră înregistrate ca tratament încheiat (14 cazuri), caz vindecat (3), abandon și plecare definitivă din R. Moldova (2) și eșec terapeutic (1). Pe de altă parte, circa 10 cazuri de decese nu au putut fi identificate în baza națională a mortalității. Acestea putea fi persoanele pentru care rudele nu au solicitat certificatele de deces.

REZULTATE

DATELE SOCIO-DEMOGRAFICE ALE EȘANTIONULUI

Eșantionul studiat a cuprins 750 de pacienți înregistrați în SIME TB drept cazuri de co-infecție TB/HIV în perioada 2007-2011. Deoarece analiza se bazează pe numărul de cazuri, unii pacienți au înregistrat mai mult de un caz de TB în această perioadă de cinci ani (cum ar fi pacientul înregistrat inițial drept un caz nou de TB care s-a încheiat cu abandon al tratamentului, iar apoi a fost înregistrat drept un caz de tratament repetat, după abandon), însumând în total 921 de cazuri. În continuare datele sunt prezentate în baza numărului de cazuri înregistrate.

Din numărul total de 921 de cazuri, 74,4% erau bărbați și 25,6% femei. La momentul notificării TB, aceștia aveau între 18 și 75 de ani, cu o vârstă medie de 34,91 de ani și cu o deviere standard de 8,1 ani. Peste jumătate din cazuri (59,9%) sunt din municipiile Chișinău și Bălți, 22,5% din localitățile rurale, 13,2% din centrele raionale și 3,9% sunt persoane fără adăpost.

Ponderea cazurilor din Chișinău și Bălți s-a redus de la 75,8% în 2007 la 47,2% în 2011 și ponderea cazurilor din mediul rural respectiv a crescut, în aceeași perioadă, de la 12,4% la 30,3%. Ponderea pacienților fără adăpost infectați cu TB/HIV, de asemenea, a crescut de la 2,6% în 2007 la 6,7% în 2011. Acest fenomen este, probabil, asociat tendinței naționale de expansiune a epidemiei HIV, care inițial a fost concentrată în Chișinău și Bălți la sfârșitul anilor '90, și apoi a inclus centrele raionale și localitățile rurale în anii 2000.

Eșantionul a cuprins în mare parte șomeri (80,8%) și alte categorii de populație economic inactivă (persoane cu dezabilități - 9,0%, persoane pensionate - 0,9%, studenți - 0,5%) și doar 8,6% dintre subiecții auditului erau angajați în câmpul muncii, ceea ce denotă că o parte mai vulnerabilă a PTHIV a fost afectată de co-infecția TB (Tabelul 2).

TABELUL 2: Caracteristicile socio-demografice ale eșantionului, pe ani

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Sexul						
Masculin	75,3	78,7	74,6	70,1	73,3	74,4
Feminin	24,7	21,3	25,4	29,9	26,7	25,6
Vârsta						
18-24	8,4	6,9	7,1	6,0	3,6	6,3
25-29	27,3	18,8	24,3	17,9	19,0	21,1
30-39	46,8	49,0	52,1	47,3	50,8	49,2
40-49	11,7	17,8	14,2	21,4	21,0	17,6
50-59	4,5	5,9	2,4	6,0	5,1	4,9
60+	1,3	1,5	0	1,5	5	1,0

Regiunea						
Chișinău și Bălți	76,0	68,8	59,2	51,7	47,2	59,9
Centru raional	9,1	10,9	11,8	18,4	14,9	13,2
Rural	12,3	17,8	24,9	25,4	30,3	22,5
Fără adăpost	2,6	2,5	3,0	4,5	6,7	3,9
Lipsesc înregistrări	0	0	1,2	0	1,0	4
Ocupație						
Șomeri	79,2	83,7	80,5	79,6	80,5	80,8
Angajați	10,4	8,4	7,7	8,0	8,7	8,6
Cu dezabilități	9,1	5,9	11,2	10,0	9,2	9,0
Pensionați	6	1,0	0	2,0	5	9
Studenti	6	1,0	6	5	0	5
Alții	0	0	0	0	5	1
Lipsesc înregistrări	0	0	0	0	5	1
Total, cifre absolute	154	202	169	201	195	921
Total %	16,7	21,9	18,3	21,8	21,2	100,0

FACTORI DE RISC

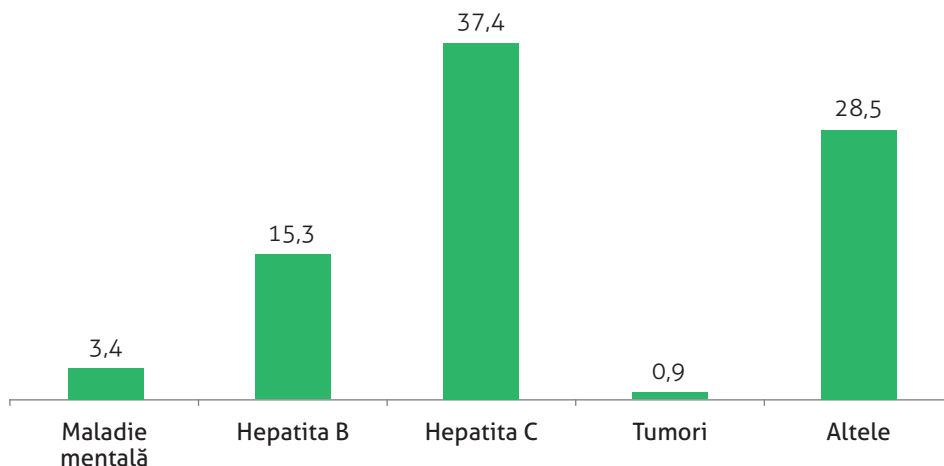
Vulnerabilitatea mai înaltă a pacienților cu TB/HIV este confirmată de prevalența factorilor de risc. 91,3% din cazuri erau persoane care utilizau droguri la momentul notificării TB sau care au utilizat în trecut droguri, în 27,5% din cazuri persoanele aveau un istoric al abuzului de alcool și în 39,3% din cazuri persoanele au fost deținute. De menționat că peste jumătate din dosarele medicale analizate (53,5%) nu aveau înregistrări privind evaluarea consumului de alcool, iar majoritatea cazurilor nu aveau înregistrări medicale care să evalueze dacă pacientul urma tratamentul de substituție cu opioide (TSO) (Tabelul 3). Se observă o altă tendință, și anume, reducerea ponderii persoanelor care utilizează droguri în rândul cazurilor de TB/HIV, de la 80,5% în 2007 la 43,6% în 2011. Foarte puține persoane (2,6% sau 16 cazuri) au urmau TSO la momentul tratamentului TB, revelând oportunitatea ratată a unei gestionări clinice corespunzătoare a co-infecției TB/HIV. Cazurile de TB/HIV reprezintă o populație relativ stabilă, întrucât 78,1% dintre acestea nu erau emigranți, 20,1% erau emigranți înainte de notificarea TB și doar 0,4% au migrat după depistarea TB.

TABELUL 3: Prevalența factorilor de risc în rândul pacienților cu TB/HIV, pe ani

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Abuz de alcool în anamneză						
Da	26,6	25,7	25,4	30,3	28,7	27,5
Nu	16,9	16,3	18,3	24,4	19,0	19,1
Lipsește înregistrări	56,5	57,9	56,2	45,3	52,3	53,4
Consum de droguri în anamneză						
Da, în prezent	80,5	72,8	64,5	57,2	43,6	63,0
Da, în trecut	13,0	19,3	29,0	36,8	40,5	28,3
Lipsește înregistrări	6,5	7,9	6,5	6,0	15,9	8,7
Pacient cu TSO						
Da, în timpul tratamentului TB	3,1	3,3	0,9	1,7	4,1	2,6
Da, în trecut	0	1,3	0	0	2,1	0,7
Nu	26,8	20,3	5,3	7,0	2,1	13,4
Lipsește înregistrări	70,1	75,2	93,8	91,3	91,8	83,3
Deținut în închisoare						
Nu	55,8	55,4	56,2	59,2	62,6	58,0
Mai puțin de un an înainte de a se îmbolnăvi de TB	1,3	2,5	1,2	1,5	2,6	1,8
1-3 ani înainte de a se îmbolnăvi de TB	7,1	5,9	5,9	6,5	9,2	6,9
Mai mult de 3 ani înainte de a se îmbolnăvi de TB	10,4	17,8	13,6	19,9	11,3	14,9
Pe parcursul maladiei TB	22,7	16,3	17,8	10,4	13,3	15,7
Lipsește înregistrări	2,6	2,0	5,3	2,5	1,0	2,6
Migrație în anamneză						
Da, 1 an înainte de TB	15,6	21,3	18,3	19,9	24,1	20,1
Da, după TB	0	0	0,6	0,5	1,0	0,4
Nu	83,1	77,2	81,1	78,6	71,8	78,1
Lipsește înregistrări	1,3	1,5	0	1,0	3,1	1,4
Total	154	202	169	201	195	921
% din Total	16,7	21,9	18,3	21,8	21,2	100,0

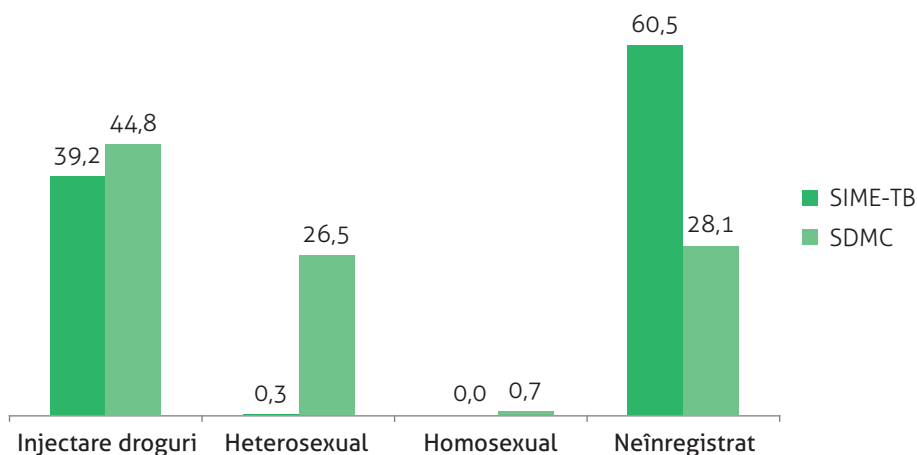
Dintre toate cazurile, 61,6% au avut cel puțin o co-morbiditate. Cel mai frecvent au fost înregistrate: hepatita C la 37,4% din cazuri, hepatita B la 15,3% din cazuri, probleme de sănătate mentală la 3,4% din cazuri și 28,5% din cazuri aveau alte co-morbidități (Figura 1). În plus, din 210 de cazuri de co-infecție TB/HIV în rândul femeilor, 8 femei sau 3,8% din cazuri erau însărcinate la momentul depistării TB.

FIGURA 1: Prevalența co-morbidității în rândul pacienților cu co-infecția TB/HIV, eșantion total (în %)



Au existat discrepanțe în documentarea modului de transmitere a infecției HIV în baza de date a SDMC și în SIME TB, în SIME TB nefiind documentat modul de transmitere în 60,5% din cazuri, cu o tendință selectivă de a documenta transmiterea infecției HIV asociată utilizării de droguri. Cu toate acestea, chiar și în baza de date a SDMC nu a fost înregistrat modul de transmitere a infecției HIV în 28,1% din cazuri (Figura 2).

FIGURA 2: Modul de transmitere a infecției HIV înregistrat în SIME-TB și în baza de date SDMC (în %)



STABILIREA DIAGNOSTICULUI TB ȘI HIV

În peste două treimi din cazuri (69,1%) TB a fost diagnosticată la pacienții cu statut HIV cunoscut, în 12,5% din cazuri mai întâi a fost depistată TB și apoi HIV, iar în 17,4% din cazuri TB și HIV au fost depistate simultan (în 1,1% din cazuri înregistrările lipsesc).

TABELUL 4: Stabilirea diagnosticului TB și HIV, pe ani și pe tipuri de instituții

	Anul					Instituția			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	total	%
TB diagnosticată la un pacient cu statut HIV cunoscut	74,5	67,8	70,4	64,7	69,2	67,4	82,1	56,3	636	69,1
Infecția cu HIV diagnosticată la un pacient cu TB	13,1	11,4	10,7	12,9	14,4	13,2	4,0	25,0	115	12,5
TB și HIV diagnosticate simultan	9,2	20,3	18,3	21,4	15,9	18,3	13,9	15,6	160	17,4
Lipsește înregistrări	3,3	5	6	1,0	5	1,1	0	3,1	10	1,1
Total	153	202	169	201	195	706	151	64	N/A	921
% din Total	16,6	22,0	18,4	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	921	100,0

CALITATEA TRATAMENTULUI ȘI A ASISTENȚEI PENTRU PERSOANELE INFECTATE CU HIV

Un număr semnificativ de cazuri de co-infecție TB/HIV, înregistrate în SIME-TB, în perioada 2007-2011, lipseau în SIME HIV și multe dintre ele nu fuseseră consultate de medicii infecționiști ai SDMC. În total 43 de cazuri (5%) nu aveau înregistrată data diagnosticării cu HIV în SIME HIV și 245 dintre cazurile (27%) de co-infecție cu TB/HIV nu au fost niciodată consultate de medicii infecționiști ai SDMC.

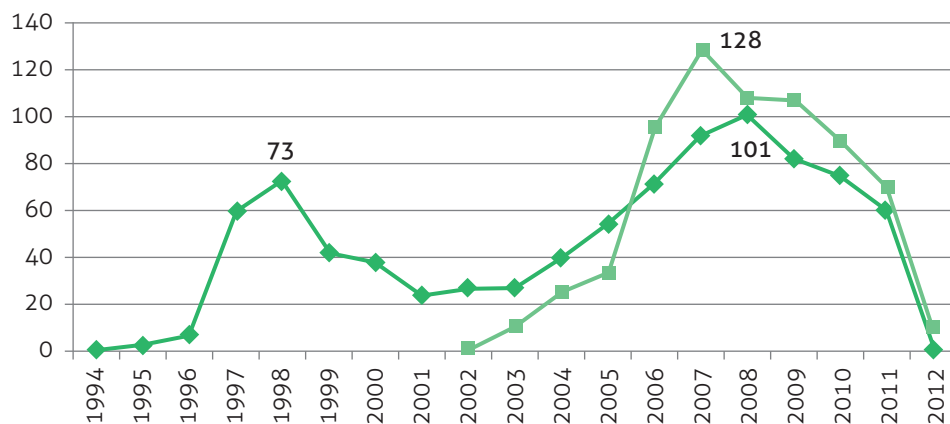
TABELUL 5: Cazurile de TB/HIV care lipsesc în SIME HIV și în baza de date a SDMC

	Diagnostic HIV		Prima adresare la SDMC	
	n	%	n	%
Existente	878	95	676	73
Lipsește înregistrări	43	5	245	27

Dintre cazurile care au fost diagnosticate cu HIV (n=676), peste jumătate (52,3%) erau PTHIV. Acestea au fost diagnosticate cu TB în decursul perioadei de cinci ani (2007-2011), iar cu HIV - în perioada 2006-2012 (deoarece unele persoane au fost diagnosti-

cate cu HIV după ce fuseseră diagnosticate cu TB), puțin peste o cincime (22,8%) au fost diagnosticate cu HIV în perioada 2000-2005 și o cincime (20,1%) au fost diagnosticate cu HIV înainte de 2000. Cu referire la tendința primei adresări la medicul infecționist al SDMC, doar 165 de cazuri (24,4%) au fost consultate de un medic infecționist al SDMC înainte de 2007, iar majoritatea cazurilor au fost înregistrate la SDMC abia din 2007.

FIGURA 3: Anul stabilirii diagnosticului HIV și al primei adresări la medicul infecționist al SDMC



Stadiul clinic al infecției HIV, la prima adresare, era avansat pentru acest grup, după cum este confirmat de diagnosticul clinic. Circa 40,0% din cazurile de TB/HIV au fost diagnosticate și clasificate în categoria C conform clasificării CDC a infecției HIV, manifestând afecțiuni indicatoare de SIDA, și mai puțin de o treime din cazuri (27,8%) se regăseau în categoriile A sau B. Nu a fost efectuată nicio stadializare a infecției HIV pentru 31,5% din cazurile de TB/HIV, dar având în vedere că HIV a fost diagnosticată simultan cu sau după diagnosticarea TB, era cel mai probabil ca și aceste cazuri să se regăsească în stadiul avansat al infecției HIV.

TABELUL 6: Stadializarea clinică a infecției HIV la prima adresare la medicul infecționist

Stadiul clinic		n	%
HIV asimptomatic sau acut	A1	84	9,1
	A2	61	6,6
	A3	3	3
Simptomatic, non A non C	B2	76	8,3
	B3	32	3,5
	C1	33	3,6
Afecțiuni indicatoare SIDA	C2	58	6,3
	C3	284	30,8
Lipsește înregistrări		290	31,5
Total		921	100

Rezultatele de laborator confirmă stadiul avansat al infecției HIV la prima adresare la medicul infecționist și înainte de diagnosticarea TB. Dintre pacienții care au fost consultați de medicul infecționist, 98,2% aveau rezultatul valorii CD4 și 59,9% aveau rezultatul testului Reacției de polimerizare în lanț (RPL) (încărcătura virală). Valorile primului test CD4 erau în medie de 302 celule/mm³, cu un interval de la 1 la 1627 celule/mm³. Dintre pacienții cărora le-a fost verificată valoarea CD4 (n=664), 46,1% aveau valoarea CD4 <200 celule/mm³, 35,4% aveau valoarea CD4 între 201 și 499 celule/mm³ și doar 18,5% aveau valoarea CD4 peste 500 celule/mm³. Dintre pacienții cărora le-a fost efectuată RPL (n=405), încărcătura virală medie era de 481 948 copii per ml, 47,7% aveau încărcătura virală <100 000 copii/ml, 39,8% aveau încărcătura virală între 100 001 și 1 000 000 copii/ml și 12,6% aveau încărcătura virală peste 1 000 001 copii/ml.

TABELUL 7: Rezultatele primelor și ultimelor investigații de laborator la prima adresare la medicul infecționist și înainte de diagnosticarea TB

	n	Minim	Maxim	Medie	Deviere standard
Prima valoare CD4	664	1	1627	302	279
Prima valoare RNA	405	8	9,500,000	481,948	1,080,095
Ultima valoare CD4 înainte de TB	427	1	1566	271	255
Ultima valoare a încărcăturii virale înainte de TB	289	25	9,500,000	397,234	940,179

Ultima monitorizare de laborator a infecției HIV înainte de diagnosticarea TB a înregistrat rezultate mai proaste - o medie de 271 de celule/mm³ (46,4% din cazurile cu rezultatul valorii CD4) și 397,234 de copii RNA (31,4% dintre cazurile cu rezultatul încărcăturii virale).

În pofida stadiului clinic avansat al infecției HIV și a statutului imunitar redus, doar o treime (33,4%) din cazurile HIV urmau tratamentul ARV la momentul diagnosticării TB, cu o pondere puțin mai mare în instituțiile penitenciare (39,1%) comparativ cu cazurile care au fost supravegheate în staționarul instituțiilor medico-sanitare publice (IMSP) (32,6%) și cele tratate în condiții de ambulator (29,7%). În cazul în care vom calcula ponderea pacienților care urmau tratamentul ARV, incluși în subgrup, din numărul de pacienți care au fost consultați de medicul infecționist (n=676), vom obține o proporție de 45,5% din pacienți care urmau tratamentul ARV la momentul diagnosticării TB.

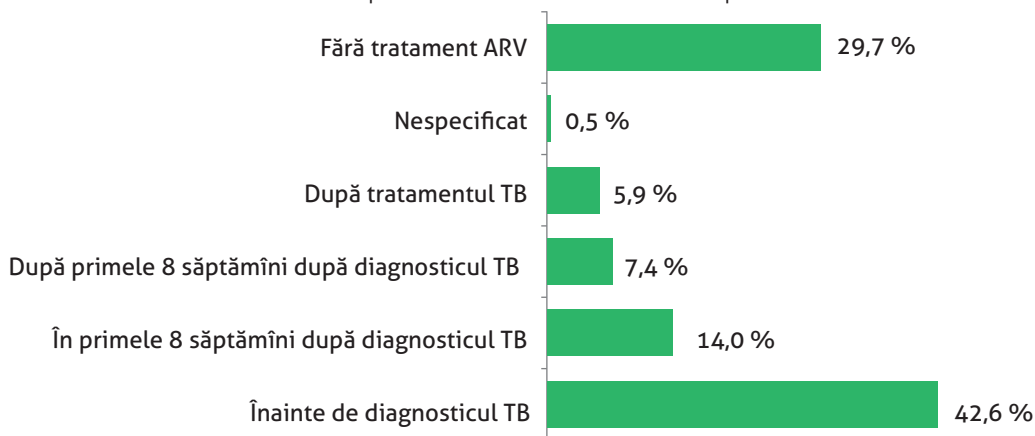
TABELUL 8: Ponderea cazurilor care urmau tratamentul ARV la momentul diagnosticării TB, pe tipuri de instituție

	Instituție			Total	
	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total	%
Da	32,6	39,1	29,7	308	33,4
Nu	44,8	53	45,3	425	46,1
Lipsește înregistrări	22,7	7,9	25	188	20,4
Total	706	151	64	N/A	921
% din Total	76,7	16,4	6,9	921	100

25,1% din cazurile de HIV au început terapia ARV înainte de tratamentul TB, 0,3% în timpul primelor 8 săptămâni de tratament TB, 4,9% după 8 săptămâni de tratament TB și 3,7% după încheierea tratamentului TB, în timp ce 56,8% nu au urmat tratamentul ARV sau nu aveau înregistrări dacă au beneficiat de el.

Un indicator al calității asistenței medicale oferite este începerea tratamentului ARV în cazurile de co-infecție cu TB/HIV cu valoarea $CD4 < 350$ celule/mm³. În subgrupul de pacienți cu TB/HIV cu valoarea $CD4$ mai mică de 350 celule/mm³ (n=444), 42,6% urmau deja tratamentul ARV, în timp ce doar 14,0% au beneficiat de tratamentul ARV în primele 8 săptămâni după începerea tratamentului TB. Trebuie de menționat că 132 de pacienți (29,7%) nu beneficiaseră niciodată de tratamentul ARV și au decedat.

FIGURA 4: Perioada de începere a tratamentului ARV în raport cu tratamentul TB



Doar 20,4% din cazuri aveau înregistrat un grad bun de aderență la tratamentul ARV înainte de tratamentul TB și 20,7% după tratamentul TB, 20% din cazuri au fost înregistrate ca nefiind compliante la tratamentul ARV înainte și după tratamentul TB, iar pentru restul cazurilor aceste înregistrări lipseau în fișele medicale ale pacienților. Reacții adverse la tratamentul ARV nu au fost înregistrate de medicul infecționist în timpul tratamentului TB. Doar la 3 sau 0,3% din cazuri regimul ARV a fost modificat în timpul tratamentului TB.

Dintre toate cazurile de TB/HIV, 486 nu aveau un statut confirmat de hepatita B sau C și trei pătrimi dintre acestea (75%) au fost examinate pentru hepatita B sau C, cu cea mai mare pondere în instituțiile penitenciare (86-88%) comparativ cu cazurile de TB tratate în IMSP sau în condiții de ambulator.

TABELUL 9: Examinarea medicală pentru hepatitele B și C la pacienții cu HIV supravegheați de SDMC

	Anul					Instituție			Total
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	
Hep C	63,0	71,0	85,2	74,5	78,1	71,1	86,0	75,7	74,7
Hep B	62,5	71,0	83,9	77,3	78,1	70,7	88,8	75,0	75,0
Total	81	93	88	110	114	342	107	37	486
% din Total	16,7	19,1	18,1	22,6	23,5	70,4	22,0	7,6	100,0

Examinarea medicală pentru TB la pacienții cu statut HIV cunoscut nu a fost efectuată în mod adecvat în SDMC. Doar 10,5% din cazurile de TB/HIV au fost examinate pentru TB în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB; 30,0% nu au fost examinate pentru TB, iar pentru 59,5% din cazuri nu există înregistrări. În sistemul penitenciar, examinarea medicală pentru TB a persoanelor cu statut HIV cunoscut a fost efectuată și mai rar, deoarece doar în 7,9% din cazuri există înregistrări că persoanele au fost examinate pentru TB.

TABELUL 10: Ponderea cazurilor HIV care au fost examinate pentru TB în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB, pe ani și pe tipuri de instituții

	An					Instituție			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	total	%
Da	9,2	6,9	10,1	11,9	14,4	10,5	7,9	17,2	97	10,5
Nu	28,1	23,3	23,7	35,8	37,9	30,5	27,8	29,7	276	30,0
Lipsește înregistrări	62,7	69,8	66,3	52,2	47,7	59,1	64,2	53,1	548	59,5
Total	153	202	169	201	195	706	151	64		921
% din Total	16,6	22,0	18,4	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	921	100,0

Dintre persoanele examinate, majoritatea pacienților au fost examinați radiologic (10,1% din întregul eșantion, n=95). În această perioadă de cinci ani, există înregistrări doar pentru un caz examinat pentru TB, la SDMC, utilizând microscopia sputei în cele 12 luni care precedă diagnosticul TB. Dintre 79 de cazuri de TB examinate radiologic și cu înregistrări valide, 41,8% au avut un rezultat TB pozitiv și 49,4% un rezultat TB negativ, în timp ce 8,9% din cazuri nu aveau înregistrat vreun rezultat al examenului

radiologic. Având în vedere că toate cazurile eventual au evoluat în TB, evidențiem ineficiența examenului radiologic ca metodă singulară utilizată pentru depistarea cazurilor de TB chiar și la pacienții care au trecut examinarea medicală pentru TB.

O altă recomandare națională privind prevenirea TB la pacienții infectați cu HIV este terapia preventivă cu isoniazidă, însă niciun pacient nu a beneficiat de această terapie.

EVALUAREA MANAGEMENTULUI CAZURILOR DE TB ȘI SUPRAVEGHEREA LOR ÎN INSTITUȚIILE DE FTIZIOPNEUMOLOGIE

Dintre cazurile de co-infecție TB/HIV, 61,3% erau cazuri noi, restul erau cazuri de tratament repetat: 18,0% - recidive, 9,2% - tratament după abandon, 9,8% - tratament după eșec terapeutic și 1,6% clasificate ca TB cronică. Ponderea cazurilor noi a crescut de la 52,3% în 2007 la 69,2% în 2011. În sistemul penitenciar, numărul cazurilor noi a fost mai mic decât în sistemul public (41,7% din cazuri noi în sistemul penitenciar comparativ cu 65,3% în IMSP și cu 62,5% dintre pacienții tratați doar în condiții de ambulator). De asemenea, a fost identificată o creștere dublă a cazurilor de tratament după abandon (6,5% în 2007 și 12,3% în 2011).

TABELUL 11: Tipul de caz de TB, pe ani și pe tipuri de instituții

	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total
Caz nou	52,3	58,9	63,3	61,2	69,2	65,3	41,7	62,5	61,30
Recidivă	22,9	18,8	16,0	18,4	14,9	15,9	32,5	9,4	18,04
Abandon	6,5	7,9	7,7	10,9	12,3	9,1	5,3	20,3	9,24
Eșec	15,0	12,9	10,0	8,5	3,6	8,2	17,9	7,8	9,78
TB ronic	3,3	1,5	3,0	1,0	0	1,6	2,6	0	1,63
Total, abs.	153	202	169	201	195	706	151	64	920
Total %	16,6	22,0	18,4	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	100,0

În total 38,7% din pacienți aveau documentate anamneza TB și tratamentul TB - mai puțin dintre cazurile tratate în sistemul public (34,7%) comparativ cu cele tratate în sistemul penitenciar (58,3%). Ponderea cazurilor noi de TB în rândul pacienților cu HIV a crescut, în 2007-2011, de la 51,6% la 69,2% (Tabelul 12).

TABELUL 12: TB în anamneză la momentul notificării cazului, pe ani și pe tipuri de instituții

	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total
Da	48,4	40,6	36,5	38,8	30,8	34,7	58,3	37,5	38,7
Nu	51,6	59,4	62,9	61,2	68,7	65,2	41,7	62,5	61,1
NR	0	0	6	0	5	1	0	0	2
Total, abs	153	202	170	201	195	706	151	64	921
Total %	16,6	21,9	18,5	21,8	21,2	82,4	17,6	6,9	100,0

Dintre toate cazurile, 65,0% au fost simptomatice, 19,1% depistate în mod activ prin examinări profilactice, iar pentru 15,9% nu existau înregistrări privind tipul de caz.

Contrar tendinței în rândul populației generale, unde TB este deseori depistată de medicul de familie, cazurile de TB în rândul pacienților cu HIV au fost notificate de specialiștii instituțiilor specializate, de către specialiștii din instituțiile penitenciare (25,3%), de ftiziopneumolog (specialistul TB) (18,0%), de SDMC (14,6%) și doar o pătrime de cazuri - de medicul de familie (25,2%). Cu toate acestea, ponderea cazurilor de TB notificate de medicii de familie prezintă o tendință în creștere (19,0% în 2007 față de 27,2% în 2012), în timp ce rolul specialiștilor TB și al SDMC a fost în scădere (specialiștii TB – 26,8% în 2007 și 16,9% în 2011, SDMC – 20,9% în 2007 și 13,3% în 2011).

TABELUL 13: Tipul instituției medicale/specialistului care a notificat cazul de TB, pe ani

	2007	2008	2009	2010	2011	Total
Medic de familie	19,0	26,9	23,5	26,4	28,7	25,2
Specialistul TB	26,8	19,4	12,4	15,9	16,9	18,0
Alt specialist	18,3	26,9	30,6	22,9	27,2	25,3
Spitalul TB	2,0	1,0	0	1,5	1,5	1,2
SDMC	20,9	10,4	14,1	15,4	13,3	14,6
Lipsesc înregistrări	13,1	15,4	19,4	17,9	12,3	15,7

DIAGNOSTICAREA TB

Cea mai răspândită formă de TB diagnosticată a fost: TB pulmonară în 91,0% din cazuri, TB extra pulmonară în 5,9% din cazuri și TB extra respiratorie în 3,1% din cazuri. Cea mai frecventă formă de TB a fost pulmonară infiltrativă (65,6%), urmată de forma pulmonară diseminată (16,3%) (Tabelul 14).

TABELUL 14: Diagnosticarea, localizarea și forma TB la momentul notificării cazului de TB, eșantion total

Localizare	Formă	Total	Procente
Pulmonară	Complex tuberculos primar	5	5
	Diseminată	150	16,3
	Nodulară	48	5,2
	Infiltrativă	605	65,6
	Fibro-cavitară	23	2,5
	Traheo-bronșică	8	9
	Total	839	91
Extra pulmonară	Pleurezie	44	4,8
	Ganglioni limfatici intratoracici	9	98
	Alte forme	1	1
	Total	54	5,9
Extra respiratorie	Meningită	8	9
	Oaselor și articulațiilor	1	1
	Uro-genitală	2	2
	Adenopatie periferică	17	1,8
	Intestinală	1	1
	Total	29	3,1
Total		921	100,0

La peste o jumătate din cazuri (61,1%) nu au fost înregistrate complicații. Dintre cele care au avut complicații, cele mai frecvente erau: cazurile de pleurezie (14,2%), de insuficiență pulmonară (8,5%), de insuficiență a altor organe (2,9%), de insuficiență cardio-pulmonară (2,4%) și de hemoptizie (2,3%), alte complicații fiind înregistrate în mai puțin de 2% din cazuri.

TABELUL 15: Frecvența complicațiilor, eșantion total

Complicații	Total	Procente
Hemoptizie	21	2,28
Hemoragie pulmonară	5	0,54
Pneumotorax	1	0,11
Insuficiență respiratorie	78	8,47
Insuficiență cardio pulmonară	22	2,39
Insuficiența organelor afectate	27	2,93
Meningită	14	1,52
Pleurezie	131	14,22
Altele	53	5,75
TB Bronșită	3	0,33

Complicații	Total	Procente
TB laringelui	2	0,22
TB intestinului	2	0,22
Lipsa complicațiilor	562	61,02
Total	921	100

În aproape toate cazurile de TB (99,3%) s-a stabilit un diagnostic confirmat microbiologic. Examenul microscopic a fost efectuat în aproape toate cazurile testate în instituțiile din sistemul public și în cele din sistemul penitenciar. Rezultatul a fost pozitiv doar pentru 45,3% din cazuri, cu mici diferențe dintre cele două sisteme, însă cu o tendință de scădere față de anul 2007, cu 51,6% de rezultate pozitive, până la 37,9% în 2011 (Tabelul 16). 2,6% din cazuri aveau rezultatele biopsiei.

TABELUL 16: Rezultatul examenului microscopic la cazurile TB/HIV, pe ani și pe tipuri de instituții

	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total
Pozitiv	51,6	50,0	47,6	40,8	37,9	45,4	47,0	39,1	45,28
Negativ	44,4	44,6	47,6	53,2	55,4	48,2	53,0	53,1	49,40
Neefectuat	3,3	3,5	2,4	4,0	3,6	4,0	0	4,7	3,37
Lipsește înregistrări	7	2,0	2,4	2,0	3,1	2,4	0	3,1	1,95
Total, abs.	153	202	170	201	195	707	151	64	921
Total, %	16,6	21,9	18,5	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	100,0

Au fost examinate prin cultură 94,2% din cazuri. 51,1% din cazuri aveau un rezultat pozitiv al culturii, 33,0% aveau un rezultat negativ, în timp ce pentru 4,1% din cazuri rezultatul rămânea neîncheiat sau testul nu a fost efectuat (5,8%) sau nu a fost înregistrat în fișa medicală (6,0%).

TABELUL 17: Rezultatul culturii în cazurile TB/HIV, pe ani și pe tipuri de instituții

	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total
Pozitiv	47,7	51,0	46,5	56,7	52,3	52,1	52,3	37,5	51,1
Negativ	30,1	31,2	38,2	31,3	34,4	32,5	35,8	32,8	33,0
Neîncheiat	7,2	6,4	1,8	5	5,1	3,7	7,9	0	4,1
Neefectuat	11,1	4,5	4,7	4,5	5,1	6,1	2,6	9,4	5,8
Lipsește înregistrări	3,9	6,9	8,8	7,0	3,1	5,7	1,3	20,3	6,0
Total, abs.	153	202	170	201	195	707	151	64	922
Total, %	16,6	21,9	18,5	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	100,0

La 60,5% din cazurile TB a fost efectuat testul la sensibilitate (TSA), procentul fiind mai mare în rândul pacienților tratați în instituțiile curativ-profilactice ale sistemului penitenciar (ICPSP) (70,5%) față de cei tratați în IMSP (58,9%) și cel mai mic în rândul pacienților tratați doar în condiții de ambulator (51,6%).

TABELUL 18: Ponderea cazurilor TB la care a fost efectuate TSA, pe ani și pe tipuri de instituții

	Anul					Instituția			Total
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	
Da	53,7	55,7	63,2	66,7	61,3	58,9	70,5	51,6	60,5
Nu	30,5	35,7	26,4	25,4	32,1	33,5	15,9	25,8	30,0
Lipsește înregistrări	15,9	8,7	10,3	7,9	6,6	7,6	13,6	22,6	9,5
Total, abs.	82	115	87	126	106	397	88	31	516
Total, %	15,9	22,3	16,9	24,4	20,5	76,9	17,1	6,0	100,0

Dintre persoanele care au avut un rezultat pozitiv la TSA (n=315), trei pătrimi (76,5%) aveau tuberculoză multidrog-rezistentă (TB MDR), 11,7% aveau tulpini mono-rezistente, 10,2% aveau tulpini poli-rezistente și 1 persoană a fost înregistrată cu tuberculoză cu rezistență extinsă (TB XDR).

TABELUL 19: Tipul rezistenței TB la persoanele care au avut un rezultat pozitiv, pe ani și pe tipuri de instituții

Tipul rezistenței	Anul					Instituția			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total, abs	%
Monorezistență	4,3	7,8	10,9	15,5	16,7	12,3	7,9	17,6	37	11,7
Polirezistență	10,9	9,4	10,9	9,5	10,6	11,9	6,3	0,0	32	10,2
MDR	76,1	82,8	78,2	75,0	71,2	74,5	84,1	76,5	241	76,5
XDR	2,2	0	0	0	0	0,4	0	0	1	0,3
Lipsește înregistrări	6,5	0	0	0	1,5	0,9	1,6	5,9	4	1,3
Total, abs	46	64	55	84	66	235	63	17	N/A	315
Total, %	14,6	20,3	17,5	26,7	21,0	74,6	20,0	5,4	315	100,0

TESTAREA INFECȚIEI HIV ÎN INSTITUȚIILE DE FTIZIOPNEUMOLOGIE

Pacienții cu TB reprezintă un grup de persoane căror le este recomandat să fie testate la infecția HIV. Rezultatele arată că testarea și consilierea persoanelor infectate cu HIV au o acoperire bună în instituțiile de ftiziopneumologie, deoarece aproape toate cazurile cu un statut HIV necunoscut au fost testate pentru HIV la momentul diagnosticării TB și doar în 28 din fișele clinice lipsea informația dacă testul HIV a fost sau nu efectuat.

TABELUL 20: Testarea la infecția HIV a pacienților cu TB în ultimele 12 luni, pe ani și pe tipuri de instituții

	Anul					Instituția			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	total	%
Da	18,3	17,4	15,3	20,5	19,2	20,7	5,3	25,0	136	18,2
Nu	8	0	0	0	0	2	0	0	10	1
Statut HIV- pozitiv cunoscut anterior	77,1	79,5	81,8	76,4	75,6	75,0	93,2	72,5	583	78,0
Lipsește înregistrări	3,8	3,1	2,9	3,1	5,1	4,2	1,5	2,5	27	3,6
Total, abs.	131	161	137	161	156	575	132	40		747
Total %	17,6	21,6	18,4	21,6	20,9	77,0	17,7	5,4	747	100,0

Colaborarea dintre serviciile TB și HIV nu este eficientă. Rezultatele arată că doar jumătate din cazurile TB/HIV (53,3%) au primit consultația medicului infecționist. Sistemul penitenciar a avut un indicator mult mai bun, întrucât 93,4% din cazurile TB/HIV au fost consultate de un medic infecționist comparativ cu doar 44,6% din cazuri consultate în IMSP.

TABELUL 21: Ponderea cazurilor TB/HIV care au fost consultate de medicul infecționist, pe ani și pe tipuri de instituții

	Anul					Instituția			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Abs.	%
Da	55,6	48,5	50,9	51,2	61,0	44,6	93,4	54,7	491	53,3
Nu	34,6	42,1	34,9	39,8	27,2	43,3	5,3	26,6	331	35,9
Lipsește înregistrări	9,8	9,4	14,2	9,0	11,8	12,0	1,3	18,8	99	10,7
Total, abs.	153	202	169	201	195	706	151	64		921
Total, %	16,6	22,0	18,4	21,8	21,2	76,7	16,4	6,9	921	100,0

TRATAMENTUL TB

Din numărul total de 921 de cazuri examinate, 911 persoane au urmat tratamentul TB, iar 9 bolnavi au refuzat tratamentul de la bun început, după ce au fost diagnosticați cu TB.

Din toate cazurile, 76,7% au fost înregistrate că au început tratamentul în IMSP și 16,4% au fost tratate în ICPSP, în timp ce 6,9% din cazuri au urmat tratamentul doar în condiții de ambulator, fără a fi spitalizate. Cel mai mare număr de pacienți au fost tratați în secțiile Departamentului Ftiziopneumologie al Spitalului Clinic Municipal din Bălți, unde au fost spitalizați în total 348 de pacienți sau 37,7% din cazuri. Cele două instituții din Chișinău - Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie și Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc” - au spitalizat 323 de pacienți sau 35,03% din cazuri.

TABELUL 22: Distribuirea cazurilor TB/HIV, conform instituției spitalicești unde a fost început tratamentul

Instituție spitalicească	Frecvență	Procent
Institutul de Ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”	130	14,10
Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie din Chișinău	193	20,93
Spitalul din Vorniceni	18	1,95
Departamentul Ftiziopneumologie a Spitalului Clinic Municipal, Bălți	348	37,74
Secția de Ftiziopneumologie a Spitalului Clinic Municipal, Soroca	7	76
Secția de Ftiziopneumologie a Spitalului Clinic Municipal, Soroca	11	1,19
Penitenciarul nr. 16 Pruncul	135	14,64
Penitenciarul nr. 13 din Chișinău	14	1,52
Penitenciarul nr. 11 din Bălți	2	22
Cazurile care au urmat tratamentul TB doar în condiții de ambulator	64	6,94
Total	921	100

În ceea ce privește regimul de tratament urmat, în total 94,8% din cazuri au urmat un regim de tratament standard și 5,2% din cazuri au urmat un regim de tratament individualizat. După tipurile de tratament, 68,8% din cazuri au urmat regimul de tratament de categoria I, indicat pentru cazurile noi cu frotiu pozitiv; 25,5% din cazuri au urmat regimul de tratament de categoria II pentru tratamentul recidivelor și doar 2,2% sau 20 din cazuri au urmat tratamentul DOTS Plus. Având în vedere că 241 de pacienți au fost diagnosticați cu TB MDR, există o discrepanță între formele rezistente de TB diagnosticate și regimul de tratament urmat. Aceasta se datorează, printre alte cauze, faptului că întârzierile între data începerii tratamentului TB și data primirii rezultatelor testelor la sensibilitate au împiedicat începerea regimurilor de tratament MDR de la bun început, precum și după primirea rezultatelor, sau faptului că medicii nu au modificat regimurile de tratament pentru pacienți, sau că pacienții au refuzat tratamentul sau au decedat.

TABELUL 23: Schema de tratament prescrisă la momentul începerii tratamentului, pe ani și pe tipuri de instituții

	Anul					Instituția			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	abs.	%
Categoria I	52,6	58,9	64,1	59,8	68,8	65,1	41,3	62,3	557	61,0
Categoria II	36,2	37,1	32,3	32,7	25,5	28,5	51,3	36,1	299	32,7
Categoria IV	10,5	3,0	3,0	2,5	2,6	4,1	4,7	1,6	37	4,1
DOTS Plus	7	1,0	6	5,0	3,1	2,3	2,7	0	20	2,2
Total, abs.	152	202	167	199	192	702	150	61	N/A	913
Total, %	16,7	22,1	18,3	21,8	21,1	76,9	16,4	6,7	913	100,0

În 71,9% din cazuri a fost documentată o bună aderență la tratamentul în condiții de staționar, 24,2% din pacienți nu și-au luat medicamentele antituberculoase în mod regulat în staționar, înregistrând un nivel mai redus de complianță în IMSP comparativ cu ICPSP (67,9% față de 90,7%). În 3,9% din cazuri înregistrările privind aderența la tratament lipseau în fișele medicale ale pacienților.

În total 151 sau 16,6% din cazuri au modificat regimul de tratament și doar 9 dintre aceștia l-au modificat din cauza reacțiilor adverse. În general, în doar 24 de cazuri sau 2,6% din eșantion au înregistrat reacții adverse la preparatele antituberculoase.

În total, 447 sau 48,5% din cazuri au beneficiat de tratament TB în etapa de continuare, în condiții de ambulator, întrucât majoritatea cazurilor fie au încheiat doar tratamentul în etapa intensivă, fie l-au abandonat încă pe când se aflau în staționar sau au decedat în staționar. Tratamentul în etapa de continuare a fost supravegheat de medicul de familie în 42,1% din cazuri, de ftiziopneumologul municipal în 42,8% din cazuri, de ftiziopneumologul din raion în 11,9% din cazuri și de un alt lucrător medical în 3,3% din cazuri.

Dintre cazurile care au fost tratate în condiții de ambulator, 64,4% au avut o complianță bună la tratament și 31,8% au luat medicamente în mod neregulat, iar pentru 3,8% din cazurile incluse în eșantion nu există înregistrări. Este de menționat, de asemenea, tendința în creștere a unei aderențe mai bune la tratament pe ani - de la 60,0% în 2007 la 69,2% în 2011.

TABELUL 24: Aderența la tratamentul TB în condiții de ambulator, pe ani și pe tipuri de instituții

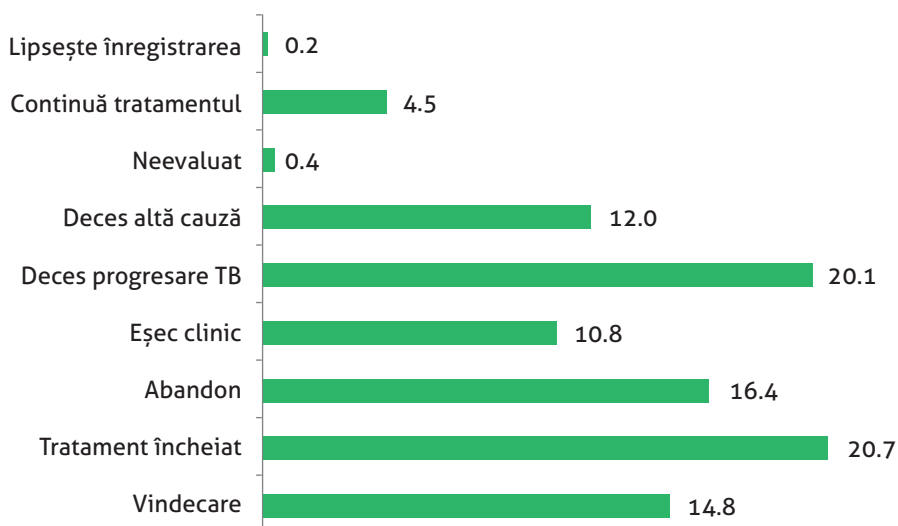
	Anul					Tipul instituției			Total	
	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	total	%
Da	60,0	58,6	69,4	63,8	69,2	64,0	33,3	70,0	288	64,4
Nu	29,2	39,4	29,4	28,7	30,8	32,5	0	28,0	142	31,8
Lipsește înregistrări	10,8	2,0	1,2	7,4	0	3,6	66,7	2,0	17	3,8
Total	65	99	85	94	104	394	3	50	N/A	447
% din Total	14,5	22,1	19,0	21,0	23,3	88,1	7	11,2	447	100,0

O altă recomandare conform protocolului național este prevenirea pneumoniei cu *Pneumocystis Carinii* (PCP) cu co-trimoxazol în timpul tratamentului TB. Mai mult de jumătate din cazuri (58,5%) nu l-au primit, pentru 16,2% din cazuri nu există înregistrări. În 15,6% din cazuri tratamentul preventiv a fost prescris de către medicul infecționist, în 9,7% din cazuri - de către ftiziopneumolog.

REZULTATELE TRATAMENTULUI

Conform rezultatelor înregistrate în fișele medicale ale pacienților, doar o treime din cazuri au avut succes la tratament, dintre care 14,8% - vindecate și 20,7% cu tratament încheiat. Fiecare al patrulea caz a întrerupt tratamentul cu abandon sau eșec (16,4% abandon, 10,8% eșec) și o treime din pacienți au decedat fie din cauza progresării TB (20,1% - 184 cazuri), fie din alte cauze (12,0% - 110 cazuri). Pentru 0,6% din cazuri nu a fost înregistrat rezultatul tratamentului, iar 4,5% din cazuri încă continuau tratamentul la momentul auditului clinic al fișelor medicale. Nu au fost înregistrate diferențe semnificative în rezultatele tratamentului după an sau după tipul instituției unde a fost început tratamentul. În subgrupul cu abandon al tratamentului (n=141), doar 38% sau 48 din cazuri aveau documentat motivul abandonului.

FIGURA 5: Rezultatele tratamentului TB, eșantion total



Unde a fost posibil, datele despre decesul „din alte cauze” au fost colectate așa cum erau documentate în fișa medicală a pacientului. În 16 cazuri, erau enumerate alte cauze, dintre care o parte puteau fi maladii indicatoare ale SIDA (pneumonie bilaterală, criptococoză generalizată, infecții fungice generalizate, septicemie), altele pot fi independente dar, de asemenea, puteau fi o consecință a TB și a infecției cu HIV (insuficiență renală, edem cerebral). În unele cazuri, cauzele puteau fi atribuite hepatitei (cirozei) sau să fie independente (cancer pulmonar, cancer uterin, supradozaj). Însă pentru 83 din cazuri nu a fost indicată o altă cauză, ceea ce face imposibil de evaluat dacă acestea aveau sau nu legătură cu HIV și TB.

Nu există diferențe semnificative în rezultatele tratamentului pe ani, însă există diferențe importante între instituțiile unde pacienții au început tratamentul TB. Cele mai proaste rezultate au fost înregistrate în instituțiile de ftiziopneumologie din Chișinău și Bălți, unde vindecarea a avut cote joase – de 14,4% vindecare și 17,4% cu tratament încheiat (comparativ cu 17,2% vindecare și 28,5% tratament încheiat la pacienții care au început tratamentul în ICPS, și comparativ cu 14,5% vindecare și 40,3% tratament încheiat la pacienții care

au fost tratați doar în condiții de ambulator). Rata deceselor a fost, de asemenea, mai înaltă în rândul pacienților care au început tratamentul în staționarele de ftiziopneumologie din Chișinău și Bălți (36,0% comparativ cu 24,2% din pacienții tratați doar în condiții de ambulator și 17,2% tratați în ICPSP). Acest lucru ar putea fi legat și de severitatea diferită a cazurilor spitalizate comparativ cu cele tratate doar în condiții de ambulator.

TABELUL 25: Rezultatele tratamentului TB, pe ani și pe tipuri de instituții

	2007	2008	2009	2010	2011	IMSP	ICPSP	În condiții de ambulator	Total
Vindecăți	22	33	30	23	28	101	26	9	136
	14,5	16,4	17,8	11,4	14,5	14,4	17,2	14,5	14,8
Tratament încheiat	30	34	36	51	39	122	43	25	190
	19,7	16,9	21,3	25,4	20,2	17,4	28,5	40,3	20,7
Abandon	21	34	34	36	24	121	19	9	149
	13,8	16,9	20,1	17,9	12,4	17,2	12,6	14,5	16,3
Eșec	29	32	18	7	14	71	27	2	100
	19,1	15,9	10,7	3,5	7,3	10,1	17,9	3,2	10,9
Deces din cauza progresării TB	19	31	36	55	43	156	20	8	184
	12,5	15,4	21,3	27,4	22,3	22,2	13,2	12,9	20,1
Deces survenit din alte cauze	31	35	11	16	17	97	6	7	110
	20,4	17,4	6,5	8,0	8,8	13,8	4,0	11,3	12,0
Neevaluat	0	0	0	0	4	2	2	0	4
	0	0	0	0	2,1	3	1,3	0	4
În curs de tratament	0	2	4	13	22	33	6	2	41
	0	1,0	2,4	6,5	11,4	4,7	4,0	3,2	4,5
Lipsește înregistrări	0	0	0	0	2	0	2	0	2
	0	0	0	0	1,0	0	1,3	0	2
Total	152	201	169	201	193	703	151	62	916

IMPEDIMENTELE LEGATE DE ITINERARUL DE PARCURS AL CAZURILOR TB/HIV ȘI EFECTELE ASUPRA CALITĂȚII ASISTENȚEI MEDICALE

Unul dintre primele impedimente în continuitatea asistenței medicale pentru PTHIV, cu consecințe pe termen lung asupra duratei asistenței medicale, se referă la perioada de timp ce decurge de la stabilirea inițială a diagnosticului HIV și adresarea la medicul infecționist din cadrul cabinetului teritorial (CT) al SDMC⁵. Doar 0,7% din cazuri s-au adresat pentru prima oară la medicul infecționist înainte de diagnosticul final HIV, 1,4% din cazuri s-au adresat pentru prima oară la medicul infecționist în aceeași zi în care au aflat diagnosticul HIV și în total 29,2% din pacienți au fost diagnosticați cu infecția HIV și s-au adresat la medic în același an. Cu toate acestea, o mare parte din pacienți au neglijat, timp de mai mulți ani, adresarea la medic, de la diagnosticarea HIV și prima adresare la medicul infecționist: în 11,3% din cazuri – între 1-3 ani, în 22,5% din cazuri – între 3-10 ani și în 7,1% din cazuri – timp de mai mult de 10 ani, în timp ce 27,9% nu au fost niciodată la medicul infecționist.

TABELUL 26: Diferența dintre durata medie între diagnosticarea infecției HIV și prima adresare la medicul infecționist

	abs.	%
Medic infecționist	6	7
În aceeași zi	13	1,4
1 zi - 1 an	269	29,2
1-3 ani	104	11,3
3-10 ani	207	22,5
10+ani	65	7,1
Total	664	72,1
Lipsește înregistrări	257	27,9
Total	921	100,0

Lipsa supravegherii medicale a infecției HIV a avut repercusiuni asupra momentului stabilirii diagnosticului TB și asupra pronosticului clinic și a rezultatelor tratamentului. În aproape o pătrime dintre cazuri, diagnosticul TB a precedat luarea pacienților în evidență de către medicul infecționist (în 4,6% din cazuri – cu peste un an și în 19,3% din cazuri – pe parcursul unui an de la diagnosticarea TB). Pentru un număr semnificativ de pacienți diagnosticul TB a fost stabilit în același an cu luarea în evidență pentru HIV la medicul infecționist. În 18,1% din cazuri pacienții s-au prezentat târziu la medicul infecționist și în 15,2% din cazuri pacienții au mers la medicul-infecționist cu 1-3 ani înainte de a fi diagnosticați cu TB. În doar 15,2% din cazuri diagnosticul TB a fost stabilit cu 3-10 ani după stabilirea tratamentului HIV de către medicul infecționist. În 26,6% din cazuri pacienții nu au fost luați în evidență de către medicul infecționist din cadrul CT al SDMC.

5 În Moldova, în perioada 1987-2011, Centrul SIDA era responsabil de stabilirea diagnosticului infecției HIV în baza testului de sânge. Începând cu 2003, luarea în evidență și supravegherea medicală este responsabilitatea altei instituții - SDMC.

TABELUL 27: Diferența dintre durata medie de la prima adresare la medicul infecționist și diagnosticul TB

	abs.	%
TB mai mult de 1 an înaintea HIV	42	4,6
TB de la 1 zi până la 1 an înaintea HIV	178	19,3
TB și HIV în același timp	9	1,0
TB de la 1 zi până la 1 an după HIV	167	18,1
TB de la 1 până la 3 ani după HIV	140	15,2
TB de la 3 până la 10 ani după HIV	140	15,2
Total	676	73,4
Lipsește înregistrări	245	26,6
	921	100,0

În cazul în care un pacient cu infecția HIV care prezintă simptome de TB este, într-un final, identificat de către medicul-infecționist, este pierdut deja timpul prețios de la prima suspexție de TB și până la confirmarea diagnosticului TB. În medie, trec 23 de zile (DS 75 de zile) de la prima suspexție de TB până la confirmarea diagnosticului TB, și 28 de zile (DS 94 de zile) de la prima suspexție de TB până la începerea tratamentului TB în condiții de staționar.

Următorul impediment este tranziția dintre tratamentul în etapa intensivă și începerea tratamentului în etapa de continuare. În medie, există o întârziere de 11 zile dintre cele două etape, cu un interval mare de timp (DS 47 de zile).

TABELUL 28: Durata medie necesară pentru evaluarea și tratarea TB

	n	Luni	Medie, zile	Dev. std., zile
Durata medie dintre prima suspexție de TB și confirmarea diagnosticului TB	705	1	23	75
Durata medie dintre suspexție de TB și începerea tratamentului TB	633	1	28	94
Durata medie dintre încheierea etapei intensive și începutul etapei de continuare	345	0	11	47
Durata medie în etapa intensivă	784	4	115	120
Durata medie în etapa de continuare	407	8	239	151
Durata medie de la începutul etapei de continuare și până la abandon	49	6	175	171

ANALIZA DIFERENȚELOR REZULTATELOR TRATAMENTULUI ÎN GRUPURI

Analiza caracteristicilor socio-demografice și a factorilor de risc pe grupuri în funcție de rezultatele tratamentului TB a arătat diferențe semnificative. Ponderea bărbaților este mai mare în rândul pacienților care au abandonat tratamentul, (80,7%) și al pacienților decedați (78,6%) față de grupul cu succes al tratamentului (67,5%). Vârsta medie a fost cea mai mare în grupul cu succes al tratamentului (44,9 ani) comparativ cu 36,6 ani în rândul pacienților decedați. Cei care au avut cea mai mare pondere a istoricului de detenție au fost pacienții care au abandonat tratamentul (51,4%), urmași de grupul pacienților care au decedat (40,1%) și de grupul cu succes al tratamentului (35,5%). Istoricul utilizării sau utilizarea curentă a drogurilor a fost înaltă în toate grupurile și pare să nu fi influențat rezultatele tratamentului. Abuzul de alcool în anamneză fusese documentat de aproape două ori mai des în rândul pacienților decedați (33,7%) decât în grupul cu succes al tratamentului (18,1%).

TABELUL 29: Factorii socio-demografici și de risc, conform rezultatelor tratamentului

		Rezultate			TOTAL	Sig.
		Succes (vindecat sau tratament încheiat)	Abandon și eșec terapeutic	Deces		
Sex	masculin	67,5	80,7	78,6	75,0	***
Vârstă		44,9	37,1	36,6	36,8	
Istoricul de detenție		35,3	51,4	40,1	41,5	***
Abuz de alcool	Da	18,1	32,5	33,7	27,5	***
	Nu	22,4	15,3	19,7	19,4	
	Lipsește înregistrări	59,5	52,2	46,6	53,0	
Utilizare de droguri	Da, acum	58,6	65,9	66,7	63,4	***
	Da, în trecut	35,9	25,3	21,8	28,1	
	Lipsește înregistrări	5,5	8,8	11,6	8,5	

Cei mai importanți factori legați de infecția HIV pentru care s-au observat asociația cu rezultatele tratamentului a fost prima valoare a CD4, stadiul clinic pentru infecția HIV și administrarea tratamentului ARV la momentul notificării TB. Dintre persoanele decedate care fuseseră testate pentru CD4 (n=106), aproape două treimi (64,2%) aveau valori CD4 mai mici de 200 celule/mm³ comparativ cu 41,0% din grupul

cu succes al tratamentului și 39,9% din grupul care a întrerupt tratamentul. Aproape jumătate din persoanele decedate (46,3%) nu aveau efectuată stadializarea clinică comparativ cu grupul cu succes al tratamentului (19,9%). Doar fiecare a cincea persoană (20,7%) dintre cele decedate urmaseră tratamentul ARV la momentul diagnosticării TB comparativ cu aproape jumătate (47,9%) din persoanele care au avut tratament cu succes și încheiat.

TABELUL 30: Factori principali HIV care au legătură cu rezultatele clinice

		Rezultate			Total	Sig.
		Tratament cu succes sau încheiat	Abandon și eșec	Eșec terapeutic		
Prima valoare CD4	<200	41,0	39,9	64,2	46,9	***
	200-500	38,1	39,3	24,8	34,9	
	>500	20,9	20,8	10,9	18,2	
Stadializarea clinică	C3	32,5	30,5	30,6	31,3	***
	alte	47,5	39,4	23,1	36,9	
	Lipsește înregistrări	19,9	30,1	46,3	31,8	
Tratament ARV la momentul diagnosticării	Da	47,9	27,7	20,7	32,9	***
	Nu	39,3	53,8	48,6	46,6	
	Lipsește înregistrări	12,9	18,5	30,6	20,5	

Cei mai semnificativi factori legați de TB pentru care au existat diferențe statistice semnificative în urma tratamentului au fost: anamneza TB înainte de notificarea ultimului caz de TB (43,2% din persoanele decedate comparativ cu 26,4% din persoanele cu succes al tratamentului); rezistență la cel puțin un medicament antituberculos (71,3% din persoanele decedate, 60,4% din cazurile care au abandonat tratamentul, 41,1% din persoanele cu succes al tratamentului). După cum s-a așteptat, complianța la tratament a jucat un rol important, dar nu principal: 72,6% din persoanele decedate avuseră o complianță bună în perioada intensivă, în condiții de staționar, comparativ cu 87,1% din grupul cu succes al tratamentului. Complianța în timpul etapei de continuare a tratamentului, în condiții de ambulator, a fost mai joasă: 54,7% din persoanele decedate au avut o bună complianță la tratament comparativ cu 78,6% din grupul cu succes al tratamentului.

TABELUL 31: Factori principali TB care au legătură cu rezultatele tratamentului

		Rezultatele tratamentului			Total	Sig.
		Succes al tratamentului (vindecare sau tratament încheiat)	Tratament întrerupt (abandon sau eșec)	Deces		
TB în anamneză		26,4	45,4	43,2	37,5	***
Tipul	Caz nou	73,6	55	56,5	62,5	***
	Recidivă	16,3	18,9	17,3	17,4	
	După abandon	3,7	12,4	11,2	8,7	
	Eșec terapeutic	6,1	12,9	11,2	9,8	
	Cronic	3	8	3,7	1,6	
Rezistență la medicamentele TB	Da	41,1	60,4	71,3	57,7	***
	Nu	45,6	30,9	20,7	32,3	
	Lipsește înregistrări	13,3	8,7	7,9	10	
Aderență la tratament în condiții de staționar	Da	87,1	51,8	72,6	71,7	***
	Nu	9,7	44,7	23,1	24,6	
	Lipsește înregistrări	3,2	3,5	4,3	3,7	
Aderență la tratament în condiții de ambulatoriu	Da	78,6	35	54,7	63,4	
	Nu	17,7	61,5	37,7	32,5	***
	Lipsește înregistrări	3,6	3,4	7,5	4,1	

Dacă atragem atenția la aspectul legat de timp, timpul scurs dintre anumite evenimente în evoluția clinică a cazului pare să fi jucat un rol nesemnificativ pentru rezultatul tratamentului. Unica diferență semnificativă din punct de vedere statistic este intervalul de timp dintre data primei suspexții de TB și începerea tratamentului TB: pentru grupul cu succes al tratamentului, în medie, 22 de zile comparativ cu o medie de 31 de zile în cazurile soldate cu decese.

TABELUL 32: Durata medie dintre cele mai importante evenimente legate de infecțiile HIV și TB

Rezultate		Intervalul dintre data stabilirii diagnosticului HIV și data începerii TARV	Intervalul dintre data suspjeciei de TB și data diagnosticului HIV	Intervalul dintre data primei suspjecii de TB și confirmarea diagnosticului TB	Intervalul dintre data primei suspjecii de TB și începerea tratamentului TB	Intervalul dintre încheierea etapei intensive și începerea etapei de continuare
Succes al tratamentului (vindelcat sau tratament încheiat)	n	270	238	280	237	191
	Medie	1257	371	24	22	7
	SD	1437	776	62	60	32
Abandon și eșec terapeutic	n	189	135	185	171	89
	Medie	1386	353	18	19	17
	SD	1468	723	47	42	49
Deces	n	162	115	207	196	40
	Medie	1419	459	26	31	-4
	SD	1548	659	109	117	68
Total	n	621	488	672	604	320
	Medie	1338	386	23	24	8
	SD	1475	735	77	80	43
p		0,47	0,57	0,28	0,03	0,47

Cu referire la pacienții care au decedat, în medie, 6,6 luni trecuseră de la prima suspexie de TB și până la deces și în medie de 5,8 luni, sau 178 de zile, trecuseră de la diagnosticarea TB și începerea tratamentului TB și până la deces.

Dintre pacienții decedați care fuseseră în evidența medicului infecționist al SDMC (n=189), în medie 757 de zile (2,07 ani, mediana 589 de zile) trecuseră de la luarea lor în evidență de către medicul infecționist și data decesului. Acest interval de timp dintre luarea în evidență pentru HIV și diagnosticarea TB accentuează oportunitatea ratată de a preveni apariția TB la pacienții cu HIV prin examinarea și identificarea precoce a TB și aplicarea tratamentului preventiv cu izoniazidă.

Pentru 322 de cazuri a fost înregistrată data decesului. Dintre toți pacienții decedați (n=326), pentru 62,3% din cazuri a fost efectuată autopsia și pentru 12,9% autopsia nu a fost efectuată (în 24,8% sau 81 de cazuri nu există înregistrări privind efectuarea autopsiei).

REZULTATELE ANALIZEI CAZURILOR DE DECESE TB/HIV EXTRASE DIN BAZA DE DATE NAȚIONALĂ A MORTALITĂȚII

În total, 336 de cazuri au fost înregistrate în baza de date națională a mortalității (pentru explicarea diferențelor dintre numărul de cazuri din cele două baze de date, a se vedea secțiunea „Limitări”). Dintre cele 336 de cazuri, 75,3% erau bărbați și 24,7% erau femei. Majoritatea deceselor au avut loc în staționar (74,1%), fiecare al 5-lea deces a avut loc la domiciliu (20,5%), iar 5,4% din decese au avut loc în alt loc. Cele mai multe decese au fost raportate ca fiind urmare a maladii (97,3%), o proporție foarte mică urmare a accidentelor (0,9%), iar pentru 1,8% din decese cauza nu a fost stabilită. În 64,3% din cazuri cauza decesului a fost stabilită de morfopatolog, în 19,6% din cazuri de expertiza medico-legală, în 12,5% din cazuri de medicul care a tratat pacientul și în 3,6% din cazuri de medicul care a constatat decesul. Cauza decesului a fost stabilită prin autopsie în 75,6% sau 254 de cazuri, în 15,5% din cazuri pe baza înscrierilor în documentația medicală, în 6,0% pe baza supravegheților precedente, iar în 3,0% pe baza examinării externe a cadavrului.

Conform clasificării ICD-10 a maladiilor, a fost stabilit că maladia principală care a cauzat decesul a fost: coinfecția TB-HIV (B200) în 52,7% din cazuri, TB în 29,2% din cazuri și afecțiuni conexe HIV în 7,4% din cazuri. Alte câteva cazuri puteau fi atribuite TB sau HIV, cum ar fi pneumonia bacteriană sau nespecificată (3 cazuri) și encefalita (1 caz). Alte cauze ale decesului au inclus: ciroza hepatică (3,0%), cancer (1,5%), traume sau intoxicații (8 cazuri), utilizarea alcoolului și a drogurilor (2 cazuri). Alte stări co-morbide au inclus: 5 cazuri de TB pulmonară, 10 cazuri de utilizare a substanțe psihoactive, traume și cauze legate de utilizare de substanțe psihoactive (8 cazuri).

TABELUL 33: Distribuția principalelor cauze ale deceselor, conform datelor bazei de date a mortalității, CNMS

Principala cauză a decesului			
IDC-10	Maladia	Abs.	%
A10	TB	98	29,2
B200	HIV cu TB	177	52,7
B20	HIV	25	7,4
C00-50	Cancere	5	1,5
E149	Diabet	1	0,3
F102	Maladii legate de utilizarea substanțelor psihoactive	1	0,3
G042	Encefalită	1	0,3
G312	Degenerarea sistemului nervos din cauza abuzului de alcool	1	0,3
I10-80	Cardio-vasculare și cerebrale-vasculare	5	1,5
J 15-18	Pneumonia bacteriană sau nespecificată	3	0,9
K746	Ciroza hepatică	10	3,0
R980	Moarte fără supraveghere	1	0,3
X 0-7 și Y0-3	Traume și intoxicații	8	2,4
	Total	336	100
Stări co-morbide			
A10	TB pulmonară	5	
B153	Hepatita acută	1	...
F10	Utilizarea substanțelor psihoactive	10	...
S 00-50, T00-60	Traume și cauze legate de utilizare de substanțe psihoactive	8	...

În comparație cu structura cauzelor deceselor din baza de date națională a mortalității, unde 81,8% dintre cazuri sunt considerate ca având TB drept principala cauză a decesului, fie în combinație cu HIV, fie doar TB, în SIME TB 62% din cazuri sunt atribuite progresării TB și 37,4% din cazuri altor cauze.