

PROBLEME DE TUBERCULOZĂ

Tuberculoza în România. Probleme și soluții

Elmira Ibraim¹, Ioan Paul Stoicescu¹, Daniela Homorodean²,
Cristian Popa¹, Mădălina Burecu¹, Ileana Stoicescu¹, Cristina Popa¹,
Ruxandra Spătaru¹, Anca Macri¹, Cornelia Tudose¹, Diana Ioniță¹, Mariana Andrei¹

Unitatea Centrală de Coordonare a Programului Național de Control al Tuberculozei

¹Institutul de Pneumologie „Marius Nasta“, București

²Clinica de Pneumologie Leon Daniello, Cluj-Napoca

REZUMAT

Analiza informațiilor existente la Unitatea Centrală de Coordonare a Programului Național de Control al Tuberculozei (PNCT), completată cu rapoartele coordonatorilor tehnici județeni, a permis autorilor să identifice o serie de probleme în controlul tuberculozei (TB) din România în ultima perioadă și să propună soluții pentru remediarea acestora.

Probleme:

- Reducerea marcată a scăderii anuale a numărului de cazuri de TB de la 2761 între anii 2005-2006, la 145 între anii 2007-2008, precum și stagnarea ratei mortalității: 7,5‰ în 2007 și 7,6‰ în 2008.
- Deficiențe în sistemul informatic de înregistrare și raportare a datelor în cadrul PNCT. Lipsa resurselor financiare pentru asigurarea mentenanței și îmbunătățirii sistemului.
- Monitorizare și control insuficiente ale fenomenului de chimiorezistență micobacteriană la nivel național. Efectuarea testelor de sensibilitate la un procent mic de cazuri noi de TB confirmate în cultură (în medie la 21%) și înregistrarea unor procente crescute de MDR față de ancheta de chimiorezistență 2003-2004.
- Lipsuri în asigurarea cu personal: 16 dispensare de pneumoftiziologie fără medic, 259 de posturi vacante de medici pneumologi, 436 de cadre medii și 433 de personal auxiliar. Deficiențe marcate în asigurarea infrastructurii rețelei PNCT și a aparatului medical necesare la nivel național.
- Deficiențe în asigurarea cu medicamente de linia I și a II-a care au condus la întreruperi de tratament.
- Lipsa unui protocol recunoscut oficial pentru diagnosticul, tratamentul și monitorizarea cazurilor cu dublă infecție HIV/TB.

Soluții:

- Revitalizarea sistemului de monitorizare-supervizare a activităților din cadrul PNCT și asigurarea resurselor financiare pentru efectuarea vizitelor în teritoriu. Asigurarea mentenanței și îmbunătățirii sistemului informatic de înregistrare-raportare de date.
- Inițierea unor măsuri pentru atragerea și menținerea în sistem a personalului necesar.
- Realizarea anchetei naționale de chimiorezistență la medicamente de linia I și a II-a și efectuarea testelor de sensibilitate la majoritatea cazurilor de TB confirmate prin culturi.
- Revenirea la organizarea achiziției centralizate a medicamentelor antituberculoase.
- Finalizarea și oficializarea protocolului HIV/TB inițiat încă din anul 2004.

Cuvinte cheie: tuberculoză, program național de control, probleme, soluții.

ABSTRACT

Tuberculosis in Romania. Problems and solutions

The analysis of the Management Unit of the National TB Programme (NTP) database, together with the reports of the TB county managers, allowed to the authors to identify some weaknesses of TB control in Romania in the recent years and to propose the appropriate measures.

Problems:

- The marked decrease in the reduction of TB cases reported annually from 2,761 in 2005-2006, to 145 in 2007-2008 and the stagnation of mortality rate: 7.5‰ in 2007 and 7.6‰ in 2008.
- Deficiencies in data recording and reporting through informatic system of the NTP. Lack of financial resources for system maintenance and upgrade.
- Deficiencies in monitoring and control of mycobacterium resistance to antituberculous drugs phenomenon at national level. Sensitivity testing only for a small percentage of culture confirmed new TB cases (21%). Higher percentage of MDR in new TB cases compared to the results of national survey of mycobacterium drug resistance 2003-2004.
- Lack of personnel: 16 TB dispensaries without any pulmonologist, vacancies for 259 doctors, 436 nurses and 433 auxiliary personnel. Important deficiencies in the NTP network's infrastructure and logistics countrywide.
- Discontinuities in the supply with first and second line antituberculous drugs resulting in interruption of treatments.
- Lack of an officially endorsed protocol for the diagnosis, treatment and monitoring of cases with TB/HIV co-infection.

Solutions:

- Revitalization of monitoring-supervision activities of the NTP running countrywide, provision with necessary financial resources to perform the scheduled visits in counties. Providing maintenance and upgrade of the informatic system for data collection.
- Implementation of the necessary measures in order to attract and maintain the personnel in the NTP network.
- Conduct the national survey of mycobacterium susceptibility to first and second line antituberculous drugs and drug susceptibility testing of the most culture confirmed TB cases.
- Restore the centralized procurement of TB drugs.
- Finalization and official endorsement of the protocol for TB/HIV co-infection initiated in 2004.

Keywords: tuberculosis, national control programme, problems, solutions.

Mulțumiri coordonatorilor tehnici județeni ai Programului Național de Control al Tuberculozei pentru furnizarea de date și informații utilizate în elaborarea acestei lucrări.

Introducere

Tuberculoza (TB) rămâne pentru România una dintre problemele importante de sănătate publică. Incidența crescută a bolii, la valori aproape inexplicabil de mari față de țările din jur cu condiții socio-economice asemănătoare sau chiar mai defavorabile, a suscitat multe discuții, fără să se găsească până la ora actuală o explicație acceptabilă a acestui fenomen.

Chiar dacă începând cu anul 2002 incidența TB a început să scadă, ca o consecință firească a aplicării strategiei OMS în controlul TB, România rămâne pe primul loc printre țările din Uniunea Europeană, cu o incidență a cazurilor noi și a recidivelor înregistrate în anul 2008 de 105,9‰.

Menținerea unui evoluții favorabile a endemiei TB în România necesită o bună coordonare și monitorizare a activităților Programului Național de Control al Tuberculozei (PNCT), precum și asigurarea mijloacelor financiare necesare derulării acestora.

Întrucât în ultimii 2 ani se constată o reducere a ratei de scădere a incidenței, ne-am propus să analizăm eficiența fac-

torilor care aparțin PNCT și care ar putea explica această înțetire a scăderii incidenței bolii.

Datele necesare acestei analize au fost obținute prin amabilitatea coordonatorilor tehnici județeni ai PNCT, care au completat un chestionar elaborat de echipa Unității Centrale de Coordonare a PNCT. Datele primite au fost ulterior prelucrate și completate cu datele din baza de date a Unității Centrale de Coordonare a PNCT.

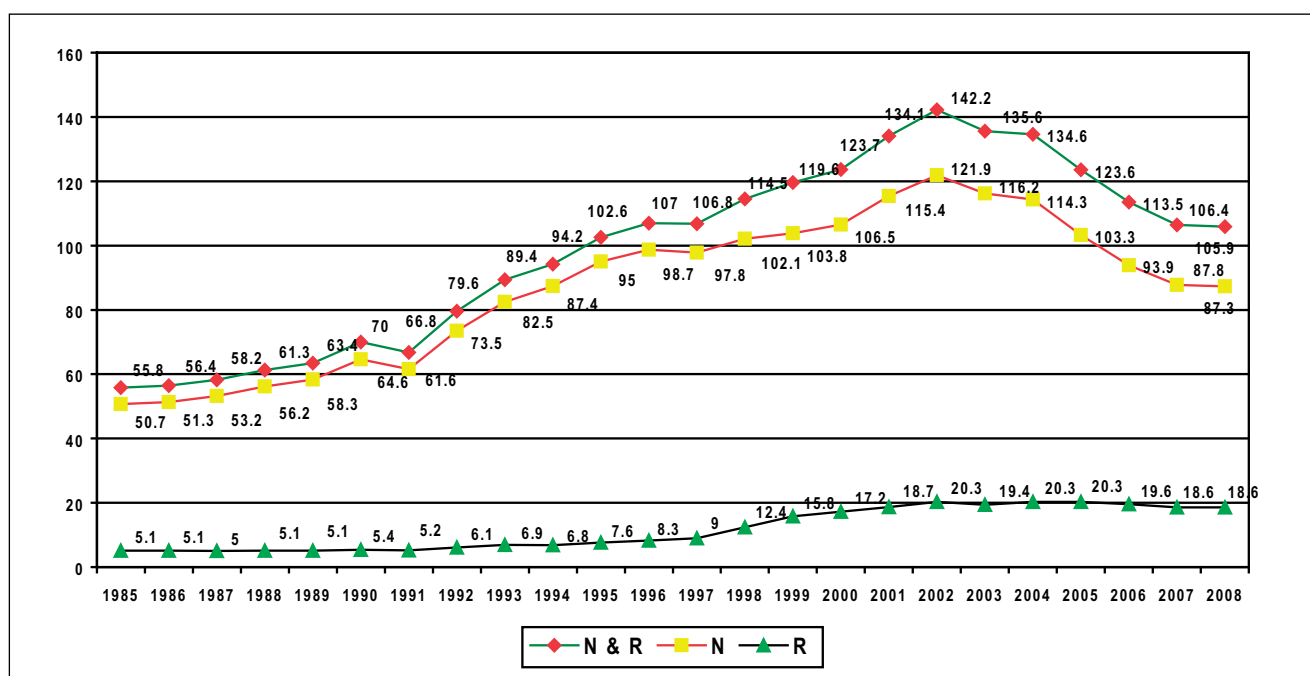
Date epidemiologice

După cum se știe deja, incidența globală a TB (cazuri noi și recidive) a avut un trend ascendent începând cu anul 1985, când era de 55‰, ajungând în anul 2002 la valoarea de 142‰ – cea mai mare valoare dintre țările europene.

La 1 iulie 2008 populația României era de 21.504.442 de locuitori (sursa: Institutul Național de Statistică). Incidența TB corespunzătoare acestei populații a fost în anul respectiv de 105,9‰.

Evoluția incidenței TB între anii 1985-2008 este figurată în figura 1.

Figura 1.
Incidența TB în România 1985-2008



Incidența globală pe județe în anul 2008 a variat de la sub 40‰ în Harghita și Covasna, la peste 140‰ în Dolj, Constanța, Giurgiu, Ilfov, Mehedinți, Olt și Teleorman (figura 2).

Numărul de cazuri noi și recidive a crescut de la 12.766 (în anul 1985), la 30.984 (în anul 2002), după care a scăzut continuu, ajungând la 22.776 în anul 2008 (figura 3).

Figura 2.
Incidența TB pe județe în anul 2008

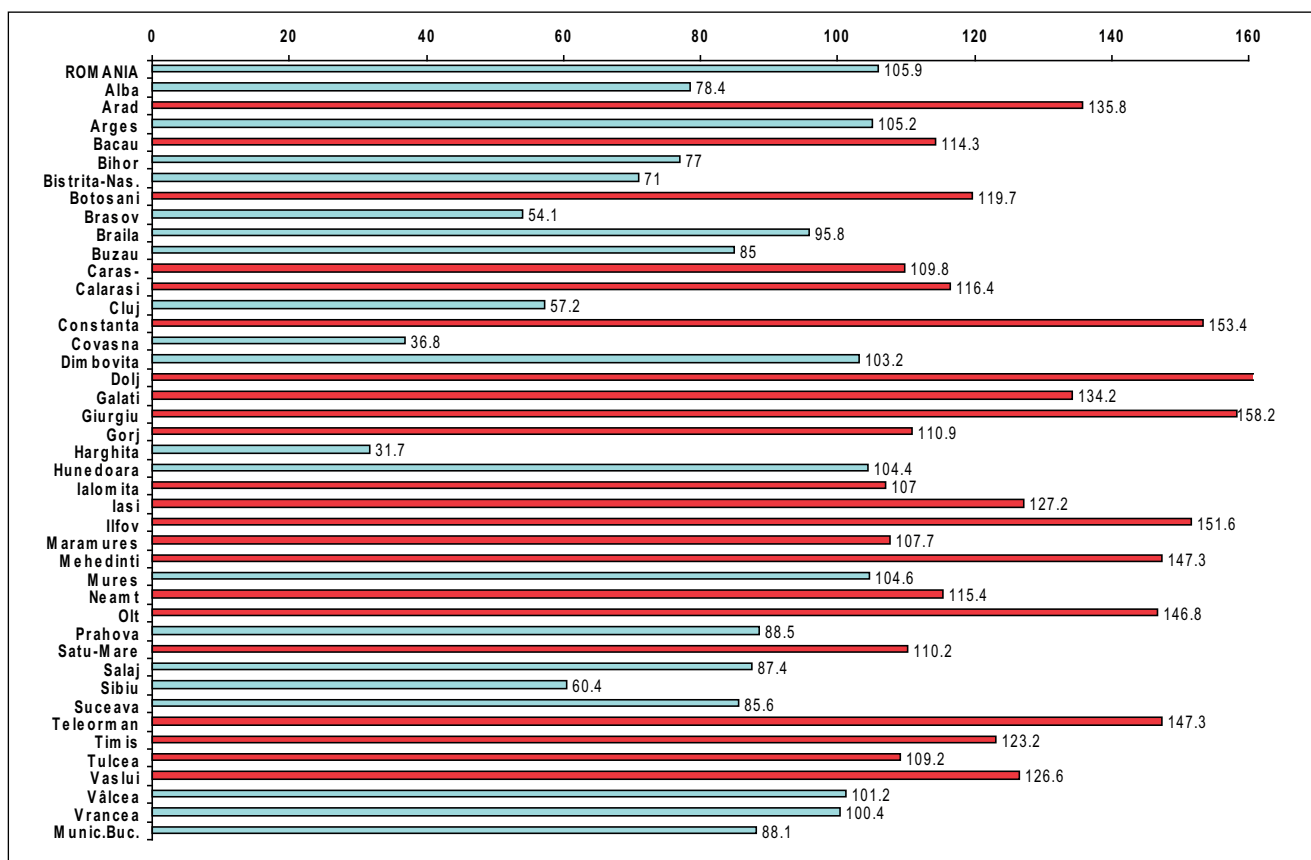


Figura 3.
Numărul de cazuri noi și recidive TB înregistrate în România în perioada 1985-2008

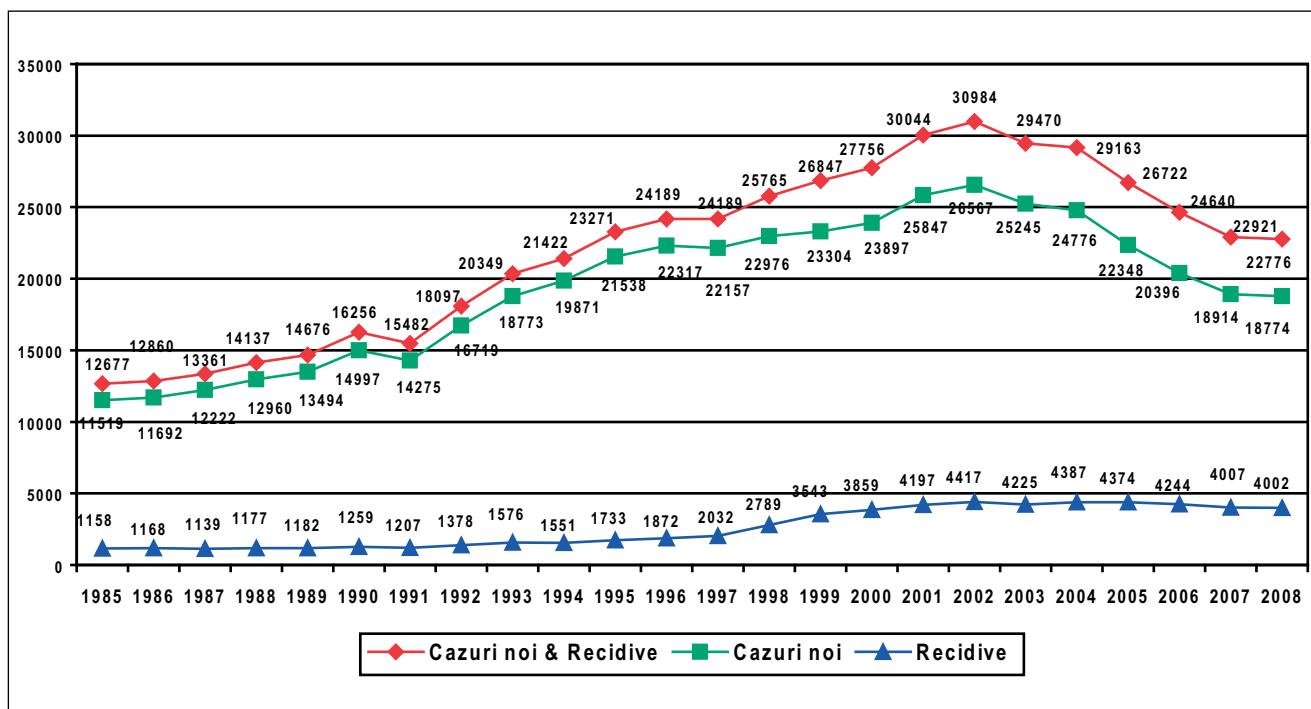
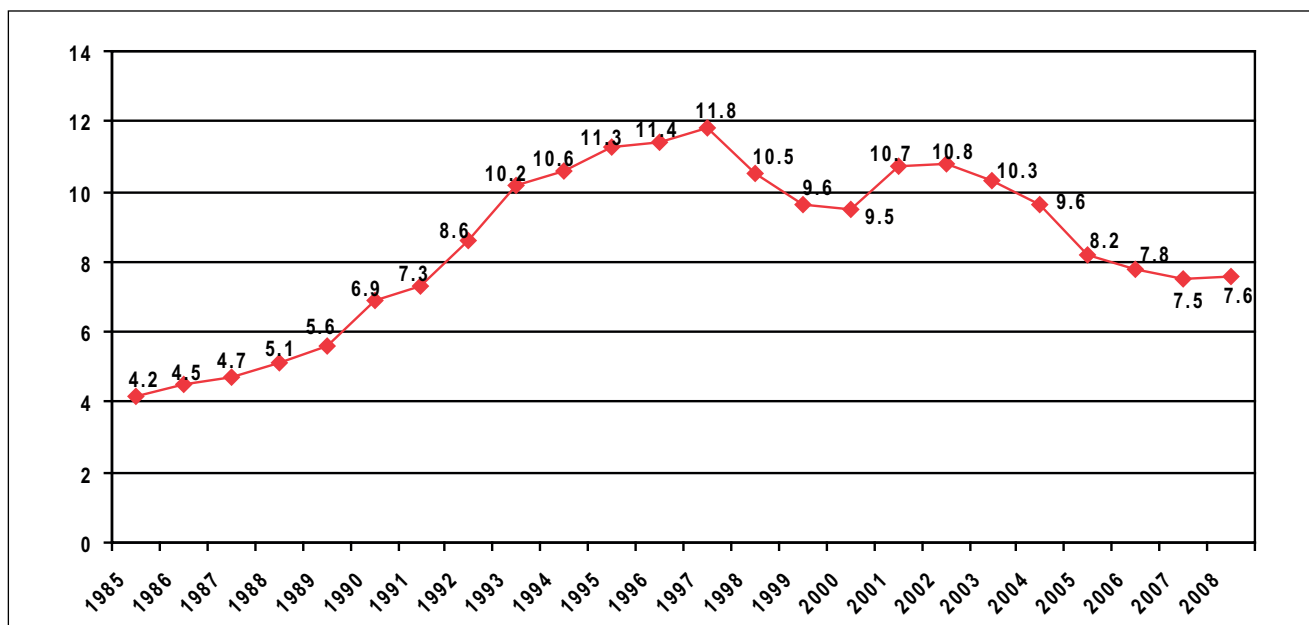


Figura 4.
Evoluția mortalității prin TB în România în perioada 1985-2008



Se constată că scăderea numărului de cazuri înregistrate anual s-a redus foarte mult în ultimii doi ani. Astfel, în anul 2005 față de 2004 s-au înregistrat cu 2761 mai puține cazuri, în timp ce în anul 2008 față de 2007 s-a înregistrat o scădere cu numai 145 de cazuri.

Analiza curbei mortalității relevă același aspect, în sensul că în ultimii doi ani mortalitatea prin TB nu s-a mai redus: 7,5‰ în 2007 și 7,6‰ în 2008 – figura 4.

Chiar dacă este vorba de un fenomen biologic în care calculele matematice pot avea o valoare relativă, fiind vorba de factori multipli care pot interveni, încetinirea evidentă a ratei de scădere a incidenței și a mortalității ar putea avea drept cauză disfuncționalități în componentele PNCT.

Unitățile sanitare, baza materială și personalul medical

Rețeaua PNCT cuprinde la nivel național 187 de dispensare de pneumoftiziologie (rețeaua civilă) și 90 de unități cu paturi (spitale, secții, sanatorii), cu un total de 6417 paturi.

Unitățile sanitare menționate sunt *deservite* de: 770 de medici pneumologi specialiști sau medici primari, 17 medici rezidenți, 2943 de asistenți medicali și 1800 personal auxiliar.

Dintre aceștia, sunt pensionari sau pensionabili în următorii 3 ani: 46 de medici, 165 de asistenți medicali și 111 personal auxiliar.

Dintre posturile de medici sunt vacante 259, de asistenți medicali 436 și de personal auxiliar 433.

Există 16 dispensare fără medic și încă 5 vor rămâne fără medic în următorii 3 ani, prin pensionare.

În afară de problemele de personal menționate, o serie de unități se confruntă cu probleme de *infrastructură*:

- Clădiri revendicate: Spitalul de pneumoftiziologie și Dispensarul Pitești, Dispensarul Beiuș, Sanatoriul Guranda, Spitalul de pneumoftiziologie Botoșani, Dis-

pensarul Turda, Secția de pneumologie copii a Spitalului Louis Țurcanu din Timișoara, Dispensarul Deta.

- Clădiri ce necesită reparații și renovări: Spitalele Focșani, Deva, Vulcan, Orăștie, Brad, Negrești, Secția de pneumoftiziologie Budești, Dispensarele Giurgiu, Bârlad, Huși, Spitalul de pneumoftiziologie și Dispensarul Vaslui.

O altă problemă importantă semnalată este lipsa aparatului medical sau utilizarea unor aparate cu grad de uzură fizică și morală avansat:

- aparate de radiologie la: Dispensarele Beiuș, Salonta, Marghita, Buzău, Oltenița, Turda, Dej, Huedin, Bolintin Vale, Giurgiu, Târgu Jiu, Ploiești, Sălaj, Spitalul de Pneumoftiziologie Leon Daniello Cluj-Napoca;
- aparate de laborator la laboratoarele BK: Budești, Lehliu, Turda, Târgoviște, Câmpulung Moldovenesc, Bacău, Ploiești.

Aprovizionarea cu consumabile (medicamente, materiale sanitare, PPD, medii de cultură etc.) a fost deficitară în anul 2009 în județele: Covasna, Dolj, Neamț, Cluj, Hunedoara, Mehedinți, Giurgiu, Mureș, Suceava, Timiș, Tulcea, Vrancea.

Soluții:

Numărul de unități sanitare și numărul de paturi sunt, în principiu, suficiente. Se impune însă să se asigure necesarul de personal calificat, precum și cel de echipamente și consumabile. Aceste deziderate vor putea fi realizate dacă:

- se vor lua măsuri de atragere a personalului în rețeaua de pneumoftiziologie și mai ales care să-i determine pe cei existenți să nu părăsească rețeaua;
- se va evalua necesarul de personal pentru a forma în anii următori un număr suficient de specialiști;
- se vor face în unitățile de pneumoftiziologie amenajările care se impun pentru desfășurarea activității medicale în condiții de control al transmiterii infecției tuberculoase și de evitare a îmbolnăvirii personalului;

- se va asigura finanțarea suficientă pentru procurarea de aparatură medicală și a consumabilelor necesare în cantități suficiente.

Aprovizionarea cu medicamente antituberculoase

Dispoziția Ministerului Sănătății de trecere de la licitația centralizată la nivel național pentru procurarea medicamentelor antituberculoase, la licitația descentralizată, la nivelul unităților sanitare, a avut consecințe serioase. Această măsură a condus pe de o parte la o aprovizionare discontinuă cu medicamente antituberculoase și pe de altă parte la creșterea costurilor.

În felul acesta, au existat perioade când pacienții au fost nevoiți să întrerupă temporar tratamentul atât cu medicamente de linia II-a, cât mai ales cu medicamente de linia I-a.

S-au creat frecvent situații critice în aprovizionarea cu medicamente:

- Cantitățile mici licitate de unele unități nu au interesat furnizorii și aceștia nu s-au prezentat la licitații. Situații de acest fel au apărut pentru isoniazidă (H), rifampicină (R), pirazinamidă (Z), etambutol (E), streptomycină (S).
- În alte cazuri unii furnizori s-au prezentat la licitații, dar nu au onorat contractele, situație apărută în cazul medicamentelor de linia a II-a: kanamicină, amikacină, cicloserină.
- Nu s-au asigurat stocurile de medicamente.
- Finanțarea pentru medicamente a fost insuficientă.

Soluții:

Aprovizionarea continuă cu medicamente de calitate și în cantități suficiente este o condiție esențială pentru asigurarea eficienței unui program de control al TB.

Cea mai importantă măsură care trebuie luată de urgență este revenirea la procurarea centralizată a medicamentelor – ca de altfel și la respectarea regulilor adoptate pe plan internațional pentru managementul medicamentelor (prevăzute și în ghidul elaborat de PNCT).

Adoptarea acestei măsuri este prioritară și depinde de decizia Ministerului Sănătății.

Funcționarea sistemului electronic de colectare și prelucrare a datelor

Încă din anul 2005 în România a fost implementat un sistem informatic de colectare și prelucrare a datelor, în care sunt integrate toate dispensarele de pneumoftiziologie și laboratoarele BK din țară.

În urma analizei informațiilor primite de la coordonatorii tehnici județeni ai PNCT, coroborate cu cele cunoscute la Unitatea Centrală de Coordonare, s-a constatat că:

- dintre cazurile raportate la nivel național în anul 2008, 3% nu au fost înregistrate în sistemul electronic;
- au fost identificate o serie de erori care crează dificultăți în supravegherea epidemiologică a TB în România: pacienți neînregistrați, tratamente incomplete înregistrate, lipsa rezultatelor examenelor bacteriologice, spitalizări neraportate sau incomplete, neevaluarea rezultatelor unor tratamente, transferuri neoperante, raportări duble sau cu mari întârzieri etc. Decizia care a condus la generarea ultimei erori menționate a fost dispoziția conducerii PNCT de a permite înregistrarea pacienților în baza de date electronică și după 2-3 luni de la momentul declarării!

- sistemul electronic a fost creat în cadrul unui proiect finanțat de Fondul Global, proiect care s-a încheiat în anul 2008. Un astfel de sistem necesită însă mentenanță, iar până în prezent nu s-au prevăzut fondurile necesare pentru aceasta, ceea ce a început deja să creeze dificultăți în funcționare;
- din iulie 2009 s-a renunțat la înregistrarea paralelă a datelor în FoxPro, fără ca acest proces să fie pregătit suficient.

Soluții:

Aspectul pozitiv remarcat în utilizarea acestui sistem și anume scăderea numărului anual de cazuri neînregistrate la 3%, este grevat de deficiențele menționate. Pentru remedierea acestora sunt necesare o serie de măsuri:

- asigurarea fondurilor necesare întreținerii sistemului (service-ul aplicației și al calculatoarelor, piese de schimb, conexiuni la internet etc.);
- finanțarea retribuirii activității de operare a datelor și a formării personalului implicat în sistemul electronic de înregistrare-raportare;
- emiterea dispoziției de a se introduce toate cazurile în sistemul electronic în maximum 5 zile de la declarare.
- reluarea vizitelor de monitorizare-supervizare care vor avea ca obiectiv și compararea datelor existente la Unitatea Centrală de Coordonare a PNCT cu cele din registrele TB ale dispensarelor de pneumoftiziologie.

Monitorizarea și supervizarea aplicării PNCT

Componentă obligatorie a oricărui program de sănătate, monitorizarea și supervizarea au menirea de a identifica eventualele deficiențe și fac posibilă comunicarea directă între conducerea programului și personalul angrenat în desfășurarea acestuia. În România a fost creată o Comisie de Supervizare a PNCT constituită din medici pneumologi special instruiți, care fac vizite în teritoriu pentru a asigura activitatea unitară a Programului. Aceste vizite urmăresc aspectele cuprinse într-un chestionar pe care medicul delegat îl completează în timpul vizitei împreună cu medicul coordonator tehnic județean.

Rezultatele favorabile înregistrate în evoluția endemiei TB din România după introducerea acestui sistem de supraveghere au fost evidente.

În ultima vreme vizitele s-au făcut într-un ritm nesatisfăcător, astfel încât în anul 2008 nu au fost vizitate decât 11 județe, iar în anul 2009 niciunul!

Soluții:

Pentru a se asigura o supraveghere continuă a derulării activităților din cadrul PNCT sunt necesare:

- reconstituirea urgentă a Comisiei de Supervizare;
- reluarea planificării vizitelor de supervizare;
- asigurarea finanțării necesare pentru efectuarea deplasărilor;
- analiza periodică a rapoartelor înaintate în urma vizitelor și elaborarea dispozițiilor necesare pentru corectarea eventualelor deficiențe.

Rezistența la medicamentele antituberculoase

O problemă specială în controlul TB o reprezintă fenomenul de chimiorezistență la medicamentele antituberculoase.

Tabel I.
Rezultatele anchetei de chimiorezistență 2003-2004

Tip de rezistență	Ancheta 2003	
	CN%	Retrat. %
Orice rezistență	14.3	32.7
H monorezistente	3.6	8.1
R monorezistente	1.8	1.8
MDR	2.9	11.0

H: isoniazidă, R: rifampicină, MDR: multidrogrezistență

Analiza bazei de date de la Unitatea Centrală de Coordonare a PNCT scoate în evidență faptul că, în comparație cu rezultatele anchetei de chimiorezistență 2003-2004 (tabelul I), se înregistrează un procent crescut de chimiorezistențe.

Dacă ne referim numai la multidrog-rezistență (MDR), procentul acestora se observă că este mai mare atât printre cazurile noi (tabelul II), cât și printre recidive (tabelul III).

Fenomenul menționat, de creștere a nivelului chimiorezistenței, este extrem de alarmant și necesită o analiză atentă pentru a se putea clarifica dacă este vorba de o creștere reală sau datele respective sunt rezultatul fie al unei metodologii necorespunzătoare a înregistrărilor, fie al calității investigației bacteriologice în TB.

Analiza ponderii chimiorezistenței printre *cazurile noi* evidențiază unele aspecte interesante pe care le enumerăm:

- confirmarea prin culturi a cazurilor noi pulmonare înregistrate în perioada 2003-2008 s-a situat între 50% și 60%;
- dintre pacienții confirmați prin culturi, doar la 15%-30% s-au făcut antibiograme (în medie la 21%);
- față de numărul total al cazurilor TB înregistrate anual, testarea sensibilității s-a făcut la numai aproximativ 11% dintre ei;
- media pacienților identificați cu MDR în cei 6 ani analizați a fost de 5,7% dintre cei testați (între 8,2% în 2003 și 4% în 2008);
- dacă se estimează cât înseamnă 5,7% din totalul pacienților noi înregistrați cu TB, indiferent dacă au fost sau nu confirmați prin culturi, reiese că la un număr mediu de bolnavi noi de aproximativ 20.000 pe an ar putea exista aproximativ 1140 de cazuri noi cu TB-MDR pe an;
- dacă ne referim numai la bolnavii confirmați prin culturi, indiferent dacă au avut sau nu antibiogramă, un procent de 5,7% dintr-o medie de 11.000 de bolnavi noi pe an – în perioada 2003-2008 – înseamnă 627 pacienți noi cu TB-MDR în medie anual;
- faptul că, la intervale foarte scurte de timp (2004-2006), procentul celor identificați cu MDR a variat și de la simplu la dublu, creează suspiciuni asupra corectitudinii raportării datelor, întrucât acest fenomen nu are cum să fie explicat în condițiile în care nu au fost identificați factori care ar fi putut duce la aceste diferențe;
- privind numai cifrele raportate în anul 2008, se constată că din cele 318 chimiorezistențe puse în evidență,

Tabelul II.
Ponderea TB-MDR printre cazurile noi de TB din România

Anul	Nr. NP cu C+	Nr. ABG	% ABG	Nr. rezistente	% rezistente	Nr. MDR	% MDR
2003	12272	1849	15,1	365	19,7	151	8,2
2004	12873	2629	20,4	472	18,0	211	8,0
2005	12399	2727	22,0	340	12,5	146	5,4
2006	11299	2333	20,6	283	12,1	99	4,2
2007	11147	2002	18,0	241	12,0	99	4,9
2008	10787	3389	31.4	318	9.4	137	4.0

NP: cazuri noi, pulmonari; C+: cultură pozitivă; ABG: antibiogramă

Tabelul III.
Ponderea TB-MDR printre cazurile cu recidivă TB din România

Anul	Nr. RP cu C+	Nr. ABG	% ABG	Nr. rezistente	% rezistente	Nr. MDR	% MDR
2003	3007	690	22,9	283	41,0	174	25,2
2004	3311	1030	31,1	407	39,5	245	23,8
2005	3469	1234	38,5	375	30,4	262	21,2
2006	3314	1288	38,9	378	29,3	205	15,9
2007	3175	941	29,6	289	30,7	177	18,8
2008	3098	1626	52.5	342	21.0	204	12.5

RP: retratament, pulmonari; C+: cultură pozitivă; ABG: antibiogramă retratament

137 erau MDR, ceea ce înseamnă 43,1% din totalul chimio-rezistențelor.

În comparație cu rezultatele anchetei naționale de chimio-rezistență la medicamentele antituberculoase din perioada 2003-2004, cifrele raportate sunt mai mari și necesită o analiză serioasă înainte de a fi luate în considerare.

Aspecte asemănătoare se constată și dacă ne referim la rezultatele testării sensibilității la cazurile cu recidivă a TB.

La această categorie de bolnavi s-au efectuat teste de sensibilitate numai pentru un procent cuprins între 22,9% în 2003 și 52,5% în 2008, chiar dacă indicația PNCT era de a se efectua antibiografe la *toate cazurile cu recidivă*.

Estimarea numărului de cazuri cu chimio-rezistență (orice rezistență) și de cazuri cu MDR (număr de cazuri corespunzător procentului reieșit din ancheta de chimio-rezistență 2003-2004, raportat la numărul de cazuri înregistrate de o anumită categorie), este figurată în tabelele IV și V.

Analiza datelor înscrise în tabelul IV evidențiază faptul că au fost înregistrate mult mai puține cazuri cu chimio-rezistență decât cele estimate și aceasta întrucât nu s-au efectuat teste de sensibilitate decât la un procent mic de cazuri.

Tabelul IV.

Estimarea TB chimio-rezistente la cazurile noi în România

Anul	Nr. N P cu C+	Nr. rezistente	Nr. rezistente notificat	Nr. MDR estimat
2003	12272	1754	365	355
2004	12873	1840	472	373
2005	12399	1773	340	359
2006	11299	1615	283	327
2007	11147	1594	241	323
2008	10787	1542	319	312

NP: cazuri noi, pulmonari; C+: cultură pozitivă

Tabelul V.

Estimarea TB chimio-rezistente la cazurile de TB la retratament în România

Anul	Nr. R P cu C+	Nr. rezistente estimat	Nr. rezistente notificat	Nr. MDR estimat
2003	4741	1550	706	521
2004	5256	1718	906	578
2005	5976	1954	920	657
2006	5276	1725	941	580
2007	5218	1706	939	573

RP: retratament, pulmonari; C+: cultură pozitivă

Același aspect este evidențiat și în cazul chimio-rezistențelor la pacienții cu retratamente (tabelul V).

Soluții:

Pentru a putea avea situația reală a ponderii chimio-rezistenței în general și a MDR în special printre cazurile de TB, este necesar să se respecte o serie de condiții:

- efectuarea testelor de sensibilitate la *toate* cazurile de TB confirmate prin culturi;
- efectuarea controlului de calitate intern și extern la *toate* laboratoarele care efectuează culturi și antibiografe;
- supervizarea raportării corecte a rezultatelor de laborator;
- monitorizarea evoluției cazurilor cu TB-MDR și eventual TB-XDR;
- realizarea anchetei pentru testarea sensibilității la medicamentele antituberculoase de linia a II-a.

TB la persoanele infectate HIV

Chiar dacă încă din anii 2003-2004 s-au pus bazele unui protocol comun între PNCT și Programul HIV/SIDA, prin care să se instituie un management unitar al cazurilor cu dublă infecție, deocamdată nu s-a realizat o colaborare care să permită pe de o parte să se cunoască ponderea infecțiilor HIV printre bolnavii TB și nici a bolnavilor TB printre infecția HIV.

În prezent există o dispoziție a Ministerului Sănătății de testare obligatorie pentru infecția HIV a tuturor pacienților depistați cu TB, dar această testare se realizează încă sporadic, nu se raportează toate datele cunoscute și nici nu există o finanțare corespunzătoare a acestei activități.

Soluții:

- reluarea demersurilor pentru semnarea protocolului comun al PNCT și Programului HIV/SIDA de către ministrul sănătății pentru ca acest protocol să fie pus în practică în mod oficial;
- reluarea sistemului de monitorizare și supervizare care are în vedere și verificarea corectitudinii efectuării testelor HIV la bolnavii TB, precum și raportarea corectă a datelor;
- asigurarea finanțării necesare pentru efectuarea testului HIV în colaborare cu Programul HIV/SIDA și rețeaua de sănătate publică.

Materialul de față reprezintă o analiză sumară și desigur incompletă a unor probleme cu care se confruntă PNCT.

Sensul acestei analize este de a sesiza unele aspecte deosebit de serioase care au apărut în ultima vreme în controlul TB în România și care necesită intervenție imediată și energetică atât din partea rețelei de pneumoftiziologie, cât și din partea factorilor de decizie din sistemul de sănătate, Ministerul Sănătății și Casa Națională a Asigurărilor de Sănătate, pentru a se evita pericolul apariției unor fenomene necontrolabile în evoluția endemiei de TB din țara noastră.