

## Cuprins:

### Capitolul I

Introducere.Actualitatea temei în lume și în Republica Moldova	3-8
Clasificarea infecțiilor cu transmitere sexuală,după agentul patogen	8-9
Caracterizarea principalelor maladii cu transmitere sexuală :	9-28
• Sifilisul	9-15
• Gonoreea	15-17
• Șancrul moale	17-18
• Chlamydia trahomatis,limfgranulomatoza veneriană	18-20
• Granulomul inghinal	20-21
• Vaginita bacteriană	21
• Candidoza vaginală	21-22
• Herpesul genital	22-23
• Infecții genitale cu papilomovirusuri umane	23-24
• Scabia	24-25
• Infecția cu virusul hepatitei B	25-26
• Hepatita D	26
• Infecția cu virusul hepatiteiC	26-27
• Artrita dobândită pe cale sexuală	27-28
Legătura dintre HIV și alte BST	29-30

### Capitolul II

HIV/SIDA	31-44
• Ce este HIV?	31
• Ce este SIDA?	31
• Cum afectează HIV corpul uman	34-35
• Etapele progresării virusului	36-37
• Infecțiile oportuniste	37
• Transmiterea infecției HIV și prevenirea infectării	38-44
Originea virusului HIV	45-46
Istoria epidemiei HIV/SIDA	46
Principalele evenimente din istoria epidemiei	47-53
HIV în Moldova	54-60
HIV în lume	60-69

Gender și HIV	70-72
Testarea pentru HIV	72-73
Serviciile de consiliere și testări voluntare	73-92
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomandări privind consultațiile și particularitățile individuale ale consilierului</li> </ul>	74-76
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contactul consultativ și componentele acestuia</li> </ul>	76-79
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aspectele non-verbale ale comunicării</li> </ul>	80-81
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Consilierea post-test și scopul ei în funcție de rezultatul testării</li> </ul>	82-84
Probleme ce țin de stările psihologice în cazul rezultatului pozitiv al testului la HIV	85-88
Sentimente trăite de persoanele infectate	88-90
<b>Capitolul III</b>	
Legile cu privire la profilaxia maladiei SIDA	93-96
Regulile de examinare și supraveghere medicală pentru depistarea contaminării cu virusul HIV	97-103
Programul Național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și altor ITS pe anii 2006-2010	103-120
Încheiere	121-123
Glosar	125-130
Bibliografie	131-132

## **Capitolul I**

### **Introducere. Actualitatea temei în lume și în Republica Moldova**

În lucrarea dată sunt prezentate principalele probleme medico-sociale ce țin de maladiile sexual transmisibile cu care se confruntă societatea de astăzi. Infecțiile cu transmitere sexuală (ITS) constituie cele mai frecvente cauze de îmbolnăvire a populației de vârstă tânără, având consecințe negative majore asupra sănătății și potențialului reproductiv al comunității. Societatea umană există datorită capacității de perpetuare a vieții prin funcția reproductivă, însă răspândirea bolilor sexual transmisibile contribuie la

detereorarea sănătății de procreare, de aceea este necesară cunoașterea și ameliorarea situației create. Implicațiile sociale și economice ridică ITS la rangul problemei de sănătate publică. Supravegherea epidemiologică a infecțiilor cu transmitere sexuală se efectuează de către sistemul organelor sănătății publice, este bazată pe colectarea continuă a informației speciale, monitorizarea incidenței și prevalenței infecțiilor, depistarea cazurilor noi de îmbolăvire și luarea deciziilor respective. Controlul asupra acestor maladii e posibil numai în rezultatul efectuării supravegherii epidemiologice eficiente.

În toată lumea infecțiile genitale (IG) și bolile cu transmitere sexuală (BTS) constituie o problemă majoră de sănătate publică. În medie, în fiecare zi peste 1 milion de persoane sunt infectate cu o boală cu transmitere sexuală. Incidența mare a IG/BTS la femeile care solicită consultații ginecologice, consultații prenatale sau de planificare familială arată dimensiunea reală a problemei IG/BTS.

Persoanele cu IG/BTS au un risc crescut pentru infecția cu HIV și la transmiterea ei partenerului/partenerilor lor. La persoanele HIV pozitive, tratarea unei alte IG/BTS poate fi mai dificilă, vindecarea mai lentă, ceea ce crește riscurile transmiterii HIV la parteneri.

Termenul de IG/BTS include 4 tipuri de infecții:

- boli cu transmitere sexuală care afectează aparatul genital;
- infecții ale aparatului genital feminin care nu sunt transmise sexual, ci sunt cauzate de accelerarea dezvoltării microorganismelor prezente în mod normal în vagin (de exemplu, vaginite bacteriene și infecții purulente);
- infecții care pot fi transmise pe cale sexuală și în alte zone decât cea genitală, de exemplu, sifilisul și infecția cu HIV;
- infecții ale aparatului genital feminin datorate complicațiilor unor sarcini sau intervenții pe aparatul genital (de exemplu, naștere, avort, inserția unui DIU sau intervenție chirurgicală ginecologică sau obstetricală).

Multe persoane cu IG/BTS, în special femei, nu beneficiază de îngrijiri și tratamente co-respunzătoare, datorită următoarelor aspecte:

- bărbații și femeile care au IG/BTS pot fi asimptomatici (studiile arată că până la 70% dintre femei și 30% dintre bărbații infectați sunt asimptomatici);
- persoanele infectate pot avea simptome, dar nu le identifică drept manifestări ale unei infecții (multe femei nu au informații despre secrețiile vaginale normale; unele femei au o infecție un timp atât de îndelungat încât nu mai consideră simptomele ca fiind anormale).

Frecvent, persoanele cu IG/BTS nu solicită îngrijiri pentru că:

- nu înțeleg gravitatea IG/BTS;
- le este rușine să se adreseze unui serviciu medical;
- BTS se însoțesc de un stigmat social;
- nu au acces la tratament;
- nu își permit un tratament.

Consecințele IG/BTS pot fi foarte severe pentru bărbați, femei și copiii lor. Aceste afecțiuni pot duce la infertilitate, disfuncții sexuale, se pot croniciza sau pot disemina și produce decesul. La femei pot determina dureri pelviene cronice și complicații ale sarcinilor (de exemplu, sarcina ectopică). La femeia însărcinată, orice BTS netratată poate afecta fătul sau nou-născutul. Ea poate determina naștere prematură, greutate mică la naștere și infecții neonatale. Infecțiile cu gonoree și clamidia se pot transmite direct la nou-născut, determinând infecții oculare și orbire.

Infecția HIV/SIDA într-un termen relativ scurt a afectat toate continentele și țările. Pandemia de HIV/SIDA prezintă un pericol real pentru omenire, securitatea unor state, aducând cele mai mari prejudicii morale, sociale și economice. Conform datelor Programului UNAIDS în lume numărul de persoane care trăiesc cu HIV/SIDA este de 40,3 milioane, din ele maturi 38 milioane (inclusiv femei - 17,5 milioane) și copii 2,3 milioane. Numai pe parcursul anului 2005 au fost depistate 4,9 milioane: maturi 4,2 milioane și copii până la 15 ani 700 mii. De la debutul epidemiei au decedat din cauza maladii SIDA mai mult de 25 milioane oameni, inclusiv în 2004 - 3,1 milioane. Permanent crește numărul femeilor și fetelor afectate de infecția HIV/SIDA.

O particularitate caracteristică pentru pandemia de HIV/SIDA din ultimii ani este creșterea cu un ritm vertiginos a numărului de persoane afectate în țările Europei de Est și Asiei Centrale. Un teritoriu cu risc înalt de răspândire a devenit Federația Rusă, unde au fost depistate 70% din numărul total a persoanelor infectate în această regiune. Pe parcursul a 10 ani epidemia infecției HIV/SIDA în Ucraina a cuprins zeci de mii de persoane (în 1994 au fost oficial înregistrate 183 cazuri, la mijlocul anului 2004 - 68000. În țările Baltice pe parcursul ultimilor 2-3 ani numărul persoanelor HIV pozitive depistate s-a majorat de 5-6 ori.

În linii generale procesul epidemic al infecției HIV/SIDA în țările Europei de Est, se caracterizează prin următoarele particularități:

- în majoritatea țărilor epidemia se află în faza inițială de dezvoltare și intervențiile

oportune, eficace și operative pot reduce răspândirea ei și micșorarea impactul socio-economic;

- peste 80% din numărul persoanelor infectate sau bolnave sunt la vârsta de până la 30 ani (în țările Europei de Vest cota acestui grup de vârstă constituie doar 30%);
- creșterea rolului căii sexuale de răspândire și tendinței de extindere a infecției în rândurile populației generale;
- existența factorilor sociali și comportamentali (situația socio-economică nefavorabilă, migrația intensivă a populației, utilizarea de către tineret a drogurilor intravenos), care favorizează răspândirea infecției HIV/SIDA. Programele bazate pe strategia „Reducerea noxelor” realizate în Ucraina, Federația Rusă și Moldova creează condiții esențiale pentru reducerea consumatorilor de droguri și micșorarea riscului de infectare în rândul acestui contingent

Infecția HIV/SIDA prezintă o problemă prioritară de sănătate publică și în Republica Moldova. În 2004 au fost înregistrate 357 de cazuri noi ( 8.41 la 1000000), în 2005 - 533 (12,5 la 100000 populație). În perioada anilor 1987- 2005 au fost depistate 2782 persoane infectate cu HIV, inclusiv în teritoriile de pe malul drept (MD) al republicii 2169 și în teritoriile de Est - 613 persoane. Procesul epidemic a cuprins toate teritoriile administrative și se caracterizează pentru ultimii 5 ani prin următoarele particularități:

- Extinderea ariei geografice de răspândire a infecției HIV/SIDA. Infecția se depistează cât în rândul populației urbane, atât și rurale. Ca și în anii precedenți cea mai înaltă răspândire a infecției are loc în mun. Bălți (prevalenta cumulativă 564,43 la 100 mii populație) și raioanele suburbane al acestui municipii: Glodeni (71,65), Fălești (40,58), Sîngerei (34,3). Esențial s-a activizat procesul epidemic în raioanele Căușeni (50,37), Dondușeni (48,52), Rezina (33,39). în teritoriile de Est ale republicii cea mai înaltă răspândire a infecției HIV s-a înregistrat în orașul Tiraspol (190,18) și raionul Rîbnița (164,46).
- Pînă în anul 2000 procesul epidemic a fost determinat de răspândirea infecției HIV/SIDA în rândul utilizatorilor de droguri intravenos (UDI). în ultimii 5 ani se manifestă scăderea ponderii UDI de la 78,57% în 2001 la 35,8% în 2005 (MD) și sporirea proporției celor infectați pe cale heterosexuale de la 18,10 % în 2001 la 60,96% în 2005 (MD).
- A sporit ponderea femeilor infectate cu HIV de la 26,72 % în 2001 la 40,90 % în 2005. Implicarea femeilor în procesul epidemic creează premise de infectare

perinatală. În 2002 în cadrul supravegherii de santinelă în municipiile Bălți și Chișinău au fost testate 4586 femei gravide și depistată o singură persoană HIV pozitivă. În 2003 au fost testate 10863 gravide și depistate 12 gravide HIV pozitive. Accesibilitatea la consiliere și testare benevolă a gravidelor a majorat numărul gravidelor HIV pozitive de la 52 în 2004 la 71 în 2005). În 2001-2005 la 22 copii a fost confirmată infecția HIV perinatală.

- Rămâne la nivel înalt indicele depistării persoanelor HIV infectate în rândurile donatorilor de sânge și a crescut de la 6,54 la 100000 donări în 1998 până la 44,31 în 2005.
- Numărul absolut al cazurilor noi a infecției HIV/SIDA se află în creștere, crește și incidența anuală a infecției HIV. Acest fenomen este determinat de sporirea accesului populației la testare și de creșterea numărului de persoane testate. O tendință epidemiologică pozitivă este diminuarea incidenței cazurilor HIV la 1000 persoane testate de la 2,03 în 2001 la 1,35 în 2005.
- Infecția HIV/SIDA în mare măsură afectează persoane de vârstă neproductivă, inclusiv vârsta de 15-24 ani: 2001 - 74 persoane sau 35,24% din numărul total de persoane depistate (10,59 la 100000 populație a grupului de vârstă respectivă); 2002 - respectiv - 46, 30,87% și 6,59; 2003 - 45, 26,32% și 6,44, 2004 - 67, 48% și 9,6 și 2005 82 - 26,36% și 11,74 la 100000 populație a grupului respectiv de vârstă.
- Pe parcursul anilor 2001-2005 esențial s-a mărit numărul persoanelor cu infecția HIV/SIDA, grupul C, simptomatologie severă, SIDA propriu zisă care a fost diagnosticată la 220 persoane. Cele mai frecvente maladii SIDA asociate (indicatoare) diagnosticate sînt Infecția cu Mycobacterium tulercolozis pulmonară (123 persoane), candidoza tractului digestiv (78) și sindromul de istovire (67 persoane). Au decedat de SIDA 106 persoane.

### **Clasificarea infecțiilor cu transmitere sexuală, după agentul patogen :**

#### ***Infecții bacteriene:***

- sifilisul;
- gonoreea;
- șancrul moale;
- granulomul inghinal;

- infecțiile chlamidiene;
- uretritele negonococice;
- vaginoza bacteriană.

***Infecții cu protozoare:***

- trihomonoza.

***Infecții fungice:***

- candidoza.

***Infecții virale:***

- herpes simplex;
- papilomovirusuri umane;
- moluscum contagiosum;
- cytomegalovirus;
- virusul Epstein Barr;
- hepatita B;
- infecția HIV.

***Infecții artropozice:***

- ftiriază;
- scabia.

**Caracterizarea infecțiilor cu transmitere sexuală :**

**Sifilisul**

**Sifilisul** este o boală cu transmitere sexuală, produsă de un spirochet microaerofil, numit *Treponema pallidum* care este un bacii spiralat cu lungimea de 5-20 micrometri și grosimea de 0,1-2 micro-metri, care este vizibil la microscop obișnuit, în câmp întunecat ori cu ajutorul microscopiei electronice. Este sensibil la temperaturi mai mari de 38°C, fapt ce explică eficiența piroterapiei. Această boală susceptibilă de răspândire în masă, iar prin posibilitatea de a fi transmisă altor persoane acționează asupra sănătății viitoarelor generații.

**Patogenie**

Integritatea pielii și a mucoaselor prezintă o barieră protectoare împotriva infecției cu *Treponema pallidum*. Penetrarea are loc, probabil, prin unele leziuni produse în timpul contactului sexual.

**Sifilisul primar.** Ajunse în derm, treponemele stimulează mecanismele imunitare ale gazdei: neutrofilele, limfocitele și macrofagele.

**Sifilisul secundar.** Mecanismele imunologice dezvoltă semne de infecție treponemică generalizată, care apar la trei-șase săptămâni de la apariția șancrului dur. Acestea au următoarele trăsături: a) sînt rezultatul diseminării hematogene a treponemelor; b) leziunile sînt preponderent cutanate; c) aspectul diferit de cel al șancrului dur sugerează dezvoltarea unui grad de imunitate sistematică, în acest stadiu, titrul anticorpilor este cel mai înalt.

**Sifilisul latent.** După o perioadă variabilă, imunitatea gazdei devine suficientă pentru a inhiba activitatea treponemelor și a nu permite apariția a noi leziuni. Treponemele continuă să persiste și după un interval cuprins între 1 și 20 de ani, după care apar manifestări terțiare.

**Sifilisul terțiar** este caracterizat prin apariția leziunilor histo-patologice granulomatoase.

#### ***Căi de transmitere:***

- Preponderent sexuală, riscul contaminării după un singur contact cu o persoană infectată fiind de circa 30%;
- Tansfuzii de sînge infectat;
- Transplacentar, de la mamă la făt;
- Contact direct cu secrețiile infectate;
- Transmiterea indirectă (prin obiecte) este mai mult ipotetică

**Sifilisul primar** se caracterizează prin apariția sifilomului și a limfadenopatiei luteice satelite, în locul inoculării, după o perioadă de circa 21 de zile (limite 10-90 zile), se dezvoltă leziunea primară care se numește sancru dur sau sifilom. Netratat, sifilomul persistă 1-6 săptămâni și se vindecă fără cicatrice. Sifilomul este unic și are următoarele caractere: eroziune rotund-ovală de 1-2 cm., bine conturată, ale cărei periferii se pierd în țesutul sănătos. Suprafața este netedă, curată, cu un aspect cărnos, acoperită de o secreție transparentă bogată în spirocheți ce-i conferă un aspect lucios. Nu este dureros și nici inflamator. Baza sifilomului este dură la palpare. Întărirea apare la 4-5 zile de la formarea leziunii și se menține timp de 2-3 luni de la epitelizare. Localizarea sifilomului este în 90% de cazuri genitală. Cea extragenitală este rezultatul contactelor sexuale pe cale orală și anală. Afectează buzele, limba, amigdalele, mameloanele, extremitățile (panariciul luetic), în cazul afecțiunii luetice anorectale, trebuie să ținem cont de pacienții cu dureri rectale, cu scaune sanguinolente, cu fisuri sau ulcerații anale.

Luesul decapitat presupune lipsa sancrului dur. Adenopatia luetică apare la 4-7 zile de la apariția sancrului dur în regiunea de drenaj limfatic a acestuia, care este de obicei unilateral,



poliglandular, neinflamatoriu (constă din ganglioni elastici, bine conturați, nedureroși) și spontan rezolutiv. Adenopatia se agravează atunci când sifilomul se suprainfectează cu alți germeni.

**Sifilisul secundar** este stadiul de septicemie treponemică, caracterizat prin semne și simptome sistemice cu manifestări cutaneo-mucoase polimorfe, în perioada de trecere de la prima fază la cea de-a doua, treponemele diseminează în organism hematogen și limfatic. Manifestările mucoaso-cutanate apar la 3-6 săptămâni de la apariția sancrului și se numesc sifilide. Ele sînt inițial simetrice, dar pe măsura evoluției bolii devin asimetrice și dispar, cu sau fără tratament, peste 2-10 săptămâni.

#### *Caracterele sifilidelor:*

- Rozeola sifilitică este cea mai precoce erupție: are formă rotund-ovală, de 1-2 cm., culoare roz pal, nescuamoasă, nepruriginoasă, dispare la vitropresiune. De regulă, este localizată pe trunchi, pe rădăcina membrelor, uneori și pe zonele flexore ale extremităților;
  - Rozeola de recidivă are dimensiuni mai mari, leziuni mai grupate și evoluție mai lentă;
  - Sifilidele papiloase sînt leziuni discoide rotund-ovale, de 3-10mm., indolore, cu suprafața lucioasă sau scuamoasă fină, a căror detașare centrală lasă un gulerăș periferic. Leziunile se pot distribui simetric pe tot corpul. Cele localizate palmo-plan-tar sînt hiperkeratozice, infiltrate și pot fi confundate cu der-matamicozele. Erupția evoluează în puseuri.
  - Uneori, sifilidele papiloase pot fi papuloscuamoase cu caracter psoriaziform, avînd următoarele semne:
    - a) sifilidele foliculare, papule eritematoase foliculare ce apar în puseuri, pe față și pe extremități;
    - b) sifilidele pustuloase, care se întîlnesc foarte rar;
    - c) sifilidele corniforme, a căror variantă tardivă apare la 6-8 luni de la infectare, cu un aspect tipic și papulă mare;
    - d) sifilidele inelare sînt întîlnite mai des la rasa negroidă; se situează pe obraji, în apropierea comisurilor bucale, prezintă papule mici, turtite, acoperite cu scuame fine grupate inelar.Toate tipurile de sifilide sînt spontan rezolutive. Sifilidele mucoase, prezente la 20-70% dintre pacienți, sînt bogate în spirocheți și foarte contagioase:
- A.** Plăgi mucoase - arii eritematoase, erodate sau acoperite cu depozite cenușii pseudomembranoase, indolore, ce se pot localiza în regiunea cavității bucale (amigdale,

limbă, faringe, gingii, buze) ori în cea genitală (labii, vagin, cervix);

**B.** Faringita luetică este caracterizată printr-un eritem difuz faring-amigdalian, asociat cu edem și eroziuni;

**C.** Condiloma lată - papule hipertrofice, roșii sau hipopigmentate, macerate, exudative, cu suprafața netedă. Apare, de regulă, în regiunea genitală și anală.

**Afectarea fenelor:** Alopatia în luminișuri sau difuză se întâlnește în 3-7% dintre cazuri și se localizează pe scalp, predominant parietal și occipital. Ocazional, afectează barba și genele.

**Manifestări sistemice:** Majoritatea bolnavilor au stare generală bună a sănătății. O parte dintre ei pot prezenta fenomene de tip gripal: cefalee, mialgii, artralгии, rinoree. Febra se întâlnește rar. Examenul clinic poate constata: micropoliadenopatie; splenomegalie; mialgii generalizate; artralгии; hepatomegalie dureroasă; afectare oculară (fotofobie, lăcrimare, inflamație oculară); tulburări neurologice (meningita și paralizările de nervi cranieni sînt rar întâlnite). Diagnosticul pozitiv se bazează, pe manifestările clinice, pe testele seropozitive, pe eliminarea *T. pallidum* din leziuni.

**Sifilisul terțiar** apare la 1-20 de ani după apariția sifilisului secundar. Cu cît debutul este mai tardiv, cu atît manifestările sînt mai puține. Leziunile sînt asimetrice, cronice, cu tendința spre extindere. Pot fi unice ori multiple, superficiale sau profunde, nedureroase, predispuse spre ulcerare.

*Manifestări cutanate:* sifilide nodulare (sifilide tuberculoase) care sînt papule sau noduli roșii-bruni, arămii, fermi la palpare, de cîtiva mm, cu tendința spre grupare inelară. Nodulii pot evolua spre ulcerații adînci, indolare, cu fundul neted și margini elevate. Se vindecă, dar rămîn cicatrice. Gome noduli roz-roșii de mărimi variate, unici sau multipli, unilaterali. Nodulii au la început consistență elastică, iar o dată cu acumularea de țesut necrotic devin fluctuanți. Se localizează mai mult în zonele supuse traumatismelor, dar pot afecta și oricare altă regiune a corpului.

*Manifestări neurologice (neurosifilis):* paralizie generală progresivă;

*Manifestări cardiovasculare:* anevrism aortic, afectarea valvulelor aortice;

*Alte afecțiuni:* leziuni osteoarticulare ce pot leza aproape orice viscer.

Diagnosticul se stabilește în baza datelor clinice, serologice și histopatologice.

**Sifilisul congenital** este sifilisul fătului contaminat intrauterin de la mama infectată. Aproape toți copiii născuți de la mame cu sifilis secundar netratat sînt infectați, însă manifestări clinice au mai puțin de 50%. Sifilisul la gravide poate provoca nașteri premature, decese antenatale sau anomalii congenitale. Sifilisul congenital poate fi precoce sau tardiv.

Precoce este sifilisul apărut în primii doi ani de viață și este considerat echivalentul luesului secundar la adulți.

#### ***Manifestări clinice:***

- Coriza luetică, primul semn apare în primele 2-3 săptămâni de viață;
- Secreții nazale purulente ori sanguinolente și bogate în treponeme;
- Leziuni osoase și articulare, deși deseori asimptomatice care fac parte din manifestările precoce. Cea mai întâlnită este osteohondrita, vizibilă radiologic la nivelul metafazei și numită *dinți de fereastră*.

**Sifilisul congenital** tardiv apare după doi ani de viață, de obicei la pubertate. Sifilidele congenitale tardive se clasifică în:

*Signe* : Șanțurile Parrot - cicatrici radiare peribucale și paranazale;

Triada Hutchinson - dinți bombați, cheratită interstițială, surditate prin afectarea urechii interne.

*Probabile*: osteohondrită hiperplastică difuză, periostită, bose frontale proeminente (frunte olimpiacă), tibie „în iatagan”.

*Posibile*: placenta cu greutate mare și nou-născut mic; boltă pala-tină ogivală, semnul Dubois (degetul mic scurt).

#### **Geneza**

Sifilisul a apărut în Asia de Sud prin anul 3000 î. Chr. După descoperirea Americii de către Columb (1493), de unde boala este adusă în Europa de către marinarii infectați, din Haiti, cea mai largă răspândire a sifilisului are loc la începutul sec. XVI, când nu erau cunoscute mijloacele de prevenire și contaminare.

#### ***Actuala epidemie de sifilis.***

Chiar dacă în multe țări răspândirea acestuia are tendință de diminuare în ultimele decenii, stabilizarea cazurilor de sifilis recent lipsește. Conform datelor Centrului de Supraveghere a MST din Marea Britanic, după 1982 se constată o diminuare a prevalenței sifilisului. Această evoluție este legată de schimbarea comportamentului la homosexuali, care având frică de infectarea cu HIV și-au redus numărul partenerilor, a fost înregistrată o creștere a prevalenței sifilisului la heterosexuali.

Deci, putem menționa, că aproape în toate țările de pe Glob sifilisul cunoaște o recrudescență epidemiologică avansată. Astfel, morbiditatea a crescut în ultimii 10 ani de 8 ori în Portugalia, de 5 ori în Polonia, de 5 ori în România, iar în Franța s-a dublat, etc. Prevalența sifilisului (Geneva, consfătuirea OMS pe problema infecției materne și perinatale, 1988) la femeile gravide variază între 0,03%—0,5% și 10—15%.

În Republica Moldova în ultimii 5 ani numărul contaminărilor a sporit de 13 ori. În 1990 indicele morbidității la 100000 de locuitori constituiau 15,7, iar la sfârșitul anului 1998 ei au sporit până la 149,4.

Densitatea mare a populației în orașele mari favorizează difuzia MST, în special a sifilisului. Astfel, de această maladie mai frecvent suferă populația urbană. Frecvența, în funcție de sex, diferă de la o țară la alta, fiind în Franța de 4 ori, în Olanda și Marea Britanie de 6 ori mai mică printre femei decât printre bărbați.

În multe țări, în pofida legislației, numărul de cazuri declarate este considerabil mai mic decât realitatea. Spre exemplu, în Franța, în 1981 erau înregistrate 2773 cazuri printre bărbați și 649 cazuri printre femei, în SUA în 1987 erau înregistrate 35174 cazuri de sifilis primar și secundar, 4998 cazuri de șancru moale și 303 de limfogranulomatoză veneriană, 22 cazuri de granulom inghinal. Conform datelor Centrului de Dermatovenerologie din Republica Moldova s-a constatat, că de această maladie suferă atât femeile cât și bărbații aproape în proporții egale, predominând întrucâtva la femei, în anii 1997—1998 în Moldova au fost înregistrate 7754 femei contaminate cu *Treponema pallidum*, contra 7064 bărbați cu aceeași maladie. Totodată în acești ani au fost la evidență 373 femei gravide cu sifilis.

### **Gonoreea**

Gonoreea este cea mai frecventă boală infecțioasă, produsă de *Neisseria gonorrhoeae* (dip-lococ Gram negativ), transmisă aproape exclusiv pe cale sexuală, care afectează mai mult mucoasa uretrei, a endocervixului, a rectului, a laringelui și conjunctiva oculară. Răspîndirea infecției poate afecta, de asemenea, endometrul, trompele uterine la femei și prostata, epi-didimusul și veziculele la bărbați. Este una dintre cele mai răspîndite ITS, cu perioada de incubație de 2-5 (1-14) zile.

### **Manifestări clinice**

**La bărbați**, infecția gonococică primară afectează inițial uretra și apoi organele genitale. De obicei, se manifestă prin simptome acute: disurie, secreții mucopurulente din uretra. Poate fi afectată de asemenea uretra posterioară, ceea ce favorizează dezvoltarea prostatitei gonococice, caracterizată prin dureri la urinare, tenezme vezicale la sfîrșitul micțiunii, erecții dureroase sau ejaculări accidentale. Epididimita gonococică debutează de obicei brusc, însoțită de febră, frisoane, edem scrotal unilateral ori bilateral, ce poate conduce la obturarea canalului epididimal și dezvoltarea oligospermiei sau azospermiei. Alte simptome, întîlnite la

bărbați în cazul gonoreii, sînt secrețiile din anus și durerile din regiunea perirectală. De asemenea, se întîlnesc și forme asimptomatice de infectare a uretrei (în 10% dintre cazuri), a rectului (85% ) sau a laringelui (pînă la 90%). Infecția disemenată este însoțită de febră, erupții petehiale ori pustuloase pe piele, artralgie asimetrică, artrite septice, în cazuri foarte rare - de meningită și de endocardită.

*La femei*, de regulă, infecția decurge asimptomatic. Cel mai frecvent indiciu întîlnit este cervicita gonococică, caracterizată prin secreții mucopurulente abundente din cervix, colul fiind normal, hiperemiat sau edemațiat. Apariția uretritei gonococice inițiale poate fi întîrziată, deoarece partea ei anterioară este tapetată cu epiteliu scuamos rezistent la infecție, în cazul infecției, în timpul presării, uretra elimină secreții purulente. Uretrita poate fi asimptomatică sau însoțită de simptome urinare.

Endometrita gonococică este întîlnită în 30% de cazuri. Infecția ascendentă este favorizată de menstruație, avorturi, naștere și are următoarele manifestări clinice: dureri, hipermenoree, menoragii. Este frecvent întîlnită și salpingita gonococică care favorizează piosalpinxul. În cele mai dese cazuri, ea cauzează sterilitatea feminină. Este caracterizată prin dureri în regiunea inferioară a abdomenului, dureri la palpația organelor genitale interne și prin febră. Infecția este asimptomatică: cervicite >50%; infectarea rectului >85%; a laringelui >90%. La nou-născuți, acest tip de infecție provoacă conjunctivită purulentă.

#### ***Indicații pentru testare la gonoree:***

- Simptome de disurie și secreții din uretră;
- Secreții mucopurulente din cervix;
- Partenerul sexual este infectat cu ITS sau are procese inflamatorii pelviene;
- Cercetare la solicitarea clientului;
- Orhoepididimită acută;
- Inflamație pelviană acută;
- Conjunctivită purulentă la nou-născuți.

#### **Șancrul moale**

Șancrul moale este o infecție bacteriană, produsă de *Haemophilus ducreyi*, numit streptobacil Gram negativ. Apar ulcerații genitale însoțite de adenopatie regională inflamatorie. Infecția este răspîndită mai mult în regiunile tropice și în subtropice. În ultimii ani, au început să fie înregistrate tot mai multe cazuri de acest tip de infecție și în Europa. Este

cel mai des întâlnită la bărbați. Se transmite pe cale sexuală, perioada de incubație fiind de 3-5 zile. Este un aerob facultativ cu regim de creștere fin, condițiile optime de dezvoltare ale căruia sunt atmosfera și umiditatea sporită, nivelul major al presiunii dioxidului de carbon și temperatura de 33—35°C.

Șancroidul este o patologie ce afectează sănătatea publică în țările lumii a treia, în unele regiuni ea este mai frecventă decât sifilisul și chiar gonoreea. Patologia apare mai frecvent la bărbați, în special la cei tineri, care au avut un contact sexual recent ocazional. Prevalează în grupul socio-economic inferior. Bărbații fără circumcizie sunt mai sensibili la H. ducreyi. Circa 10% din numărul de bolnavi de șancroid pot avea și lues sau herpes. La bărbați maladia poate evolua simptomatic și asimptomatic (mai rar).

Femeile cu evaluare asimptomatică sunt foarte rar decelate. Prezența la ele a leziunilor asimptomatice pune la îndoială diagnosticul de șancroid, care e puțin probabil. S-a demonstrat, că șancroidul este un cofactor major în transmiterea heterosexuale a HIV-infecției și e asociat cu creșterea frecvenței HIV-infecției în Africa.

#### **Manifestări clinice**

Primul simptom este formarea unei papule eritematoase care trece în ulceratie dură, cu diametrul de 1-2 cm, cu margini rufoase, cu centrul acoperit cu exudat și fund fără indurație. Ulceratia se localizează : la bărbați, de obicei, pe prepuț ori pe teaca penisului, iar la femei - pe labiile mari, în regiunea perianală sau pe comisura pos-terioară. La 1-2 săptămâni de la ulceratie, apare adenopatia regională. Are caracter cronic, se vindecă într-un timp îndelungat și formează fistule și cicatrici fibroase.

#### **Chlamydia trachomatis, limfogranulomatoza veneriană**

Infecția cu Chlamydia trachomatis este cea mai răspândită afecțiune sexual transmisibilă. Începând cu anii '70, infecțiile provocate de chlamidii au început a prevala asupra celor gonococice. În SUA și Marea Britanie incidența uretritelor negonococice (echivalentul infecției cu chlamidii la bărbați) este de 2-3 ori mai mare decât a celor gonococice. În țările Scandinave infecția cu chlamidii se determină de 5-6 ori mai frecvent ca gonoreea.

În SUA numărul total de cazuri noi depistate depășește cifra de 3-4 milioane, încât pentru tratamentul consecințelor infecției cu chlamidii se cheltuiesc anual circa 2 mlrd dolari.

De mult timp Chlamydia trachomatis este recunoscută ca agentul patogen al trahomului, o afecțiune hiperendemică în multe țări în curs de dezvoltare, considerată cea mai frecventă cauză a orbirii, în afară de aceasta Chlamydia trachomatis provoacă

conjunctivita la nou-născuți și e agentul patogen al limfogranulomatozei veneriene. Începând cu anii '80, infecția chlamidiană a tractului genital și consecințele transmiterii ei perinatale au devenit o importantă problemă atât medicală, cât și socio-economică.

Circa 600 mii de cazuri de salpingită descrise anual în Europa, a patra parte dintre care se termină cu sterilitate tubară, sunt considerate urmări ale infecției cu *Chlamydia trachomatis*. Femeile care suferă de sterilitate tubară în 50% din cazuri au semne de infecție chlamidiană recentă sau suportată. Peste 60% dintre bărbații cu epididimită sunt infectați cu chlamidii. O dată cu creșterea frecvenței infecțiilor provocate de acest agent patogen a crescut brusc și incidența sarcinii ectopice în toate țările dezvoltate.

Infecția cu *Chlamydia trachomatis* se considera și o cauză a multor complicații ale sarcinii, fiind totodată sursa chlamidiozelor la nou-născuți.

Limfogranulomatoza este o boală infecțioasă, produsă de *Chlamydia trachomatis*. Se transmite pe cale sexuală. Perioada de incubație este de 3-30 de zile. Omul este singura gazdă naturală a *Chlamydiei trachomatis*. Se vizualizează prin colorație Giemsa. Chlamydiile nu penetrează pielea sau mucoasa intactă. Poarta de intrare poate fi chiar și o leziune mică. *Chlamydia trachomatis* are 15 serotipuri. Tipurile A, B și C produc trahomul, tipurile D-K produc chlamidiaza urogenitală. Ambele tipuri afectează uretra, cervixul, endometrul și mucoasa trompelor uterine. Tipurile LI, L2, L3 afectează țesutul limfatic și provoacă apariția limogranulomatozei.

Limfogranulomatoza se întâlnește mai mult în regiunile tropicale. Este o maladie endemică în Estul și Vestul Africii, India, în regiunile Sud-Estice ale Asiei, în America de Sud și regiunea Caraibilor. Poate fi o maladie sporadică în America de Nord, Europa, Australia, majoritatea regiunilor Asiei și în America de Sud.

În SUA se depistează circa 350 de cazuri pe an, majoritatea la bărbați, raportul aproximativ fiind de 6:1 față de femei. Schacheter consideră că această diferențiere sexuală are loc datorită drenării limfei din regiunea bazinului, care la femeie conduce la adenopatia iliacă profundă, iar la bărbați la adenopatia inghinală. Maladia e mai caracteristică persoanelor din localitățile urbane și din păturile sociale inferioare. Ca infecție transplacentară congenitală nu a fost identificată, însă contaminarea la trecerea prin căile de naștere infectate poate apărea.

### **Manifestări clinice**

Chlamidiaza urogenitală nu are manifestări clinice specifice. De obicei, infecția decurge asimptomatic sau are manifestări clinice nesemnificative. Focarul primar de infecție se află în uretra, la bărbați, și în canalul cervical, la femei. *Chlamydia trachomatis* poate afecta

și alte zone tapetate cu epiteliu cilindric: faringele, rectul, bursele sinoviale, conjunctiva oculară. La bărbați, sînt înregistrate următoarele manifestări clinice: uretrita, epididimita și prostatita. În cazul femeilor: salpingita, oforita, pelvipertonita. Studiile au arătat că 70% de cazuri de sterilitate tubară sînt cauzate de chlamydia trachomatis, care provoacă procese autoimune în organele pelviene. Perioada de incubație este de 10-14 zile, după care, la bărbați, apare o secreție mucoasă sau mucopurulentă neabundentă din uretră, iar la femei - din cervix.

În cazul limfogranulomatozei apare o eroziune de 5-8 mm, de culoare roz-roșie, cu bază moale, suprafață netedă, nedureroasă, ce se vindecă fără cicatrizare. De obicei, este neobservată. Mai tîrziu, poate apărea adenoptia regională, unilaterală (în o treime dintre cazuri -bilaterală), inflamatorie la palpație, ce se situează pe ambele părți ale ligamentului inghinal. Regresează spontan, în 8-12 săptămîni.

### **Granulomul inghinal**

Maladia este cauzată de Klebsiella granulomatis, un bacil Gram negativ ce se colorează bipolar. Testele tisulare conțin incluziuni intracitoplasmice (corpii Donovan) vizibili în urma colorației Wright. Infecția este răspîndită în țările tropicale și subtropicale. Perioada de incubație variază de la 9 la 50 de zile.

Donovanoza e frecventă în Guineea Nouă de West, India, Bazinul Caraibilor și în alte regiuni tropicale. Patologia e foarte rară în zonele cu climă temperată. Perioada de incubație variabilă și semnele clinice inițial fruste condiționează răspîndirea Donovanozei. Cu toate că patologia se atribuie maladiilor sexual transmisibile, modul exact de transmitere nu se cunoaște.

### **Manifestări clinice**

Începe cu o papulă sau cu un nodul subcutanat ce erodează și provoacă o ulcerație bine delimitată, nedureroasă. Ulcerația se extinde periferic. Zonele de elecțiune sînt labiile mari, perineul, pubisul, prepuțul, regiunea inghinală și perianală. Leziunile, de obicei, nu sînt însoțite de limfadenopatie.

### **Vaginita bacteriană**

#### **Caracteristici**

Este o boală frecvent întîlnită la femeile de vîrstă reproductivă. În 20-30% dintre cazuri este provocată de o serie de agenți condiționat-patogeni anaerobi, cum ar fi: gardnerella vaginalis, corynebacteriae, mobiluncus spp., bacteroides spp., mycoplasma



hominis. în cazurile de dereglare a biocenozei vaginului, scade brusc cantitatea de lactobacterii și, respectiv, se creează un mediu favorabil dezvoltării florei condiționat patogene, care și provoacă această maladie.

Dezvoltarea vaginozei bacteriene poate fi favorizată de anumiți factori endogeni (schimbări hormonale, scăderea imunității, dereglarea biocenozei intestinului) și exogeni (duș vaginal frecvent, lenjerie sintetică, absorbante aromatizate, noi parteneri sexuali, tratament antibacterial, administrare de imunosupresoare, de preparate hormonale, utilizarea DIU). încă nu există dovezi că această infecție se transmite pe cale sexuală.

Simptomele vaginitei bacteriene constau în inflamația moderată a mucoasei vaginale, prurit genital, scurgeri genitale moderate cu miros specific.

## **Candidoza vaginală**

### **Caracteristici**

Candidoza urogenitală este o problemă medico-socială actuală. Este o infecție ce cuprinde, în special, pielea, mucoasele și anumite organe interne și este cauzată de levuri aparținând genului Candida, mai ales Candida albicans (în 90% de cazuri), Candida glabrata (5%-10%) și Candida tropicalis (3%-5%). Este o infecție condiționat patogenă, dezvoltarea ei fiind influențată atât de factori endogeni (dereglări endocrine, imunodeficiență, schimbări reactive în organism, avitaminoze - A, B6, C), cât și de factori externi (utilizare de contraceptive hormonale, imunosupresoare, tratament cu raze, regim alimentar bogat în glucide).

În prezent, nu există o clasificare tipică a candidozei. Sînt, totuși, evidențiate două forme de candidoză: acută și cronică recidivantă. Candidoza se caracterizează prin: secreții caseoase abundente alb-gălbui ce aderă la pereții vaginului; mucoasa vaginului este hiperimată, edemațiată; pH vaginului este acid; uretrită, balanopostită, balanită cu erupții eritematoase, acoperite cu un strat alb-cenușiu (la bărbați). Acest tip de infecție are următoarele simptome: prurit genital, disurie, dureri în regiunea organelor genitale externe. Afecțiunea poate fi diagnosticată prin microscopia frotiurilor native și colorate, precum și cu ajutorul metodei culturale.

## **Herpesul genital**

### **Caracteristici**

Herpesul este, astăzi, cea mai răspîndită infecție în rîndul celor virale. Mai mult de 90% din populația Globului Pămîntesc este purtătoare a virusului herpes simplex I și doar

20% poate avea anumite manifestări clinice. Virusul HS cuprinde, de cele mai multe ori, pielea și mucoasele (în special, zona facială și organele genitale), dar mai poate afecta sistemul nervos central și conjunctiva oculară. În cazuri rare, VHS I se localizează pe organele genitale. Altă formă a virusului - VHS II - afectează organele genitale, el fiind contractat pe cale sexuală sau în timpul nașterii. Transmiterea virusului are loc prin contact direct cu leziunile sau secrețiile infectate. Eliminarea asimptomatică de virus (70%) duce, la fel, la răspândirea infecției.

Femeile sînt cele care, la infecția primară cu herpes, suportă manifestări clinice serioase. Acestea se manifestă, de regulă, printr-o dureroasă vulvo-vaginită acută și prurit genital. Pe mucoasa valvară pot să apară buchete de vezicule și de eroziuni policiclice, unele aftoide, ce invadează colul și vaginul. Erupția este însoțită de adenopatie inghinală, disurie. Vindecarea spontană durează trei săptămîni. La bărbați, infecția primară este mai puțin severă și are aceleași manifestări clinice în cazul ambelor tipuri de virus. În jumătate dintre cazuri, herpesul primar poate fi neobservat.

În majoritatea statelor dezvoltate, herpesul genital recurent este cea mai frecventă cauză a ulceratiilor genitale. Herpesul poate recidiva în același loc, motivele fiind: depresia imunitară, alte infecții prezente în organism, stresul, imunosupresoarele, menstruația, subnutriția, raporturile sexuale. De cele mai multe ori, reluarea infecției este caracteristică VHS II. Simptomele recurentului ar fi următoarele: senzațiile de arsură și pruritul, urmate la scurt timp de apariția unei plăgi eritematoase, pe suprafața căreia apar în doar cîteva ore vezicule grupate ce se crustifică, după care se vindecă.

Herpesul genital pe durata sarcinii poate fi cauza unei infecții grave a nou-născutului, cum ar fi pneumonia herpetică, ce poate fi contractată în timpul nașterii și care pune în pericol viața copilului.

## **Infecții genitale cu papilomovirusuri umane**

### **Caracteristici**

Papilomovirusurile umane sînt ADN-virusuri, capabile să producă proliferarea celulelor epiteliale scuamoase ale pielii și ale mucoaselor. Din cele 80 de tipuri de virusuri PVU, 45 pot afecta mucoasa organelor genitale și se transmit pe cale sexuală.

**Epidemiologie:** circa 30-50% din populația adultă este contaminată cu VPU, însă, doar 1-2 % dintre cei contaminați au leziuni clinic vizibile. Deocamdată, singura cale probată de transmitere a acestor virusuri este cea sexuală. Contaminarea de la mamă la nou-născut este întîlnită foarte rar.

## **Manifestări clinice**

### **Candiloame ano-genitale:**

- Candiloame acuminatate care afectează mucoasa genitală și zona perigenitală. Pe mucoase apar mici formațiuni papiloase, roz-roșietice, nekeratozice, care, datorită macerației, capătă un aspect albicios, cresc progresiv în număr și dimensiuni, căpătând aspect de conopidă. Se localizează în zonele de fricțiune coitală maximă. Se pot răspândi și perianal. Ele pot evolua spontan, dar recidivează frecvent.
- Condiloamele plane ale colului uterin prezintă o formă aparte de condiloame genitale, care afectează colul uterin. Sînt dificil de observat, vizualizarea lor fiind posibilă în urma aplicării acidului acetic de 5%. Au un potențial oncogen în 30-50% dintre cazuri (vezi cancerul de col). Dintre displaziile cervicale, se asociază cu infecțiile cu VPU, aproximativ 10% evoluînd spre carcinom invaziv.
- Papuloza bowenoida - leziuni papiloase multicentrice, izolate, de culoare roză, violacee sau brună, au suprafața netedă, uneori leucocheratinizată, sînt specifice printr-o dezorganizare arhitecturală epidermică, cu potențial oncogenic sporit.
- Condiloma gigantă (Buschke-Lowenstein) prezintă o formă tumorală agresivă, care simulează epiteliomul invaziv. De regulă, tumoarea este benignă și nu metaplazează.

## **Scabia**

Apariția scabiei presupune prezența unui parazit femelă care sapă un canal în piele în care depune 2-3 ouă pe zi timp de o lună, ceea ce determină mîncărimi și iritarea pielii. Transmiterea căpușei *Sarcoptes scabiei* are loc prin contact direct corporal, de obicei prelungit; cu toate că în anumite cazuri, în special în scabia crustoasă (scabia norvegiană), transmiterea poate să aibă loc și prin hainele sau lenjeria infectată. Căpușele sunt capabile să sape șanțuri și să traverseze stratul cornos al persoanei infectate timp de o oră. Hipersensibilitatea la proteazele din fecalele căpușei poate genera reacții de hipersensibilitate locală și la distanță.

Simptomele sunt reprezentate de mîncărimi pe fața interioară a mîinilor, între degete, în regiunea sînilor și a organelor genitale. În privința tratamentului, acesta se aplică atât partenerilor sexuali, cît și persoanelor care trăiesc cu cei infectați de scabie. Lenjeriile și obiectele personale folosite de persoanele infectate necesită dezinfectarea.

## **Infecția cu virusul hepatitei B (HBV)**

Hepatita B este cauzată de un virus Hepadna (ADN). Virusul este endemic pe întreg globul, nu se referă la comunități izolate, având o rată de purtători foarte înaltă (până la 20%) în particular în Asia de Sud și de Est. Rata înaltă de purtători (până la 10%) se întâlnește, de asemenea, în America Centrală și de Sud, Africa și Asia. Incidența comunicată a hepatitei B acute: în Europa de Nord-Vest este de 1 la 100 000 populație; în Europa de Sud-Vest - 6 la 100 000; în Europa Centrală - 22 la 100 000 și în Europa de Est - 92 la 100 000, cu toate că adevărata incidență ar putea fi de 6 ori mai înaltă. Este estimat ca anual în Europa au loc 1 milion de cazuri noi de hepatita B acută și 90 000 cazuri noi de hepatita B cronică. Purtătorii cronici constituie 5% din populația generală a Europei de Sud, iar în Europa de Nord rata lor generală oscilează între 0,01-0,5%. Totuși, rate de purtători mult mai înalte sunt întâlnite în anumite subgrupuri, inclusiv la utilizatorii de droguri intravenoase, la bărbații homosexuali, la femeile care practică sexul comercial și la migranții din țările cu endemicitate înaltă.

### **Transmiterea**

Transmiterea pe cale sexuală are loc la bărbații homosexuali nevaccinați și corelează cu eventualitatea partenerilor multipli, sexul anal neprotejat și, de asemenea, cu sexul oro-anal. Transmiterea are loc și după un contact heterosexual, de exemplu, rata de infectare a partenerilor permanenți ai bolnavilor de hepatită B acută este de 18%. Cei care practică sexul comercial sunt expuși la un risc sporit.

Alte căi de transmitere sunt: parenteral (sânge, produse din sânge, utilizatori de droguri folosind aceleași ace și seringi, împunsături de ac) și vertical (de la mama infectată la copil). Infecții sporadice au loc la persoanele fără factori de risc aparenti, în instituțiile pentru pacienții cu deficiențe mentale și, de asemenea, la copiii în țările cu endemicitate sporită, dar în aceste cazuri căile de transmitere nu sunt bine înțelese.

### **Hepatita D (infecția virală delta, HDV)**

Agentul reprezintă un virus cu ARN incomplet care necesită învelișul exterior al virusului hepatitei B. Se întâlnește doar la pacienții cu hepatita B. Este în mare măsură infecția utilizatorilor de droguri intravenoase și a partenerilor lor sexuali, dar și a femeilor angajate în sexul comercial, iar în mod sporadic și a altor grupuri. Se va suspecta HDV în hepatita B, în special când infecția acută este severă, dacă purtătorii cronici de hepatită B manifestă un atac ulterior de hepatită acută sau dacă boala ficatului la pacienții cu hepatită B cronică progresează rapid. În această formă rata de hepatite fulminante este înaltă și de progresie a hepatitei cronice în ciroză. Diagnosticul este confirmat de testul pozitiv la anticorpii anti-HDV sau de către testul HDV-ARN.

### **Infecția cu virusul hepatitei C (HCV)**

Este un virus ARN din familia Flaviviridae. Este răspândit endemic în toată lumea cu o rată sporită de prevalență în Asia de Sud și de Est și în Europa de Est. Ratele prevalențelor variază între 0,06-1 % la donatorii de sânge din Europa de Nord, 1,5-12% în Europa de Sud și de Est și până la 90% din cazurile utilizatorilor de droguri intravenoase.

#### **Transmiterea**

- Transmiterea parenterală este responsabilă de majoritatea cazurilor printre utilizatorii de droguri intravenoase prin folosirea în comun a acelor și seringilor, aceasta realizându-se și prin transfuziile de sânge sau ale produselor din sânge (înainte de 1990), precum și prin dializa renală, utilizarea în comun, cu indivizii infectați, a lamelor de ras sau prin împunsături accidentale de ac.
- Rata transmiterii sexuale este scăzută (aproximativ 0,2-2% la fiecare an de relație), dar această rată crește dacă pacientul în cauză este concomitent infectat cu HIV. Se observă o rată sporită (2%) de purtători între bărbații homosexuali examinați în clinicile de ITS, dar acest fapt în mare măsură este atribuit co-infecției HIV. Există dovezi ale riscului sporit de infectare la femeile care practică sexul comercial, la foștii deținuți, recipienții de tatuaj și la alcoolici.
- Transmiterea verticală (de la mamă la făt), de asemenea, are o rată scăzută (5% sau mai puțin), preponderent la femeile HCV-ARN pozitive. Rate mai sporite (până la 40%) sunt înregistrate când femeia este dublu pozitivă la HIV și HCV, fiind previzibil nivelul înalt de HCV-ARN în serul sanguin.
- Vorbind de donatorii de sânge, 50% din cei cu infecția HCV nu indică existența factorilor de risc.

#### **Artrita dobândită pe cale sexuală**

Artrita reactivă (AR) reprezintă o inflamație sterilă a membranei sinoviale, tendoanelor și fasciei cauzată de o infecție la distanță, de obicei, gastrointestinală sau genitală. AR cauzată de o infecție cu transmitere sexuală (ITS) este cunoscută ca artrita reactivă cu transmitere sexuală (ARTS). Aceasta include sindromul Reiter dobândit pe cale sexuală, descris ca triada uretritei, artritei și conjunctivitei, cu sau fără leziuni cutanate sau a membranelor mucoase, așa ca keratoderma blennorrhagica, balanita/vulvita circinată, uveita,

ulcerațiile orale, implicațiile cardiace sau neurologice.

Infecțiile tractului genital inferior în formă de uretrite sau cervicite pot fi asociate cu ARTS, trăsăturile obiective caracteristice ARTS fiind prezente în 0,8-4% cazuri, în ce privește infecțiile tractului genital superior, așa ca prostatitele și salpingitele, statutul acestora referitor la ARTS rămâne încă incomplet elucidat. Nu există o asociere directă între ARTS și infecția HIV, în pofida unor sugestii anterioare cum că o astfel de legătură ar exista. Mecanismul exact, care leagă agenții infecțioși cu ARTS nu este pe deplin înțeles, de aceea legăturile cu microorganismele specifice sunt în parte speculative.

- *Chlamydia trachomatis*, cea mai răspândită cauză identificabilă a ureritelor non-gonococice (UNG), este microorganismul cel mai strâns corelat cu ARTS, fiind identificat în 35-69% cazuri.
- *Neisseria gonorrhoeae* a fost corelată cu până la 16% cazuri, acestea fiind distincte de artritele septice gonococice. Rolul exact al acestui microorganism în ce privește ARTS rămâne necunoscut.
- *Ureaplasma urealyticum* a fost corelată în puține cazuri de ARTS.
- Un rol cauzal al altor microorganisme patogene și saprofite ale tractului genital este posibil, dar pentru a le evalua încă nu sunt date suficiente.

Mecanismul patogeniei ARTS este neclar, totuși se pare ca el implică răspunsul imunologic față de microorganismele urogenitale. ARTS pare să fie de 10 ori mai răspândită la bărbați decât la femei, cu toate că diagnosticarea insuficientă la femei ar putea prezenta o problemă. Prezența genei HLA-B27 crește susceptibilitatea către ARTS până la 50 de ori. ADN-ul și/sau antigenii de suprafață ai *Ch. trachomatis*, *Ur. urealyticum* și ai altor micoplasme ar putea fi detectate în țesuturile articulare la indivizii cu ARTS. Este posibil că persistența intra-articulară a microorganismelor viabile să prezinte un factor important la cauzarea și perpetuarea artritei.

### **Rolul depistării și tratamentului BST în prevenția infecției cu HIV/SIDA**

Depistarea și tratamentul bolilor sexual transmisibile (BST) poate fi considerată o măsură efectivă în prevenția răspândirii infecției cu HIV/SIDA. Ca urmare programele HIV/SIDA, depistarea BST și programele de tratament sunt interdependente, acest fapt este deosebit de important pentru programele ce planifică controlul asupra transmiterii pe cale sexuală a infecției HIV.

### **Legătura dintre HIV și alte BST**

În Statele Unite răspândirea infecției printre femei pe cale sexuală este în pas cu alte BST. Distribuția geografică a transmiterii heterosexuale a HIV/SIDA în regiunile de Sud este paralelă cu distribuția geografică a luesului.

Indivizii afectați de BST sunt expuși, în cel mai bun caz doi din cinci să fie infectați cu HIV pe cale sexuală și, mai mult probabil, ei vor transmite virusul pe cale sexuală, decât alți HIV infectați pe alte căi (Wasserheit, 1992).

Există o substanțială evidență biologică ce demonstrează că prezența creșterii cazurilor de BST majorează probabilitatea transmiterii și achiziționării HIV.

- *Susceptibilitatea majorată.* BST probabil majorează susceptibilitatea cu HIV prin două mecanisme. Ulcerele genitale (sifilis, herpes, chancroid), cauzând leziuni ale tractului genital și pielii, creează «poartă de intrare» pentru HIV. BST non-ulcerative (chlamidia, gonorrhea, tri-chomoniasis) majorează concentrația celulelor în secrețiile genitale, care pot servi ca țintă pentru HIV (celule CD4).

-*Contagiozitatea majorată.* Studiile au demonstrat că indivizii HIV infectați, ce sunt infectați de alte BST mai mult probabil vor avea virusul în secrețiile genitale. Spre exemplu, la persoanele ce sunt infectate cu gonorrhea și HIV, de două ori mai mult crește cantitatea de virus în secreții comparativ cu infecția doar cu HIV. Plus la toate, concentrația HIV în spermă crește de zece ori la persoanele infectate cu gonorrhea și HIV comparativ cu persoanele infectate numai cu HIV.

### **Controlul BST micșorează răspândirea infecției cu HIV**

O nouă realitate din studiile de intervenție indică că depistarea și tratamentul BST poate substanțial reduce transmiterea HIV la nivel de individ și comunitate.

- Depistarea și tratamentul BST reduce abilitatea individului să transmită HIV.
- Depistarea și tratamentul BST reduce răspândirea infecției cu HIV în cadrul comunităților.

## **Capitolul II**

### **HIV/SIDA**

**SIDA** este maladia provocată de către HIV. Reprezentînd manifestarea finală, gravă, a infecției cu HIV, o boală cronică, cu evoluție îndelungată și imprevizibilă. Cele mai multe persoane HIV infectate au evoluat către SIDA și deces, de obicei, în decurs de cîțiva ani. Persoanele care au SIDA sunt foarte sensibile la multe boli periculoase pentru viață, numite infecții oportuniste și la anumite forme de cancer. Ea este o problemă pentru întreaga omenire, o boală incurabilă și fără remedii specifice de profilaxie. SIDA este o boală care dă timp pentru a muri și dă timp morții să trăiască.

#### **Ce este HIV?**

**H** -Human (uman) - numai oamenii îl pot avea

**I** — Imunodeficienței — distruge sistemul imun al organismului

**V** -Virus - un agent patogen care cauzează o anumită boală

Virusii sunt agenți infecțioși ai bacteriilor, plantelor și ai animalelor inclusiv ai (celui mai evoluat) - omului. Reprezintă entități de sine stătătoare, vii, de dimensiuni foarte mici, cu structură foarte simplă, incapabile să crească și să se înmulțească altfel decît prin parazitarea celulelor vii cu organizare complexă. Virusii pătrund în celule, se dezvoltă, se multiplică,



dezorganizând și omorând, în final, celula.

### **Ce este SIDA?**

**S** - Sindrom - ansamblul simptomelor, semnelor care caracterizează o boală

**I** - Imuno - ceea ce ține de imunitate, de apărarea pe care organismul și-o poate asigura față de agresori, față de agenții inductori de boală

**D** - Deficiență - slăbirea capacității de apărare a sistemului imunitar

**A** - Achiziționat - dobândit, câștigat în cursul vieții. (Dacă împreunarea celor 4 inițiale ar respecta regula, Sigla în limba română ar fi "**SIDD**": Sindromul de **Imuno-Deficiență Dobândită**. S-a reținut însă prin folosirea curentă sigla SIDA, care are avantajul de a evita pronunțarea grea a celui de al doilea D, fiind eufonică.)

### **Diferența dintre imunitate și imunodeficiență**

**Imunitatea** reprezintă proprietatea organismului de a se apăra de diverși agresori externi (bacterii, viruși, paraziți, ciuperci) prin intermediul unor celule și al anticorpilor specifici (produși de alte celule specializate); se induce, deci o stare de rezistență specifică față de acțiunea unui agent inductor de boală.

**Imunodeficiență congenitală** (ereditară) sau câștigată (dobândită) în cursul vieții reprezintă o stare anormală, patologică, ce se manifestă prin disfuncții, reduceri ale capacității de apărare a organismului. Imunodeficiență câștigată apare, însă ca urmare a unei cauze externe care acționează asupra sistemului imunitar. Una din cele mai importante cauze ale imunodeficienței câștigate este infectarea cu virusul HIV. Imunodeficiență se exprimă în diverse niveluri de gravitate și poate ataca diverse componente ale sistemului imunitar.

### **Termeni care se referă la sistemul imunitar**

**Antigen** -orice "parte" din structura unui agent patogen, orice "macromoleculă", în sens larg, capabilă să stimuleze sistemul imunitar și să-i facă să riposteze, fie prin producerea de anticorpi specifici (pot bloca acțiunea dăunătoare a antigenului care le-a indus apariția), fie prin instruirea unor celule capabile să recunoască și să acționeze împotriva antigenului față de care s-au instruit.

**Anticorp** -a cărui apariție se datorează stimulării sistemului imunitar de către antigen, reprezintă o structură proteică de dimensiune mică, prezentă în "sânge", circulând o dată cu acesta în tot organismul, capabil să se "lege" specific de antigenul care i-a indus apariția și să-i blocheze acțiunea vătămătoare. Anticorpul care intervine în apărarea imună se numește anticorp protector tot așa cum antigenul care i-a determinat apariția se numește antigen

protector. Subliniem cele de mai sus pentru faptul că un agent infecțios poate conține multe părți din structura sa cu proprietăți antigenice (mulți epitopi) care induc apariția de anticorpi al căror rol nu este de protecție, putând însă folosi ca un semn (marker) al infecției sau bolii.

**Infecție** - organismul uman, de-a lungul vieții vine în contact cu mediul exterior, mediu din care fac parte și microorganismele patogene. Un microorganism care a pătruns printr-una din "porțile de intrare" ale organismului, în organism este "întâmpinat" de apărarea imună, putând fi distrus și eliminat. Dacă apărarea nu face față, microorganismul se multiplică, prezența lui în organism, fiind urmarea unui echilibru între agresivitatea agentului și mijloacele de apărare ale organismului. Această stare biologică de echilibru se numește "infecție persistentă", germenul patogen prezent se multiplică și se elimină în absența oricărui semn, simptom de boală.

**Boală** - Reprezintă totalitatea reacțiilor locale sau generale ale unui organism al cărui sistem de apărare a fost incapabil să distrugă, să elimine agentul patogen pătruns în organism. Este o stare biologică anormală, o destabilizare a echilibrului normal al organismului, ce reprezintă starea de sănătate.

**Boală infecțioasă** - Orice modificare în structura și în funcționarea normală a unui organism, orice abatere deci de la un echilibru normal, determinat de acțiunea unor agenți infecțioși și transmisibili de la o persoană la alta.

**Sistemul Imunitar** - Sistemul imunitar constituie un întreg complex de apărare a organismului împotriva agenților infecțioși, străini de organism; numărul agenților infecțioși cu care s-a confruntat și se poate confrunta organismul uman este foarte mare. În evoluția speciei umane contactul cu agenții infecțioși a constituit și constituie un permanent factor de presiune care a determinat și determină selectarea răspunsului imunitar convenabil supraviețuirii speciei. Organismul este obligat să facă față multor agresori:

- microbi (bacterii, viruși, paraziți, ciuperci)
- celule străine (de exemplu, cele transplantate - grefe)
- celule care prin transformare malignă (canceroasă) devin "străine" și deci devin ținta apărării imune.

Sistemul imunitar este capabil să repereze, să recunoască și să identifice agresorii, preluându-și sarcina de a-i distruge sau de a le neutraliza acțiunea.

### **Cum afectează HIV corpul uman**

Virusul Imunodeficienței Umane atacă direct sistemul imunitar, sistemul de apărare al organismului care de regulă înlătură, elimină mulți agenți infecțioși, asigurându-i protecție,

stare de rezistență de-a lungul vieții. Distrugând treptat sistemul de apărare, virusul imunodeficienței umane este cauza principală, deși indirectă, a tuturor complicațiilor care apar ulterior. Virusul nu omoară prin acțiune directă, ci prin intermediul unor microorganisme, prezente în mediul exterior, care găsesc în organismul infectat și lipsit de apărare "o pradă ușoară".

Virusul HIV face parte dintr-o familie specială denumită "Retroviridae". Ca orice organism viu, capabil de înmulțire, virusii conțin un "genom" constituit fie dintr-o macromoleculă de acid dezoxiribonucleic (ADN), fie ribonucleic (ARN), deținător al informației genetice care face ca descendenții să fie asemănători părinților.

În celulele animale și umane, genomul este constituit numai din ADN, singurul deținător al informației genetice. Acesta are rol de "matrice"; prin intermediul unei enzime transcrie informația genetică și produce acizi ribonucleici "mesageri" (ARNm), capabili să transmită mai departe "proiectul" după care se construiesc în celulă proteinele structurale funcționale.

Diferit de celulele cu organizare complexă, HIV posedă însă un genom care conține numai acid ribonucleic (ARN). Ca să infecteze o celulă umană, al cărui genom este reprezentat de ADN, are nevoie de o enzimă ("transcriptază") de transcriere a propriului mesaj genetic care să inverseze fluxul normal de transcriere a informațiilor genetice; această enzimă va acționa deci invers decât enzimă existentă în celulele umane (ADN > transcriptază > ARN) fiind denumită "revertranscriptaza" (ARN > revertranscriptaza > ADN-copie). Aceasta revertranscriptare permite ca ADN-ul viral (provirusul) "copiat" după ARN-ul viral să se integreze în genomul celulei infectate, unde se poate menține perioade îndelungate, fără a se evidenția (stare latentă); sub această formă, el este la adăpost, ascuns de atacul anticorpilor și al celulelor apărării imune. Prezența revertranscripției reunește toți virusii în ceea ce s-a denumit familia "Retroviridae".

Într-un organism care nu are HIV și care are sistemul imunitar sănătos, celulele albe ale sîngelui și anticorpii atacă și distrug organismele străine care intră în corp, în așa fel ocrotind corpul împotriva infectării. Această reacție imunitară normală este coordonată de celulele albe ale sîngelui, numite "CD4 limfocite". Din păcate, odată ce a intrat în organism, HIV atacă aceste celule. Virusul intră în aceste celule CD4 și le folosește pentru a face copii ale propriului organism, în esență, transformînd fiecare celulă CD4 într-o fabrică de producere HIV. Cînd aceste noi copii de HIV sunt produse, ele explodează din celula gazdă CD4, intră în circuitul sîngelui și caută celule CD4 pentru a le ataca și de a continua procesul. De fiecare dată cînd HIV este în celula CD4, această celulă gazdă este omorîta, în așa fel distrugînd

sistemul imunitar al organismului. Pentru a putea lupta cu acest proces, sistemul imunitar produce aproape 2 miliarde de celule CD4 pe zi, însă, cu toate acestea, pot fi produse zilnic aproximativ 10 miliarde de particule noi de HIV. Fără tratament, cantitatea virală (cantitatea virușilor în plasma sîngelui) va continua să crească și numărul de CD4 va scădea considerabil, pînă în momentul în care sistemul imunitar al organismului nu va mai putea lupta cu virusul. Întrucît numărul celulelor de CD4 scade în permanență, individul infectat va dezvolta o deficiență imunitară aspră, ceea ce înseamnă că organismul lui nu mai poate combate eficient virușii și bacteriile cu care vine în contact, lăsînd corpul vulnerabil la diferite boli și infecții.

### **Progresarea HIV poate fi împărțită în 4 perioade:**

**Seroconversie** - Apariția în sîngele celui infectat a anticorpilor specifici anti-HIV, ca urmare a contactului dintre virus și sistemul imunitar. Seroconversia nu se produce imediat, după contactul virus - sistem imunitar, necesitînd o perioadă de timp, variabilă ca durată, de care organismul are nevoie ca să producă anticorpii specifici. În cazul infecției cu HIV, apariția anticorpilor necesită 4-12 săptămîni din momentul infectării. Prin seropozitivitate se înțelege prezența în ser a anticorpului sau/și a antigenului. A fi HIV-pozitiv sau seropozitiv este, deci, sinonim cu prezența anticorpilor specifici în serul persoanei testate, după cum HIV-seronegativ atestă absența anticorpilor specifici în serul testat în momentul recoltării probei de sînge. Perioada de latență dintre momentul contagierii și cel al seroconversiei ne obligă să ținem cont de momentul recoltării, rezultatele testului referindu-se la prezența sau absența anticorpilor numai la data recoltării probei.

**Perioada fără simptome**- HIV rămîne activ în organism, dar simptomele nu sunt aparente. Această perioadă poate dura de la cîteva luni pînă la mulți ani.

**Perioada cu simptome**- persoana infectată nu se simte bine și suferă din cauza infecțiilor care nu sunt specifice pentru HIV, dar sunt cauzate de bacterii și viruși care înconjoară zilnic organismul uman. Simptomele pentru SIDA și pentru HIV sunt cauzate de condiții speciale, de infecții și tumori, care însă nu sunt cauzate direct de HIV.

**SIDA (Sindromul Imunodeficienței Achiziționate)**- Un organism sănătos are înjur de 800 -1200 de celule CD4 pe mililitru cub în sînge. Cu scăderea acestei cantități, individul devine foarte vulnerabil la viitoare infecții. Cînd cantitatea de CD4 a unui individ seropozitiv ajunge mai jos de 200 de mililitri cubi în sînge, această persoană poate fi clasificată ca bolnavă de SIDA. SIDA este o condiție cronică, amenințătoare pentru viață, care apare ca rezultat al distrugerii sistemului imunitar, și care nu este o boală specifică, dar mai degrabă o „colecție” de boli care afectează organismul și la care nu poate răspunde sistemul imunitar

slăbit.

### **Infecțiile oportuniste**

Infecțiile oportuniste sunt infecțiile care apar atunci când sistemul imunitar nu poate reacționa. Acestea sunt cauzate de agenți patogeni care, de obicei, sunt manevrați de sistemul imunitar, dar care nu evită „oazia” de a cauza o boală dacă sistemul imunitar a fost slăbit, într-un organism cu sistemul imunitar sănătos, aceste infecții nu ar fi amenințătoare pentru viață. Într-un individ seropozitiv, aceste infecții pot fi fatale, din cauza incapacității sistemului imunitar de a lupta cu infecțiile care cauzează boala.

Pentru seropozitivii (oamenii care sunt infectați cu HIV), este recomandat de a evita contactele cu alte persoane infectate HIV ca și cu alte persoane suferinde de boli infecțioase. Cu cât sistemul de apărare va fi mai puțin solicitat de alți agenți infecțioși, cu atât își va păstra o mai mare disponibilitate de a se apăra de HIV. S-a semnalat existența la același seropozitiv a unor mutanți, tulpini diferite de HIV, care pot accelera evoluția către boala atât a infectatului, cât și a reinfectatului. Mai mult, ca urmare a tratamentului antiviral, pot apărea mutanți rezistenți la acțiunea acestuia; dacă un seropozitiv se reinfectează cu asemenea mutanți, nu va putea beneficia de tratamentul chimioterapeutic respectiv, virusul "propriu" fiind deja rezistent la acțiunea respectivului tratament. Seropozitivii trebuie informați exact, pentru a cunoaște riscul inerent reinfectării și a-i determina să-și schimbe comportamentul, a evita epuizarea sistemului imunitar propriu prin prevenirea infecțiilor de orice gen, a stresului și oboselii; aceste măsuri se impun pentru încetinirea evoluției infecției către boală. Exemple de comportament obligator pentru seropozitivii sunt: sex protejat, alimentație sănătoasă, abandonarea fumatului, evitarea consumului de alcool și a utilizării drogurilor.

### **Transmiterea infecției HIV**

HIV se află în sânge (inclusiv în sângele menstrual), spermă, secrețiile vaginale și ale colului uterin, în laptele matern. HIV este prezent de asemenea și în lichidele adiționale ale corpului cu care pot veni în contact lucrătorii medicali: lichidul care înconjoară creierul și măduva spinării, lichidul care înconjoară încheieturile oaselor și lichidul care înconjoară un făt nenăscut. Virusul poate fi transmis numai de la o persoană infectată la o altă persoană, dacă oricare dintre aceste lichide intră în celălalt corp. HIV nu se poate reproduce în afara organismului uman și moare la câteva minute după ce este expus în contact cu aerul. Deși virusul este prezent și în alte lichide ale corpului persoanei infectate, cum ar fi : saliva, lacrimile, urina, secrețiile nazofaringiene și transpirația, nivelul său este prea scăzut pentru a

fi infecțios. Este foarte important de înțeles că aflarea unei cantități mici de HIV într-un lichid al corpului, nu înseamnă că HIV poate fi transmis prin acest lichid. Contactul cu lacrimile, saliva sau transpirația nu a fost niciodată o dovadă de transmitere a infecției HIV.

### **HIV poate fi transmis prin următoarele căi:**

**Contactul sexual-** HIV este prezent în sperma sau în secrețiile vaginale ale unei persoane infectate. Infecțiile pot apărea prin pătrunderea spermei în corpul partenerului. Transmiterea poate avea loc prin picături mici care se pot dezvolta în rect sau vagin în timpul unui contact sexual, în general, persoana care primește sperma de la o persoană infectată are un risc mai înalt decât persoana care introduce sperma în corpul unei persoane infectate. Cu toate acestea, persoana care introduce penisul în corpul partenerului infectat este suspus unui risc, întrucât HIV poate intra în corp și prin uretră (deschizătura de la vârful penisului) sau prin răni ușoare, zgârieturi sau răni deschise pe penis. Infecțiile pot fi posibile, de asemenea, prin folosirea aceluiași dispozitive sexuale care nu au fost spălate între utilizări sau nu au fost acoperite cu un prezervativ.

Riscul infectării cu HIV prin contacte sexuale este mult mai ridicat dacă partenerul care nu este infectat cu HIV este infectat cu o altă boală sexual transmisibilă (BST). Riscul înalt există dacă BST cauzează răni deschise pe piele (cum ar fi sifilisul sau herpesul) sau dacă nu (cum ar fi gonoreea). Dacă BST cauzează iritații ale pielii, aceste răni sau dureri fac ca HIV să intre mai simplu în organismul uman în timpul contactului sexual. Cu toate acestea, chiar atunci când BST nu cauzează răni sau dureri, infectarea poate stimula o acțiune imunitară care face posibilă transmiterea HIV. De asemenea, dacă o persoană seropozitivă este infectată și cu o altă BST, această persoană este de trei ori mai capabilă să transmită HIV prin contact sexual decât o persoană numai seropozitivă. În sfârșit, dacă există vreun contact cu sângele în timpul sexului, acesta sporește riscul infectării. De exemplu, poate fi sânge în vagin dacă contactul este în timpul ciclului menstrual al femeii. De asemenea, poate fi sîngerare în timpul sexului anal.

### **Căi de transmitere sexuală a infecției HIV:**

**Vaginală-** Dacă un bărbat seropozitiv are relații sexuale fără a folosi un prezervativ, lichidul infectat poate fi transmis în sângele femeii printr-o rănire ușoară în interiorul corpului ei. Această rănire poate fi atât de mică, încât femeia nici să n-o simtă. Dacă o femeie seropozitivă întreține o relație sexuală fără prezervativ, HIV poate ajunge în sângele bărbatului printr-o ușoară rănire pe penis sau prin intrarea în tubul care este

în penis.

**Anală-** Dacă două persoane au relații sexuale anale, riscul de infectare este mai mare decât în timpul relațiilor sexuale vaginale. Stratul interior al anusului este mai sensibil decât cel al vaginului și poate fi rănit mai ușor în timpul relației sexuale.

**Orală-** Riscul transmiterii este mai scăzut pentru această cale de activitate sexuală, însă riscul oricum există. Sperma infectată sau secrețiile vaginale pot intra în corpul persoanei care realizează sexul oral, dacă această persoană are mici tăieturi sau răni în/pe gură.

### **Contactul sînge de la sînge**

**tranfuzii de sînge** - HIV poate fi transmis prin sînge și produse de sînge obținute prin transfuziile de sînge.

**folosirea acelor și seringi**-Folosirea instrumentelor pentru drogurile intravenoase cu mai multe persoane îl pune pe consumator la un risc înalt, pe lângă alte boli infecțioase cum ar fi hepatita. Transmiterea HIV poate fi prin ace și seringi care sunt contaminate cu sînge infectat. La începutul fiecărei injectări intravenoase, sîngele este introdus în ace și seringi. Refolosirea unui ac sau a unei seringi de către un alt consumator de droguri are un risc înalt în transmiterea HIV, pentru că sîngele infectat poate fi injectat direct în circuitul sanguin al unei persoane neinfectate. Deși se consideră că HIV moare după câteva minute de la expunerea lui în aer, unele studii arată că el poate supraviețui pentru un timp îndelungat într-o seringă folosită. Pentru a reduce riscul infectării, echipamentul pentru injectare trebuie să fie sterilizat. Transmiterea poate avea loc prin introducerea în soluția drogului a unor seringi care conțin sînge contaminat, prin re folosirea apei, dopurilor, a lingurilor sau a altor vase pentru a dizolva drogurile în apă și de a încălzi soluțiile. De asemenea, virusul se poate transmite și prin reutilizarea tampoanelor de vată sau filtrelor de țigări folosite pentru a filtra particulele care pot bloca acul.

**accidente cu ace-** mai puțin de 1% din indivizi care capătă răni cu acele contaminate cu HIV devin infectați.

**transplante de organe-** Riscul transmiterii prin organe sau a transplantelor de organe este foarte mic pentru că toate donările de organe trebuie testate pînă a fi transplantate.

**printr-un echipament dental sau chirurgical nesterilizat-** riscul transmiterii printr-un echipament dental sau chirurgical nesterilizat este foarte nesemnificativ.

**sărutul îndelungat** - sărutul este considerat o activitate cu risc mic pentru transmiterea HIV. Saliva din gură poate să ajute la distrugerea HIV, iar și cantitatea virală prezentă în salivă nu este suficientă pentru a cauza transmiterea la un individ care înghite

saliva unei persoane seropozitive. Cu toate acestea, sărutările prelungite au un potențial de a deteriora gura sau buzele, permițând infecției HIV să treacă de la sângele unei persoane infectate la sângele unei persoane neinfectate. Transmiterea este posibilă, în special, pentru persoanele care au gingii sîngerînde.

### **De la mamă la făt**

Există trei căi prin care copiii și fații pot deveni infectați cu HIV:

- **în uter**- Infecțarea poate apărea cînd fătul dobîndește HIV prin lichidul sau sângele infectat de la mamă (cînd nu este născut încă).
- **în timpul nașterii**- copilul este într-un contact direct cu secrețiile vaginale sau sângele infectat în canalul de naștere.
- **alăptarea**- HIV este prezent și în laptele matern al unei mame infectate și poate fi transmis la copil în timpul alăptării.

Pentru ca infecțarea cu HIV să aibă loc, sângele infectat, sperma sau secrețiile vaginale trebuie să intre în corpul unei persoane. Infecțarea cu HIV nu va avea loc prin contact simplu.

### **Căile prin care infecțarea cu HIV nu este posibilă sunt:**

- Îmbrățișare
- Dans
- Strîngere de mână
- Contactul cu lacrimile sau transpirația unei persoane infectate.
- Mîncarea în comun, folisirea acelorași ștergere, scăldatul în același bazin cu apă sau folosirea pisoarelor împreună cu o persoană infectată.
- Mușcăturile de insecte.
- Sărutul pe obraz cu o persoană infectată.
- Donarea de sânge.

### **Riscul unei persoane de a se infecta cu HIV este înalt dacă:**

- întreține relații sexuale neprotejate cu mai mulți parteneri.
- Are o relație sexuală neprotejată cu o persoană infectată.
- Are o altă boală sexual transmisibilă cum ar fi sifilisul, herpesul, gonoreea sau bacteriile vaginale.
- Utilizează unele și aceleași ace în timpul drogării intravenoase.



- A primit sânge netestat.

### **Prevenirea Transmiterii HIV:**

- **În timpul contactului sexual:**

Deși nici un act sexual nu este considerat 100% sigur, sexul sigur implică găsirea căilor intime, pentru scăderea riscului de transmitere HIV sau BST. Cea mai sigură metodă rămîne abstința sexuală sau evitarea activității care nu expune o persoană la lichidele corpului. Pentru sexul vaginal, anal și oral, folosirea barierelor (prezervativele feminine și cele masculine) poate reduce considerabil riscul transmiterii HIV. Pentru evitarea riscului în timpul sexului oral, este foarte important de a nu introduce sperma sau lichidul vaginal în gură și de a fi sigur că gura persoanei date nu are sîngerări de gingii, răni sau dureri.

- **Contactului sânge de la sânge**

**Transfuzii de sânge-** demonstrează că sângele a fost testat anti HIV și alte BST care sunt transmise prin sânge.

**Utilizarea acelor** în comun- niciodată nu reutilizați sau folosiți în comun seringi, apă sau alte ustensile pentru prepararea drogurilor, ci folosiți numai seringile primite de la o sursă sigură (farmacii și programe de schimb special de ace). Dacă sunteți nou și seringile sterile și alte ustensile pentru injectări nu sunt la îndemînă, atunci întregul echipament trebuie sterilizat înainte de reutilizare. Chiar și o cantitate mică de sânge pe mîini, pe aragazuri, pe filtre sau în apa simplă, poate fi în de-ajuns pentru a infecta un alt consumator de droguri, dacă este contactul dintre acestea și sângele persoanei. Curățarea seringelor nu distruge întotdeauna HIV, prin urmare, dacă este posibil, trebuie folosită o nouă seringă.

**Accidente cu ace-** în timpul lucrului cu ace, trebuie să fiți atenți la punerea lor într-un loc sigur.

- **De la mamă la copil**

Dacă o mamă seropozitivă primește medicamente antiretrovirale în timpul sarcinii, naște prin operație cezariană și nu alăptează copilul, atunci riscul transmiterii este foarte scăzut.

**în uter** - pentru a micșora riscul ca HIV să fie transmis la făt în timpul nașterii, mama însărcinată trebuie să primească medicamentele antiretrovirale -nevirapine.

**în timpul nașterii** - nașterea trebuie să fie făcută prin operația cezariană, prevăzînd faptul că are loc într-un mediu steril, ceea ce reduce riscul de transmitere a infecției HIV la copil.

**alăptarea** - femeile seropozitive nu trebuie să-și alăpteze copiii, pentru a reduce riscul de transmitere HIV la copil.

### **Dacă ne-am înțepat cu o seringă abandonată și, probabil, contaminată**

Cele mai expuse rămân persoanele neavizate (mai ales copii) care, găsiind seringi abandonate, se pot înțepa accidental. Riscul de transmitere este sub 1%, deci mic! Totuși măsurile de prevenire trebuie luate după cum urmează:

- se exercită presiune în jurul înțepăturii pentru a exprima sânge și a îndepărta pe cât posibil inoculul infectant;
- se dezinfectează abundent cu alcool etilic 70%; apă oxigenată 3%
- prezentarea la serviciul medical pentru profilaxia hepatitei virale B (vaccinare, eventual);
- solicitarea testării pentru punerea în evidență a anticorpilor anti HIV imediat și la 3-6 luni de la înțepare.

În toata această perioadă, persoanele în cauză se vor comporta ca și cum ar putea fi infectați, pentru a nu difuza infecția (nu se donează sânge, organe, spermă; contactele sexuale vor fi protejate prin utilizarea prezervativului).

### **Cît timp și în ce condiții virusul HIV poate supraviețui în afara organismului uman?**

Virusul imunodeficienței umane nu face parte din grupa virușilor rezistenți în condițiile mediului ambiant (în afara organismului). Virusul este foarte sensibil la acțiunea căldurii fie că ne referim la căldură umedă (fierbere, vapori de apă sub presiune) sau la căldură uscată (cuptorul cu aer cald). Fierberea (100°C) îl inactivează în câteva minute, durata recomandată de 20-30 minute, oferind siguranța deplină. În activitatea medicală curentă sterilizarea fie la autoclav (vapori sub presiune), fie la cuptorul cu aer cald, în condițiile și durata prescrisă este pe deplin asigurată. Virusul rezistă la acțiunea radiațiilor, inclusiv a celor ultraviolete. Radiația solară (calorică și ultravioletă) în funcție de durata expunerii, concentrație etc., poate să scadă durata supraviețuirii; nu constituie o metodă sigură de inactivare. Virusul este inactivat rapid (30 minute) de substanțele chimice utilizate curent în decontaminare (dezinfecție): aldehydă formică (formol), aldehydă glutarică, apă oxigenată, alcoolul etilic 70% (chiar denaturat), iodul (iodoform), săpunul cu 0,5% fenol, substanțele clorigene (hipocloritul de sodiu, de calciu, cloramina și alte substanțe care conțin clor).

În seringi utilizate (și reutilizate fără sterilizare), virusul poate rezista și 10 zile, la

adăpost de uscăciune (partea terminală al seringii utilizată intravenos, mai păstrează urme de sânge coagulat care "astupă" și menține umiditatea).

### **Originea Virusului Imunodeficienței Umane**

Originea geografică exactă a infecției cu HIV rămîne încă în discuție. Controverse persistă, neexistînd date și argumente științifice certe, întrebarea vizează atît originea virusului (cum și cînd a apărut, care îi sunt ascendenții), cît și originea geografică a acestuia (unde, în ce regiune a globului și-a făcut apariția). Interesul cunoașterii originii virusului nu este numai unul academic (a ști!), ci și unul practic, deoarece cunoașterea strămoșului (precursorul evoluționar), care a indus imunitatea necesară supraviețuirii, ar putea să ne indice drumul de urmat în cercetare în vederea obținerii unui vaccin curativ (tratament) sau profilactic (vaccinare preventivă).

#### ***Se pare că originea geografică a virusului este Africa Centrală, deoarece:***

- seruri recoltate de la om (din Africa) și păstrate la congelator s-au dovedit HIV- pozitive. Cel mai vechi ser datează din 1950. Persistă însă îndoiala referitoare la un eventual rezultat fals pozitiv, dată fiind vechimea serului.
- dintr-un lot de seruri recoltate în 1976 în Zair și păstrat la congelator, s-a izolat și identificat virusul imunodeficienței umane;
- în SUA, nu s-au găsit seruri pozitive recoltate înainte de 1968-70, ci numai după,serurile provenind în aceste cazuri numai de la grupele de risc (homosexuali și dependenți de droguri) inițial infectate;
- au fost cercetate foi de observație ale unor bolnavi decedați prin boli care apar frecvent în cadrul sindromului imunodeficienței dobîndite, în SUA și Europa de Vest. Au fost puse în evidență multe cazuri "suspecte" dar, în absența serurilor de la aceștia,suspiciunile au rămas simple presupuneri, deși acestea nu exclud posibilitatea;
- a fost izolat și identificat de la maimuțe sălbatice (maimuța verde africană - Cercopithecus ethiops), un retrovirus denumit SIV înrudit cu HIV-II; 60% din maimuțele acestei specii, capturate din junglă, s-au dovedit infectate. Virusul SIV nu îmbolnăvește această specie, dar injectat la o altă specie de maimuțe (Macacus) induce apariția sindromului de imunodeficiență dobîndită. Faptul sugerează existența în trecut (cînd?) a unei epizootii căreia i-au supraviețuit numai maimuțele care s-au adaptat; "trecerea" virusului la om (în mod cert, o mutantă), nefiind exclusă, maimuțele constituind în Africa un vînat comestibil. Controversa rămîne, fiind foarte

dificil de a trage concluzii valide.

### **Istoria epidemiei HIV/SIDA**

În ultimele decenii în medicină s-a produs o adevărată revoluție: succesele vaccinării, apariția unor noi antibiotice foarte active, implementarea în practica clinică a noilor metode de diagnosticare au permis omenirii să se debaraseze de un șir de boli infecțioase grave. Însă acest fapt a deschis calea și acelor microorganisme, în special viruși, care anterior niciodată nu se manifestau activ, începând cu anii 1970, au fost descrise mai bine de 30 de maladii necunoscute până atunci: hepatitele B și C, febra lui Ebol, febra Nilului de Vest, pneumonia atipică (SAPS) și multe altele, inclusiv și infecția HIV.

Epidemiile noilor maladii sunt precedate de constatarea unor cazuri izolate: noul agent patogen așteaptă condiții favorabile pentru răspândirea sa. În mod analogic au evoluat și epidemiile de ciumă și holeră în Evul Mediu, cele de sifilis - în Epoca Renașterii, cele de gripă - la finele secolului XVIII.

Câteva cazuri, similare prin tabloul lor clinic cu SIDA, au fost descrise în anii 1950, 60 și 70. Mai mult chiar, în unele mostre de sânge, prelevate de la acești bolnavi și conservate în stare congelată până în anii 1980, au fost depistați anticorpi la HIV. Cu tot numărul mare de dovezi și probe, adunate de savanți în sprijinul diferitelor versiuni, până în prezent nu există o opinie unică privind originea virusului sau privind cauzele răspândirii impetuoase a infecției HIV la finele secolului XX.

#### **Principalele evenimente din istoria epidemiei**

##### **1979**

Medicii din New-York și Los-Angeles au remarcat unele dereglări neobișnuite ale sistemului imun la un șir de pacienți - bărbați homosexuali: cazuri serioase de herpes genital, cancer al vaselor sanguine (sarkomul Kaposi) și o formă rară de pneumonie (pneumocistoză).

##### **1982**

Centrele federale americane pentru controlul morbidității (CDC) au introdus în registrul de boli o nouă maladie: sindromul imunodeficienței achiziționate - SIDA (AIDS - "acquired immune deficiency syndrome"). A fost stabilită legătura SIDA cu hemotransfuziile, cu injectarea intravenoasă a drogurilor și cu infecțiile congenitale. Totodată, cercetătorii și medicii practicanți din SUA și Europa Occidentală au ajuns la următoarea concluzie: e posibil ca drept cauză a SIDA să fie un virus transmisibil pe cale sexuală. Maladia a fost descrisă și a început să fie studiată activ.

În Marea Britanie a fost înregistrat primul caz letal de SIDA. Bărbatul decedat era homosexual. Cu numele acestui om a fost intitulată una din cele mai prestigioase organizații din Marea Britanie, care activează în domeniul HIV/SIDA — Terrence Higgins Trust.

### **1983**

Grupul doctorului Luck Montagnier de la Institutul Pasteur din Paris a identificat virusul limfotrop T-celular (LAV). În același timp, în SUA grupul doctorului Robert Gallow de la Institutul Național al Sănătății a depistat un virus, numit virusul T-linfotrop uman de tipul III (HTLV3), care s-a dovedit a fi absolut identic cu cel depistat în Franța. A fost acceptată denumirea HIV - virusul imunodeficienței umane (HIV - "human immunodeficiency virus"). HIV este considerat agentul care provoacă SIDA.

În SUA, timp de un an, au decedat din cauza SIDA circa o mie și jumătate de oameni. Investigațiile au arătat că SIDA este răspândită pe larg în Africa și printre heterosexuali.

### **1984**

Ryan White, adolescent, bolnav de hemofilie, din inițiativa părinților colegilor lui, este izgonit din școala din Kokomo, Indiana, din cauza că este bolnav de SIDA (ulterior acest caz a devenit un exemplu de cea mai sălbatică reacție a societății la o epidemie). Până la sfârșitul scurtei sale vieți, Ryan, cu sprijinul părinților săi, a încercat să explice societății americane că SIDA nu este transmisibil prin contacte habituale. Astăzi este considerat erou în țara sa.

### **1985**

În URSS au fost depistate primele cazuri de SIDA la studenții străini, care își făceau studiile în instituțiile sovietice de învățământ superior. S-a constatat că HIV se transmite prin lichidele biologice ale organismului: sânge, spermă, secreție vaginală și lapte matern. Cercetările au mai demonstrat că virusul imunodeficient se conține și în celulele creierului și ale lichidului cefalorahidian.

Direcția federală pentru controlul produselor alimentare și al preparatelor medicinale din SUA (FDA) a aprobat primul test pentru depistarea anticorpilor la HIV - reacția de imunofluorescență (RIF).

În SUA și Japonia a început să fie controlat la HIV sângele donatorilor și preparatele din sânge. În SUA, timp de un an, au fost înregistrate 6972 de decese din cauza SIDA. În Statele Unite se efectuează primele testări clinice ale medicamentelor pentru combaterea infecției HIV. În iulie a început experimentarea zidovudinei (AZT sau ZDV), care a devenit unica speranță a

persoanelor infectate cu HIV și a bolnavilor de SIDA pentru următorul deceniu.

### **1987**

În Uniunea Sovietică a fost anunțată oficial înregistrarea primului caz de SIDA, depistat la un cetățean al țării. Acesta era un homosexual care lucrase timp îndelungat ca traducător militar într-o țară din Africa.

În Republica Moldova , în anul 1987, a fost înregistrat primul caz de infecție cu HIV. La 25 august 1987, Președintele Prezidiului Sovietului Suprem al URSS A. A. Gromâko semnează primul act legislativ sovietic referitor la SIDA. Decretul prevede: 1) testarea generală la HIV a populației URSS și a cetățenilor străini aflați pe teritoriul țării; 2) pedepsirea aspră pentru infectarea sau "punerea intenționată a altei persoane în pericolul infecției cu SIDA"- respectiv cu opt și cinci ani de privațiune de libertate.

SIDA este detașat într-o ramură științifică independentă, ceea ce permite crearea unui sistem de centre specializate pentru monitorizarea situației epidemio-logice, organizarea profilaxiei infecției și acordarea asistenței medicale persoanelor infectate cu HIV și bolnavilor de SIDA.

Sistemul sovietic al centrelor SIDA a devenit o bază reală pentru formarea centrelor naționale de profilaxie și combatere a SIDA în țările formate pe teritoriul fostei URSS.

A fost instituit Programul Global al Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) pentru SIDA. SIDA este prima maladie pusă în discuție la o ședință a sesiunii Asam-bleei Generale a ONU. În câteva țări a fost aprobat primul medicament împotriva SIDA - AZT (zidovudină, retrovir).

În SUA a fost interzisă intrarea în țară a imigranților și turiștilor purtători ai infecției HIV.

### **1988**

În Moldova, la finele anului, au fost înregistrate 8 cazuri de infecție HIV. Din păcate, în URSS, majoritatea venerologilor, infecționiștilor, narcologilor, terapeuților și a altor medici au fost izolați de informațiile despre SIDA și practica clinică legată de ea, de aceea ei au pierdut repede interesul față de această problemă. Rezultatul nu s-a lăsat mult așteptat...

În Rusia sunt 71 de cazuri de infecție HIV

Ziua de 1 decembrie este declarată Ziua Mondială a combaterii SIDA.

### **1989**

Este, se pare, cel mai dramatic moment în evoluția epidemiei în URSS. În spitalele din Elista, Volgograd și Rostov-pe-Don au fost infectați cu virusul imunodeficientar 250 de copii. Cauza oficială a tragediei: neglijența personalului medical. Din inițiativa medicilor, care activau sub conducerea lui V. V. Pokrovski, este creată prima în istoria URSS și a Rusiei organizație non-guvernamentală de asistență SIDA - Asociația pentru combaterea SIDA. Asociația n-a existat mult timp, dar aceasta a fost prima încercare de a conștientiza importanța epidemiei iminente și necesitatea unei asistențe nu numai medicale, ci și sociale pentru oamenii infectați. În SUA, timp de un an, au fost înregistrate 27 666 decesuri din cauza SIDA.

### **1990**

Pe piața farmaceutică mondială au apărut încă două preparate pentru tratarea SIDA (DDI și DDC), care aparțin aceleiași clase ca și AZT.

### **1991**

Are loc un eveniment, la prima vedere lipsit de importanță, care a determinat umanizarea evoluției ulterioare a atitudinii societății față de persoanele infectate cu HIV și bolnavii de SIDA din Rusia. Pentru prima dată în istoria evoluției epidemiei în URSS, în spitalul clinic pentru persoanele infectate cu HIV (Spitalul clinic de boli infecțioase nr.2 [SCBI]) a venit un preot - părintele Anatolii (Bâkov), preot ortodox al unei biserici de rit vechi: "Am venit nu să învinuiesc, ci să consolez și să botez pe cei care au nevoie de asta".

### **1992**

La Moscova, în SCBI nr. 2 moare primul bolnav de SIDA din URSS.

### **1993**

A fost adoptată legea Republicii Moldova "Cu privire la profilaxia maladiei SIDA", care este încă în vigoare. Legea prevede obligațiunile statului în promovarea unor activități eficiente de profilaxie, tratare a maladiei și declară garanțiile sociale și medicale de stat pentru populație, personal medical și persoanele care trăiesc cu HIV/ SIDA. Legea mai prevede dreptul cetățenilor la investigație gratuită, confidențială și anonimă. Este înregistrat și analogul rusesc al azidotimidinei. Unul din principalii săi creatori a fost acad. AȘR A.A. Kraevski.

### **1995**

În anul 1995, în Ucraina se declanșează o epidemie de infecție HIV printre utilizatorii de droguri injectabile (UDI). La mijlocul anului, specialiștii-epidemiologi ruși își exprimă

îngrijorarea în legătură cu faptul că epidemia se poate răspândi printre UDI din Rusia. Presupuneri similare fac și epidemiologii altor republici independente noi.

Un șir de companii farmaceutice americane și europene aproape simultan au anunțat crearea unei noi clase de preparate pentru tratarea infecției HIV - inhibitori ai proteazei. În 1995, concomitent la câteva conferințe internaționale pe probleme de SIDA, au fost prezentate referate privind rezultatele impresionante, demonstrate de inhibitorii proteazei. Vorbind pe scurt, crearea noilor preparate a apropiat foarte mult momentul când infecția HIV va deveni o boală dirijabilă, cum este, de exemplu, diabetul *zaharat*. Oamenii care știu că sunt purtători ai HIV, au obținut o nouă și foarte mare speranță.

### **1996**

Din 55 de cazuri de infecții HIV, înregistrate în Republica Moldova, 38 sunt dintre UDI.

Anul 1996 este considerat anul prevestitor al epidemiei HIV/SIDA în Moldova. Din acest an organizațiile non-guvernamentale au început să participe nemijlocit la programele de profilaxie a infecției HIV/SIDA.

### **1997**

Acest an se consideră începutul epidemiei infecției HIV/SIDA în Moldova. În 1997 au fost înregistrate 407 cazuri de infecții HIV, față de 55 de cazuri în 1996.

Este creat Business-consiliul HIV/SIDA - primul organ internațional de coordonare a participării structurilor comerciale în combaterea epidemiei. UNAIDS pune începutul "inițiativei pentru acces la tratament", proiect de asigurare a accesibilității medicamentelor pentru țările în curs de dezvoltare.

Centrele americane pentru controlul morbidității pentru prima dată înregistrează scăderea nivelului mortalității de SIDA din SUA, în comparație cu anul precedent, scădere condiționată de aplicarea noilor metode de tratament.

Numărul total al oamenilor decedați din cauza SIDA, în toată lumea, constituie circa 6,4 milioane. Numărul aproximativ de oameni infectați cu HIV, în lume, este de 22 de milioane.

### **2000**

Specialiștii Centrului pentru profilaxia și combaterea SIDA au elaborat și au publicat "Standardul de tratament paliativ al bolnavilor de SIDA".

### **2001**

Guvernul Republicii Moldova aprobă Programul National de Profilaxie și Combatere a



infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală (Hotărârea nr. 482 din 18 iunie).

În orașele Chișinău, Bălți, Fălești, Soroca, de comun acord cu Centrul republican pentru profilaxia și combaterea SIDA și cu Fundația SOROS-Moldova, ONG regionale încep să implementeze proiecte privind reducerea noxei provocate de utilizarea drogurilor injectabile.

A fost elaborat și aprobat Standardul Național de tratare a bolnavilor de SIDA și a persoanelor infectate cu HIV.

Au fost elaborate și prezentate Fondului Global pentru combaterea tuberculozei, HIV/SIDA și malariei propuneri de proiect pentru profilaxia și combaterea infecției HIV/SIDA.

## **2002**

Moldova obține un grant de la Banca Mondială pentru susținerea Programului Național de Profilaxie și Combatere a infecției HIV/SIDA și a infecțiilor cu transmitere sexuală.

## **2003**

Bolnavii de SIDA și persoanele infectate cu HIV primesc acces la terapia ARV.

## **2004**

Are loc primul Forum al organizațiilor non-guvernamentale și al structurilor statale, care activează în domeniul infecției HIV/SIDA.

## **2006**

Istoria continuă...

### **În ce constă pericolul actual și viitor în răspândirea infecției HIV**

În creșterea neconținută a transmiterii heterosexuale care îi expune din ce în ce mai mult pe toți cei de vîrsta sexuală activă, astfel încît, dacă azi vorbim de grupe de risc și de comportamente riscante, în viitor, preponderența netă a transmiterii heterosexuale va expune populația sexual activă pînă la acel nivel care ar putea-o considera grupă de risc.

Pînă cînd omenirea va avea la dispoziție fie un vaccin eficace profilactic sau/și curativ, medicamente capabile să vindece, să debaraseze organismul de prezența virusului, suntem obligați a face față - profesioniști și voluntari - situației, prin cea mai eficace cale cunoscută azi, cea a prevenției primare, care vizează modificarea stilului și comportamentului de viață, evitarea deci a contractării infecției. Să nu se uite că efortul nu poate fi numai al instituțiilor statale, ci și al colectivităților, organizațiilor, asociațiilor voluntare care ar trebui să îi cuprindă pe toți.

## **Prevalența HIV**

Prevalența este procentajul estimat al populației adulte care trăiește actualmente cu HIV la un timp dat, independent de timpul când a avut loc infectarea. Ea descrie dendițele HIV în termeni ai timpului, locului și vârstei. Cercetările nivelului național al prevalenței sunt, de obicei, dirijate de prezența femeilor însărcinate, drept mostre, la maternități. Cu toate acestea, ele pot fi manevrate de un număr al populației în general, de la locurile de muncă, din comunități specifice sau populații specifice (de exemplu, prostituate, conducători de tiruri). Prevalența este exprimată ca un procentaj dintr-o populație anumită.

## **Incidența HIV**

Incidența este numărul de infecții care au loc într-o anumită perioadă printre populația neinfectată. Aceasta este de obicei exprimată ca un număr al unei populații anumite- de exemplu, este estimat că există 600 de infecții care apar pe zi. Măsurarea infecțiilor HIV este un proces foarte complicat și de aceea, este, de obicei, estimat decât măsurat.

## **HIV în Moldova**

În 2004, Ministerul Sănătății din Republica Moldova a raportat că 1905 de moldoveni trăiesc cu HIV/SIDA. Cu toate acestea, experții în domeniul sănătății susțin că numărul actual al seropozitivilor este cu mult mai mare. În Moldova, prevalența HIV a aproape 5 % din cei infectați se datorează persoanelor care practică sexul comercial. Una din zece dintre aceste persoane a relatat câte o istorie cu injectare de droguri, susținând că o legătură puternică în transmiterea HIV printre consumatorii de droguri o constituie persoanelor care practică sexul comercial și clienții lor. Infecția HIV/SIDA afectează preponderent persoane cu vârsta cuprinsă între 20 - 39 ani - 81,19 %. Se păstrează tendința de scădere a ponderii utilizatorilor de droguri în grupul persoanelor infectate și creșterea ponderii persoanelor infectate pe cale sexuală (20% în 2001, 28% - 2002, 43,8% - 2003 și 55,36% în 2004). Crește ponderea femeilor infectate (27,4% în 2001, 31,15% - 2002, 38,46% - 2003 și 45,37% în 2004. În 2004 au fost depistate 38 femei gravide HIV pozitive. Diagnosticul infecției HIV s-a confirmat la 5 copii născuți din mame HIV pozitive.

În Republica Moldova continuă realizarea strategiilor și activităților prioritare stipulate în Programul Național de profilaxie și combatere a infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2001-2005, aprobat prin Hotărîrea Guvernului Republicii Moldova

nr. 482 din 18.06.2001. în cadrul realizării granturilor Fondului Global și Băncii Mondiale, au fost efectuate activități în fortificarea capacităților de planificare, supraveghere și control HIV/SIDA/BST, extinderea intervențiilor de prevenire, management, diagnosticare de laborator, tratament, îngrijiri și suport pentru persoanele cu HIV/SIDA. Au fost procurate medicamente, consumabile, teste și echipament pentru fortificarea capacității de laborator în diagnosticarea HIV/SIDA. Către finele anului 2004, cu linii de echipament pentru investigații ELISA au fost dotate CMP Căușeni, Soroca și Ungheni. Au fost procurate 246 mii de teste pentru asigurarea supravegherii epidemiologice, testarea persoanelor din grupurile de risc sporit de infectare, asigurarea inofensivității hemotransfuziilor și testarea femeilor gravide. Republica Moldova este una dintre primele state din cadrul CSI care acordă tratament antiretroviral persoanelor HIV pozitive și bolnave de SIDA, au fost create condiții pentru spitalizarea acestei categorii de persoane, monitorizarea stării sănătății și tratamentului. La 01.01.05 au beneficiat de tratament specific antiretroviral 96 persoane, dintre care 90 maturi și 6 copii, tratament profilactic specific au primit 31 femei gravide HIV pozitive și 32 copii născuți din mame HIV pozitive. Pentru prima dată, în republică, au fost efectuate 204 investigații molecularo-genetice pentru aprecierea încărcăturii virale a persoanelor cu HIV, bolnavilor de SIDA și copiilor nou-născuți din mame HIV pozitive. În 2004, în republică au activat 11 laboratoare și secții de diagnosticare a SIDA, a hepatitelor și altor infecții virale. Toate au fost dotate suficient cu preparate diagnostice pentru asigurarea screeningului femeilor gravide, contingentelor de risc, sîngelui donat și diagnosticul infecției HIV/SIDA. În afară de test/sisteme moderne de screening, laboratorul de referință a fost aprovizionat cu test-sistemul pentru depistarea antigenului p24 al HIV-1, care permit depistarea în stadiile de pre- și seroconversia precoce. Pentru formarea deprinderilor de viață în parteneriat cu Fondul Global SIDA/TB/Malarie, UNICEF Moldova și Ministerul Educației, a fost evaluată starea pregătirii elevilor în prevenirea HIV/SIDA/ITS și narcomaniei, elaborată, aprobată în anul de învățămînt 2004/2005 și aplicată în 35 instituții preuniversitare. Curriculumul obiectului „Deprinderi pentru Viață”, 70 profesori din instituțiile pilot au fost instruiți pentru predarea disciplinei numite și au fost elaborate ghidul profesorului și ghidul elevului. Disciplina „Deprinderi pentru Viață” va fi introdus ca obiect obligatoriu în toate școlile începînd cu anul de studii 2005/2006.

#### **Incidența infecției HIV**

	2004	2005
--	------	------

	Caz	La 100000	Caz	La 100000
1.mun.Chişinău	46	6,02	68	8,72
2.mun.Bălţi	55	36,7	87	58,39
3.Total pe mun.	101		155	
4.Anenii Noi	3	3,58	10	11,95
5.Basarabeasca	1	3,36	1	3,38
6.Briceni	1	1,27	1	1,27
7.Cahul	2	1,58	5	3,95
8.Cantemir	3	4,64	1	1,55
9.Călăraşi	6	7,36	1	1,23
10.Căuşeni	7	7,49	4	4,29
11.Cimişlia	1	1,53	3	4,59
12.Criuleni	2	2,74	7	6,45
13.Donduşeni	7	14,69	2	4,17
14.Drochia	2	2,11	3	3,17
15.Edineţ	3	3,47	1	1,16
16.Făleşti	8	8,34	6	6,24
17.Floreşti	4	4,25	4	4,25
18.Glodeni	4	6,21	7	10,9
19.Hînceşti	2	1,55	1	0,77
20.Ialoveni	1	1,05	7	1,35
21.Leova	0	0	0	0
22.Nisporeni	0	0	0	0
23.Ocniţa	2	3,57	3	4,39
24.Orhei	1	0,76	11	8,36
25.Rezina	0	0	0	0
26.Rîşcani	4	5,51	9	12,43
27.Sîngerei	4	4,15	7	7,56
28.Soroca	8	7,79	8	7,79
29.Străşeni	4	4,36	6	6,54
30.Şoldăneşti	1	2,21	0	0
31.Ştefan-Vodă	4	5,42	1	1,36
32.Taraclia	2	4,41	7	15,49

33.Telenești	1	1,31	5	6,55
34.Ungheni	1	0,83	5	4,15
35.Comrat	4	5,55	3	4,16
36.Ciadîr-Lunga	0	0	4	6,07
37.Vulcănești	0	0	0	0
38.Total pe raioane	93		133	
39.Total Malul drept	194	5,37	288	
40.DIP MJ RM	30		27	
41.MAI RM	0			
42.CMP ASCaCS	0			
43.CMP CFM	0			
44.Total alte ministere 40-43	30		27	
45.Total Malul drept	224	6,2	310	8,53
46.Bender	12	9,31	20	16,72
47.Tiraspol	93	52,86	87	51,7
48.Camenca	1	3,16	1	3,16
49.Dubăsari	0	0	3	4,6
50.Grigoriopol	3	5,84	7	14,8
51.Rîbnița	16	18,03	76	91,9
52.Slobozia	8	7,44	29	29,23
53.Total Transnistria și Bender	133	21,15	223	38,58
54.Total pe M.S al RM	357	8,41	533	12,5
55.Cet.străini	3		5	
56.Total pe RM	360		538	

**Examinarea populației,depistarea persoanelor infectate cu HIV,bolnavilor de SIDA în Republica Moldova (1987-2005)**

Anii	Numărul persoanelor testate	Depistate HIV	Prevalența	Incidența la	Din numărul Persoanelr	Diagnosticată
------	-----------------------------	---------------	------------	--------------	------------------------	---------------

		+	la 1000 pers. test.	100000 popu- lație	HIV pozitive		maladia SIDA Cet.RM
					Cet.RM	Cet.Str.	
1987	92745	8	0,09	0,02	1	7	0
1988	470151	9	0,02	0,21	0	9	0
1989	609348	6	0,009	0,14	4	2	1
1990	713386	2	0,002	0,046	1	1	0
1991	735370	0	0	0	0	0	0
1992	709226	2	0,003	0,047	2	0	0
1993	474383	3	0,006	0,07	1	2	2
1994	417611	3	0,007	0,07	3	0	0
1995	362008	7	0,019	0,16	7	0	2
1996	258304	55	0,21	1,3	48	7	1
1997	280076	407	1,45	9,38	404	3	10
1998	234862	413	1,76	9,47	408	5	4
1999	101553	157	1,56	3,63	155	2	5
2000	91738	176	1,92	4,06	174	2	4
2001	116374	234	2,01	5,46	232	2	9
2002	111970	206	1,84	4,67	199	7	19
2003	159017	257	1,62	6,01	253	4	46
2004	240653	360	1,49	8,41	357	3	53
2005	257203	538	2,09	12,5	533	5	64
Total	6343233	2843	0,448	65,28	2782	61	220

### HIV în lume

**SIDA** a devenit o epidemie globală, care afectează oameni din orice țară ,indiferent de pregătire. Statisticile Națiunilor Unite estimează că aproximativ **40 de milioane** de persoane din lume sunt în prezent infectate cu HIV.Douăzeci de milioane de persoane au murit deja de

la începutul anilor 1980, din cauza complicațiilor care țin de SIDA. Toate informațiile despre prevalență HIV sunt doar o estimare a numărului actual real, pentru că, deși o persoană este voluntară pentru a da un test de sânge, statutul ei la capitolul HIV este necunoscut. Prin urmare, prevalarea în unele locuri sau regiuni poate fi mai mare decât estimarea oficială.

**HIV** continuă să se răspândească rapid, fără a cunoaște care este tratamentul și vindecarea împotriva acestui virus. Numărul persoanelor care trăiesc cu HIV a crescut în multe regiuni, evidențiindu-se creșteri în Europa de Est, Asia Centrală și Asia de Est. În Europa de Est și Asia Centrală trăiesc aproximativ 1.4 milioane de bărbați, femei, copii care au HIV/SIDA. Mai mult de jumătate de milion de oameni care trăiesc în Europa de Vest sunt infectați cu acest virus. Aproximativ 1 milion dintre americani trăiesc cu HIV/SIDA. Continentul care este cel mai afectat de HIV/SIDA este Africa, cu mai mult de 25 de milioane de bărbați, femei și copii care sunt în prezent seropozitivi.

Tara	Estimări ale Persoanelor cu HIV/SIDA
Africa	25.4 milioane
Asia de Est	1.1 milioane
Asia de Sud și Sud-Est	7.1 milioane
America Latină	1.7 milioane
Europa de Est și Asia Centrală	1.4 milioane
Statele Unite	1.0 milioane
Europa de Vest	0.6 milioane (aproximativ 600,000)
Caraibe	0.4 milioane (aproximativ 440,000)
Oceania	0.04 milioane (aproximativ 35,000)

*Sursa:* Estimări ale Adulților și copiilor cu HIV/SIDA, (UNAIDS și Organizația Sănătății Mondiale), Dezvoltarea Epidemiei SIDA, Decembrie 2004.

### **Europa de Est și Asia Centrală**

Majoritatea epidemiilor în această regiune sunt încă la început, ceea ce înseamnă că o

dată cu timpul, intervențiile efective le pot preveni de la înrăutățirea lor. Cu toate acestea, din cauza nivelurilor de comportamente riscante cum ar fi: consumarea drogurilor intravenoase și întreținerea relațiilor sexuale neprotejate între tineri, numărul persoanelor infectate cu HIV în această regiune continuă să crească dramatic. Federația Rusă și Ucraina sunt, în prezent, cele mai afectate țări din această regiune, însă HIV continuă să se răspândească și în alte țări cum ar fi: Letonia, Estonia, Belorusia, Kazakhstan și Moldova. Persoanele care trăiesc în prezent cu HIV în Rusia sunt de 70% din toate persoanele infectate cu HIV din această regiune. Principala cale de transmitere a virusului în această regiune este consumul de droguri prin injectare, însă aceasta începe să se schimbe cu o creștere rapidă și însemnată a transmiterii HIV prin sexul heterosexual, în așa fel permițându-i virusului să se încadreze și în populația generală.

O caracteristică proeminentă a epidemiei în această regiune este vârsta fragedă a persoanelor infectate. Mai mult de 80% din persoanele seropozitive, din această regiune, au vârsta sub 30 de ani. În contrast cu America de Nord și Europa de Vest unde numai 30 % din persoanele infectate au vârsta sub 30 de ani. Experții cred că anume comportamentul riscant larg răspândit (cum ar fi injectarea cu droguri sau sexul neprotejat) printre persoanele tinere este de vină pentru acest fapt. Folosirea rară a prezervativului printre tineri în timpul relațiilor sexuale sporește riscul înalt al transmiterii HIV. Potrivit unui sondaj, în Federația Rusă, mai puțin de jumătate dintre adolescenți, cu vârsta cuprinsă între 16-20 de ani, au folosit prezervative în timpul activităților sexuale. Procentajul prostituatelor care raportează folosirea permanentă a prezervativului abia atinge 50%, pe când printre consumatorii de droguri intravenoase mai puțin de 20 % raportează folosirea permanentă a prezervativului. Nefolosirea consistentă a prezervativului, mai ales printre consumatorii de droguri, va mări rata creșterii transmiterii prin sex decât prin folosirea de droguri.

### **Africa sub Sahariană**

Africa sub Sahariană rămâne de departe cea mai afectată regiune de epidemia bolii SIDA. Această regiune are peste 10% din populația globului pământesc, însă în același timp este și casă pentru două treimi (64%) din toată populația care trăiește cu HIV și mai mult de trei pătrimi (76%) din toate femeile care trăiesc cu HIV. De fapt, femeile africane sunt mult mai mult estimate (cel puțin de 1.2 ori) de a fi infectate cu HIV decât bărbații. Epidemia este generalizată (1% HIV prevalează printre persoanele de 15-49 ani) în aproape fiecare regiune.



Șapte țări sud africane (Botswana, Lesotho, Namibia, Africa de Sud, Zambia și Zimbabwe) au o prevalare a ratelor pentru adulți mai sus de 20%. Numărul deceselor de SIDA este în creștere, din cauza creșterii prevalării multor ani în urmă și accesului sărac la medicamentele antiretrovirale.

### **Caraibele**

Cu o estimare a ratei prevalării HIV între adulți de aproximativ 2.3%, Caraibele este a doua cea mai afectată regiune din lume după Africa de sub Sahara. De fapt, în această regiune, SIDA a devenit cauza principală a mortalității între persoanele cu vârsta cuprinsă între 15-44 de ani.. SIDA este stabilită foarte bine în această regiune, în special, în trei țări care au o prevalare HIV între adulți de cel puțin 3%: insulele Bahamas, Haiti și Trinidad sau Tobago. Epidemia în Caraibe este predominant heterosexuală și în multe regiuni ea este concentrată asupra prostituatelor. Cu toate acestea, frecvența HIV crește și printre populația tânără. Puerto Rico reprezintă o excepție în această regiune, deoarece metoda transmiterii este prin injectarea drogurilor.

### **Asia de Sud și de Sud-Est**

Această regiune a Asiei de Sud și de Sud- Est are o varietate de epidemii SIDA, un număr mare de infectări cu HIV și o mortalitate ridicată din cauza bolii SIDA foarte înaltă, cu excepția Africii de sub Sahara. Cea mai afectată țară din această regiune este India, unde aproximativ între 2,200,000 și 7,600,000 de persoane au fost infectate până la sfârșitul anului 2003. În unele orașe prevalarea a mai mult de 50% a fost depistată printre prostituate și în alte orașe HIV prevalează printre consumatorii de droguri cu o rată între 60% și 75%. În vecinătate, Bangladesh, Nepal și Pakistan, prevalarea națională HIV este scăzută, dar comportamentul riscant cum ar fi consumarea drogurilor intravenoase, este atât de răspândit încât epidemiile foarte serioase se pot dezvolta în viitorul apropiat.

Trei țări din Asia de Sud-Est au experimentat deja epidemii serioase naționale: Cambodia, Myanmar și Thailanda. Rata prevalării HIV în Thailanda și Cambodia a rămas stabilă în anii recentți, datorită eforturilor de prevenire, în special a folosirii prezervativului în întreținerea relațiilor sexuale pentru prostituate și scăderea frecvenței bărbaților de a avea relații cu prostituate. Cu toate acestea, transmiterea HIV între parteneri a devenit o cauză proeminentă, ilustrând în așa fel că este inadecvat să urmărim o prevenire a metodelor doar

pentru persoanele cu comportament riscant, în Vietnam, prevalarea HIV printre adulți este scăzută, însă erupții de injectări cu droguri ale consumatorilor indică faptul că este posibilă o epidemie serioasă, în Indonezia este distinctă o epidemie gravă, datorită nefolosirii prezervativului, chiar și printre prostituate.

### **Asia de Est**

În Asia de Est numărul persoanelor infectate a crescut semnificativ în ultimii ani, în special în China care avea un număr de 180,000 de noi infectări în 2002 și 2003. De fapt, China numără în jur de 90% a persoanelor cu HIV/SIDA în această regiune. Numărul total de persoane care trăiește cu HIV în Asia de Est a crescut până la 50% în anii 2002-2004. În alte țări, din această regiune, prevalarea națională HIV printre adulți rămâne sub 1%, însă prevalează printre anumite populații, cum ar fi consumatorii de droguri, numărul cărora este foarte înalt. Mai mult decât atât, dovezile arată că consumarea de droguri intravenos crește (cu o proporție înaltă a celor care folosesc ace și seringi contaminate), și că folosirea prezervativului este la un nivel scăzut printre prostituate și alte grupuri vulnerabile, cum ar fi bărbații care au relații sexuale cu alți bărbați, în Japonia, s-a înregistrat o creștere a ambelor infecții HIV și alte Boli Sexual Transmisibile (BST), precum și o creștere înaltă a activităților sexuale printre tinerii japonezi.

### **America de Nord**

În America de Nord, majoritatea persoanelor care trăiesc cu HIV au acces la un tratament antiretroviral, care le permite să fie mai sănătoși și să aibă o viață mai lungă. Aproximativ o treime din noile infecții din această regiune apar în urma contactului heterosexual. În SUA și Canada, aproximativ 25% din infecțiile acaparate de HIV sunt din cauza consumării drogurilor și sexului homosexual între bărbați care sunt estimați la 42 % pentru transmiterea HIV în 2002. În Statele Unite, în jur de o jumătate din 40,000 de noi infecții apar anual între Afro-Americanii (12% din populația țării), cu o proporție înaltă în special pentru femeile Afro- Americane. De fapt, SIDA este acum o cauză principală a deceselor femeilor Afro-Americane cu vârsta cuprinsă între 25-34 de ani. Multe dintre aceste femei nu au un comportament cu risc înalt, însă acapareză HIV prin intermediul partenerilor cu care au relații sexuale - dintre care o bună parte au relații sexuale cu alți bărbați sau consumă droguri. Cu

toate acestea, numai un număr foarte mic de femei seropozitive au relatat că știau faptul că partenerul lor avusese relații sexuale cu un alt bărbat. Potrivit Centrului de Control și Prevenire a Bolii, aproximativ 90% din Afro-Americanii tineri seropozitivi care au avut relații sexuale cu alți bărbați, nu cunosc statutul pozitiv HIV. În general, este estimat că aproximativ o pătrime din 1 milion din populație care trăiește cu HIV/SIDA nu cunoaște acest fapt.

### **Europa de Vest**

Numărul anual de decese, din cauza epidemiei de SIDA, a scăzut în Europa de Vest, datorită accesibilității la medicamentele și tratamentele antiretrovirale. În mai multe țări, care raportează cazuri de HIV, contactul heterosexual ar putea acum să devină un mod de transmitere HIV. Cu toate acestea, sexul între bărbați rămâne a fi un aspect al epidemiei în Europa de Vest. Este cel mai răspândit mod de transmitere în Germania, Grecia și Olanda, în sfârșit, aproximativ 10% din cazurile noi diagnosticate cu HIV în toată Europa de Vest în anul 2002, a fost din cauza consumului de droguri prin injectare, în Portugalia acest mod a cauzat aproape o jumătate din toate cazurile înregistrate în 2002.

O creștere a unui semnificativ număr înregistrat de infecții HTV raportat în 2002, a inclus persoanele care credeau că sunt infectate din cauza vizitării sau locuirii într-o țară cu o prevalență înaltă. De exemplu, în Marea Britanic, 70% din cazurile de infectare transmise heterosexual erau înregistrate printre persoanele care trăiseră în una dintre țările cu epidemii. Aceasta vizează, de asemenea, și țările care au noi diagnoze cum ar fi Olanda, Norvegia și Suedia.

### **Africa de Nord și Orientul Mijlociu**

Există potențialul pentru o creștere considerabilă a numărului persoanelor infectate în Africa de Nord și orientul Mijlociu. Cea mai afectată țară până acum este Sudan- în special în partea de sud, unde epidemia este concentrată în populația heterosexuală. O statistică accesibilă indică o prevalență a adulților infectați de aproape 2.3%, însă conflictul împiedică ambele: o examinare a epidemiei și o dezvoltare a unui tratament cu efect, în majoritatea celorlalte țări, răspândirea HIV pare să crească, cu toate acestea, există o informație limitată între persoane unde epidemia pare a fi mai serioasă, incluzând bărbații care au relații sexuale cu bărbați și consumatorii de droguri. De asemenea, pare a fi semnificative migrațiile persoanelor infectate în alte țări pentru căutarea unor tratamente sau remedii, realizând astfel o sporire a

numărului infectați cu HIV în această regiune.

### **America Latină**

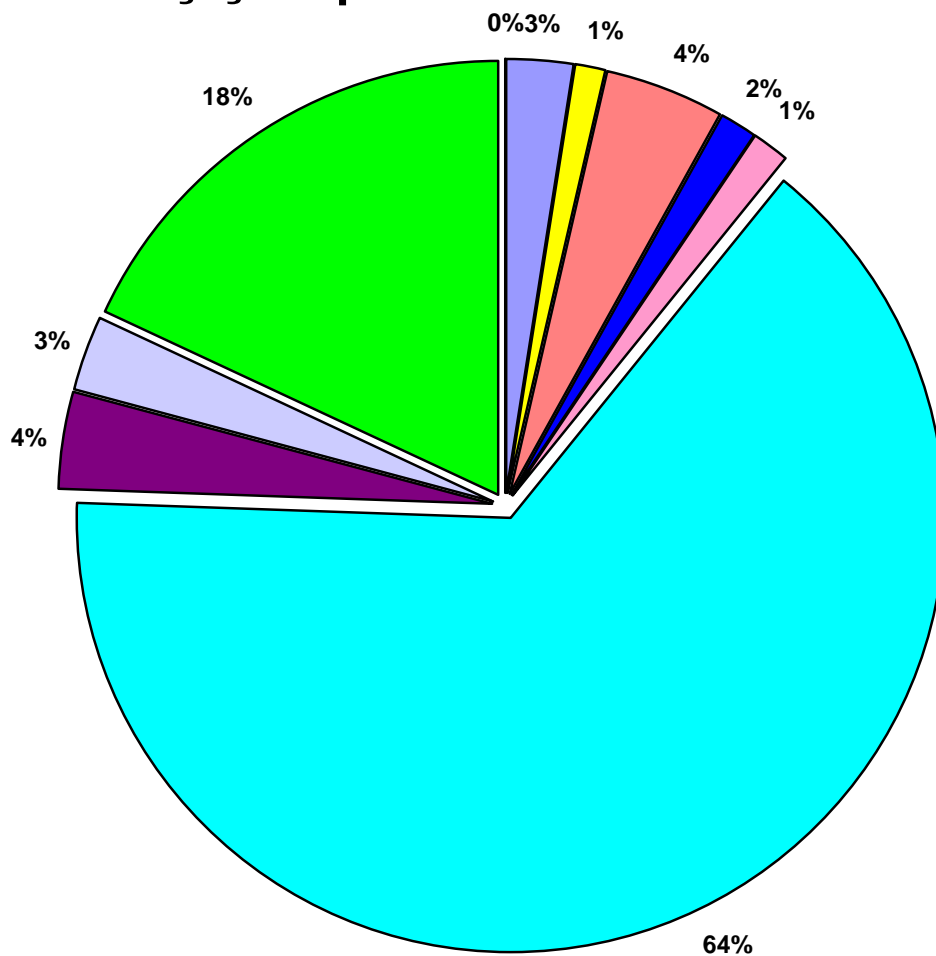
America Latină este caracterizată printr-o concentrare mare de epidemii, în special în America de Sud. De fapt, majoritatea seropozitivilor din această regiune trăiesc în Brazilia. Multe dintre cazurile de infectări cu HIV din America de Sud este datorată injectării drogurilor și sexului între bărbați (cu o succesiune de transmitere heterosexuale a partenerilor lor). În Columbia și Peru, frecvența HIV este răspândită între bărbații care au relații sexuale cu alți bărbați, în același timp, folosirea prezervativului este la un nivel foarte mic.

În America Centrală, majoritatea înregistrărilor de HIV apar în exclusivitate din cauza relațiilor sexuale (ambele heterosexuale și între bărbați). În câteva dintre țările Americii Centrale, prevalența națională HIV este aproximativ 1%. Cu toate acestea, HIV prevalează printre prosituat diferit în diferite țări, cu aproape mai puțin de 1% în Nicaragua și până aproape 10% în Honduras. Prevalența HIV între bărbați, care au sex cu alți bărbați, a fost găsită respectiv foarte înaltă în toată America Centrală, de la 9% în Nicaragua până la 8% în El Salvador.

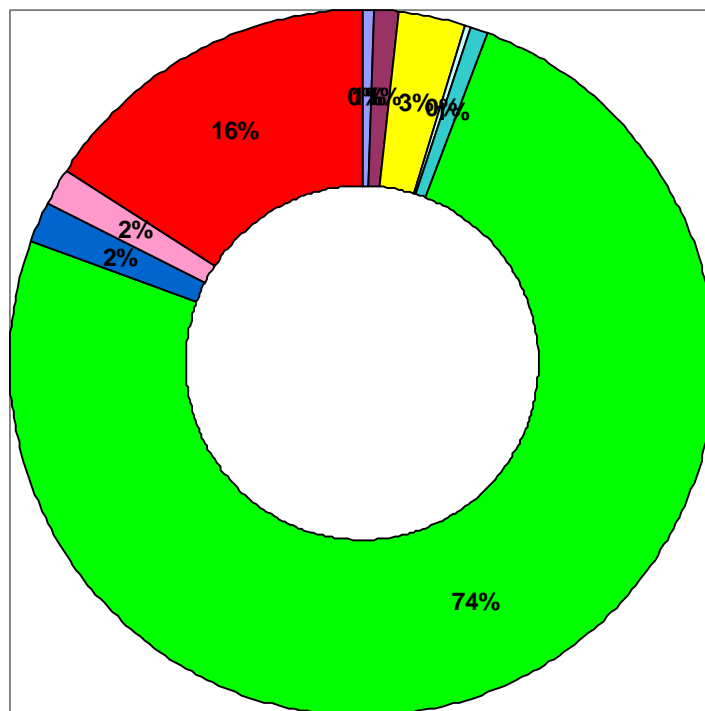
### **Oceania**

Distanța dintre insule în Oceania și nivelul diferit de dezvoltare în această regiune este reflectată și în numărul foarte diferit, dar destul de mare, al cazurilor infectării cu HIV/SIDA. Noua Guinee are acum cea mai înaltă rată de infecții HIV înregistrată în Oceania, cu estimarea prevalenței HIV de aproape 1% printre femeile însărcinate care merg la maternitate. Transmiterea în această țară are loc, în primul rând, prin relații heterosexuale, și este „ajutată” de nefolosirea prezervativelor în timpul relațiilor sexuale, plus nivelul foarte înalt al altor boli sexual transmisibile. În alte insule din această regiune, frecvența HIV este scăzută, însă prevalează alte boli sexual transmisibile (BST), ceea ce arată că multe persoane riscă să achiziționeze și HIV în timpul relațiilor sexuale.

## Adulți și copii ce trăiesc cu HIV



## Estimarea deceselor în rândul adulților și copiilor în 2004



- America de N
- Caraibele
- America Latină
- Europa de V
- Africa de N și Orientul apropiat
- Africa sub Sahariană
- Europa de E și Asia Centrală
- Asia de E
- Asia de S și SE
- Oceania

## Gender și HIV

Femeile rămân a fi grupul dominant cel mai mult infectat cu HIV și care se lărgește. Din punct de vedere global, mai puțin de jumătate din persoanele infectate cu HIV sunt femei. Este un adevăr biologic că femeile, în special cele tinere, sunt mult mai vulnerabile la HIV/SIDA decât bărbații. Acești factori biologici sunt înrăutățiți de rolul genurilor și așteptările pe care unele societăți le plasează asupra femeilor și bărbaților, precum și factorii economici, sociali și politici care creează un mediu posibil pentru această epidemie. Majoritatea femeilor devin infectate din cauza comportamentului riscant pe care îl are partenerul lor, asupra căruia ele au o dominare foarte scăzută. Femeile și fetele adesea sunt lipsite de puterea de a se abține de la sex sau de a insista asupra folosirii prezervativului, chiar și atunci când ele suspectează faptul că partenerul lor a avut și alte parteneri sexuale și ar putea să fie infectat cu HIV. De asemenea, gândul despre sărăcie și dorința de a avea o viață mai bună, le obligă să întrețină relații sexuale în schimbul produselor alimentare, servicii, bani.

HIV/SIDA afectează femeile, în special, în regiunile unde relațiile heterosexuale sunt calea dominantă de transmitere HIV, cum ar Africa sub Sahariană și Caraibe. Femeile și fetele formează 57% dintre adulții seropozitivi global care trăiesc în Africa sub Sahariană, întrucât trei pătrimi din femeile infectate cu HIV trăiesc aici. În alte regiuni, numărul femeilor infectate crește considerabil. În Rusia, țara cu cea mai înaltă rată a epidemiei din Europa de Est, proporția femeilor infectate cu HIV a crescut de la 24% în 2001 până la 38% în 2003.

Deși femeile sunt mult mai vulnerabile decât bărbații în achiziționarea HIV, chiar în urma unui singur act sexual cu un partener infectat, nu există o metodă globală de prevenire pentru ele. Chiar dacă femeile au relații sexuale și chiar dacă sunt protejate, această relație sexuală adesea depinde de decizia și comportamentul partenerului masculin. Prezervativele feminine oferă protecție femeilor, însă ele au nevoie și de cooperarea bărbaților în acest caz. De altfel, prezervativele feminine sunt mult mai scumpe decât cele masculine și, în plus, ele nu sunt accesibile pentru toată lumea.

Există, de asemenea, multe lacune în privința cunoștințelor noastre despre femei și HIV. Se pare ca există diferențe mari în simptomele și efectele drogurilor asupra femeilor și a bărbaților, precum și complicațiile ginecologice. Unii factori care au un aport la frecvența HIV printre femei, din punct de vedere global, sunt:

- Femeile sunt mult mai vulnerabile de a deveni infectate printr-un contact heterosexual decât prin alte căi de transmitere. Aceasta este adevărat și pentru bărbații homosexuali care au sex anal.
- Vaginul și anusul au arii mai mari de expunere, o piele mult mai sensibilă.

- Virusul poate trăi mai ușor în vagin și în anus, decât pe vârful penisului.
- Prezența virusului în spermă este mult mai mare decât în lichidele vaginale sau cele ale anusului.
- Mai multe răni sau zgârfieturi apar în timpul unui contact sexual vaginal și anal. Tăieturile și rănilor apar mai ales în timpul unui sex violent sau când femeia este foarte tânără și cervixul ei nu este dezvoltat în totalitate.

În sfârșit, ignoranța despre HIV și sex este foarte răspândită în special printre femei. În multe culturi, fetele și femeile cunosc foarte puțin despre sex și sexualitate. Respectiv, multe femei nu cunosc cum trebuie să se protejeze împotriva infectării cu HIV. De exemplu, în Moldova, Ucraina, și Uzbekistan, în timpul unui sondaj mai mult de 80% dintre femei nu au fost în stare să spună trei metode de prevenire HIV (evitarea sexului penetrativ, folosirea prezervativelor, sau menținerea relației monogamice). Atât timp cât femeile rămân neinformate despre sex și metodele de protecție, acest grup va rămâne să fie afectat și rata lui va crește substanțial din punct de vedere global.

Coaliția Globală a Femeilor și SIDA a fost fondată de UNAIDS la începutul anului 2004 pentru a evidenția efectele bolii SIDA asupra femeilor și fetelor și de a stimula acțiunile pentru a reduce impactul. Aceasta nu este o organizație nouă, dar o mișcare a oamenilor, rețelei de internet, organizații, reprezentanți ai guvernului, lucrători ai comunității și celebrități. Activitățile lor sunt concentrate asupra următoarelor șapte domenii:

- Prevenirea HIV printre adolescente.
- Reducerea violenței împotriva femeilor.
- Protecția proprietății și drepturilor femeilor și a fetelor.
- Asigurarea unui acces egal la tratament pentru femei și fete.
- Acordarea unei îngrijiri îmbunătățite din partea comunității, cu o axare pe femei și fete.
- Promovarea accesului la opțiunile noi de prevenire, care includ și metodele de control pentru femei.

Susținerea eforturilor constante pentru educația fetelor.

### **Testarea pentru HIV**

#### **Ce este testul pentru HIV?**

Este un test de laborator, un examen special al sîngelui prin care se pune în evidență



prezența anticorpilor specifici anti-HIV. Este un test serologic care se efectuează utilizând serul celui testat (ceea ce rămîne după ce sîngele total se coagulează, cheagul fiind îndepărtat) și care pune în evidență indirect prezența virusului în respectivul organism. Persoanei care solicită testarea i se va preleva sînge prin puncție venoasă și în condiții de certă securitate (o cantitate de 3-5 ml sînge total). După coagulare, se separă serul și se trimite la laborator. Laboratorul efectuează testul la solicitarea medicului și cu acceptul pacientului. Cea mai utilizată metodă, în toată lumea, rămîne metoda diagnosticului serologic, adică punerea în evidență în sîngele (serul) pacientului a anticorpilor specifici anti-HIV. Prezența acestor anticorpi specifici anti-HIV are semnificația contactului organismului respectiv cu virusul, prezența infecției deci, cu evoluție în timp către SIDA și ceea ce este foarte important, contagiozitatea seropozitivului. Testul va rămîne deci pozitiv pe întreaga durată de viață a subiectului, atît în faza de incubatie, cît și în faza de boală (SIDA). Amintim, de asemenea, că organismul are nevoie de o perioadă de minimum 4-12 săptămîni pentru a fabrica anticorpii specifici anti-HIV pe a căror apariție se bazează diagnosticul serologic; practicat în această perioadă, testul poate fi negativ, ceea ce nu reflectă adevărul; soluția care se impune este repetarea testului chiar la 12 luni pînă la certitudinea seronegativității.

### **Serviciile de consiliere și testări voluntare HIV/SIDA**

Scopul principal al consilierii pretestare este de a oferi și clarifica informațiile despre infecția cu HIV și boala SIDA, despre prevenirea infectării și reducerea riscului de infectare, cît și despre implicațiile psihologice, sociale, medicale și/sau juridice pe care le presupune statutul de persoană infectată cu HIV. La consilierea pre-testare se recomandă:

- un mediu neoficial al consultației
- încredințarea clientului în confidențialitate
- determinarea scopului testării la HIV
- tactica în discuție privitor comportamentului riscant din trecut
- acordarea informației despre HIV/SIDA
- testare la prezența anticorpilor HIV
- explicarea semnificației rezultatului pozitiv, a semnificației „rezultatului nedeterminat”
- posibila reacție a pacientului la rezultatul pozitiv
- importanța testului negativ
- procedura efectuării testului
- acordul de efectuare a testului

## **Recomandări privind consultațiile și particularitățile individuale ale consilierului:**

### ***Confidențialitatea***

Confidențialitatea presupune interdicția de a discuta cu persoane străine informațiile referitoare la situația sau problemele clientului. Mulți oameni nu se încumetă să apeleze la serviciile privind HIV de teama consecințelor (înstrăinarea din partea familiei și/sau a societății). Pentru ei este foarte importantă garanția confidențialității. Ea îi ajută să stabilească relații de încredere reciprocă între consilier și client, care sunt necesare pentru discutarea problemelor de profilaxie a HIV și de acordare a serviciilor de îngrijire. În unele circumstanțe, persoana care a apelat la Consilierea și testarea voluntară (CTV) poate avea nevoie de prezența la consultație a partenerului său sexual, a unei rude sau prieten. O asemenea participare la problemele confidențiale poate fi nu numai oportună, dar chiar foarte utilă pentru toți. Respectarea confidențialității este deosebit de importantă în cazul consilierii în grup. În prealabil, fiecare persoană din grup trebuie să-și confirme acordul său în privința consilierii în grup și să ia asupra sa responsabilitatea pentru nedivulgarea informației despre ceilalți participanți.

### ***Accesibilitatea***

Consilierea și testarea la anticorpii anti-HIV trebuie să fie accesibilă oricărei persoane pe care o preocupă starea propriei sănătăți sau posibilitatea infectării cu HIV. Consilierea trebuie să aibă un caracter permanent. Este important ca clienții să fie siguri că în orice moment pot telefona și/sau fixa încă o întrevvedere. Serviciile de consiliere trebuie să fie accesibile din punct de vedere teritorial, iar orele de lucru - convenabile pentru clienți. În cazul când este necesară asistența și consultația altor servicii și specialiști, serviciile de consiliere trebuie să dețină informația necesară și s-o ofere clienților săi.

### ***Durata consultației pentru un client în stare critică***

Consilierea, în funcție de situație și de starea clientului, de regulă, durează de la 15 până la 30 de minute. Dacă persoana se află în situație critică, poate fi necesară o consultație mai îndelungată. În cazul când consilierul nu are deprinderi de lucru cu persoane aflate în situații critice, este importantă constatarea crizei în timp util și implicarea unui specialist în situații critice: psihoterapeut sau psihiatru. Procesul de consiliere nu poate fi „ajustat” după un anumit

standard temporal. În primul rând, este necesar să se acorde clientului timp pentru ca el să-și analizeze problemele și să-și exprime părerea. În al doilea rând, e nevoie de timp și pentru stabilirea unor relații confidențiale. În al treilea rând, reacțiile psihologice ale clientului pot fi complicate și pot necesita o durată considerabilă de timp pentru soluționarea lor.

### ***Consecutivitatea și claritatea***

Procesul consilierii trebuie să fie clar structurat atât în timp, cât și în ceea ce privește consecutivitatea expunerii. Trebuie respectat principiul „necesității și suficienței”. Uneori consilierul începător vrea să-i comunice clientului cât mai multe date și, în rezultat, clientul este copleșit de informații. Respectarea unui echilibru poate fi obținută prin orientarea la necesitățile clientului. Consilierul este obligat să utilizeze doar informația veridică și să acționeze numai în limitele competenței sale. (Pentru eficientizarea lucrului toți consilierii trebuie să aibă acces la instruirea continuă!)

### ***Personalitatea și particularitățile individuale ale consilierului***

Pe lângă cunoștințele și abilitățile necesare din domeniul medicinei și psihologiei, consilierul mai are nevoie și de o capacitate firească de autocunoaștere, autodisciplină și discreție. Consilierul trebuie să știe să determine în ce măsură educația și nivelul său de cultură pot influența posibilitatea discutării unor teme și acceptarea anumitor stereotipuri de comportament. Consilierii nu sunt obligați să-și iubească clienții, dar ei sunt datori să conștientizeze clar că propriile sentimente, concepții și superstiții pot influența negativ relațiile cu clientul. Profesionalismul în cazul dat constă în capacitatea de a prevedea un eventual conflict și de a înțelege cauzele lui. Dacă probabilitatea conflictului este mare, atunci clientului i se recomandă un alt specialist. Consilierul însă trebuie să-și analizeze împreună cu supervisorul emoțiile sale personale.

Pentru verificarea propriilor capacități și motivări consilierul își poate propune următoarele întrebări:

- Ce simt eu față de persoanele infectate cu HIV sau bolnave de SIDA? Ce cred despre cei al căror mod de viață este conjugat cu riscul infectării? Mă tem de ei? Li critic? Ce mă respinge la ei sau mă pune pe gânduri?
- Există oare astfel de persoane sau stereotipuri de comportament, pe care eu le condamn într-atât de mult, că în mod sigur nu voi putea lucra fără să-mi exprim dezaprobarea?

- Nu încerc eu oare să-mi impun propriile valori clienților? Cât de mare este dorința mea de a-i influența și a-i controla?
- În ce măsură sunt pregătit să le permit clienților ca ei să decidă singuri ce să facă? Atitudinea consilierului față de client trebuie să se bazeze pe principiul respectului și necondamnării.

### ***Contactul consultativ***

Calitatea contactului consultativ depinde de doi factori importanți: ambianță plăcută și de abilitățile comunicative ale consilierului.

Ambianța plăcută are câteva componente semnificative. Dintre componentele „fizice” cele mai importante sunt: mobilierul din încăperea unde are loc procesul consilierii, plasarea consilierului și a clientului în spațiu (distanța, maniera de a șede a ș.a.), timpul consultației. La componentele „emoționale” se referă: atmosfera de încredere reciprocă, sinceritatea consilierului, capacitatea lui de a-și manifesta empatia și respectul necondiționat.

În acest compartiment vom analiza componentele emoționale ale unei ambianțe plăcute și abilitățile comunicative necesare consilierului (atât cu caracter verbal, cât și non-verbal).

### ***Componentele emoționale ale contactului consultativ.***

#### ***Încrederea***

Este unul din cei mai importanți factori în relațiile dintre consilier și client. A crea o stare de încredere reciprocă înseamnă a crea o atmosferă care predispune la discutarea unor probleme importante. Succesul acestei discuții depinde de calitățile individuale ale consilierului și de atitudinea lui față de procesul consilierii.

- Consilierul trebuie să aibă un interes personal față de omul dat și o dorință de a-i ajuta. Este important nu să iubești omenirea în general, dar să ai o atitudine respectuoasă față de reprezentantul ei concret. Se știe că oamenii sunt sensibili la atitudinea față de ei și se comportă în conformitate cu aceasta.
- În timpul consilierii trebuie acordată o atenție sporită clientului, nu se cuvine să te sustragi la alte chestiuni (conversații la telefon, vizite ale colegilor și discutarea cu ei a altor subiecte, fie chiar și importante, ș.a.).
- E necesar a i se oferi clientului posibilitatea maximă de a-și spune opinia.
- Consilierul nu trebuie să semene unui detectiv. Dacă el îl „forțează” pe

client la o sinceritate excesivă, nu este exclus ca, după întâlnire, în rezultatul sentimentului de culpabilitate, clientul să renunțe la deciziile pozitive, pe care le-a putut lua în timpul consultației, și să aibă o atitudine circumspectă și suspicioasă față de consilier.

- Este necesară păstrarea secretului profesional, în cazul când consilierul, din anumite considerente, trebuie să împărtășească altora datele despre client, el este obligat să-i comunice acest lucru clientului chiar la începutul discuției.
- Clientul trebuie să se simtă în siguranță, în acest scop, consilierul trebuie să încerce a se substitui clientului, manifestând o atitudine prietenoasă, sinceră și cointeresată.
- Problemele clientului trebuie tratate fără dezaprobare. Consilierul nu trebuie să aprecieze, dar să asculte, să audă și să înțeleagă. Dacă el, în mod sincer și firesc, demonstrează predispoziția sa de „acceptare”, clientul se simte înțeles, demn de respect și, la rândul său, este sincer și respectuos față de consilier.

Pentru stabilirea unei încrederi reciproce, consilierul are nevoie de anumite calități sufletești, cum sunt: sinceritatea, capacitatea de empatie și respect necondiționat față de oameni. Asupra acestor aspecte a indicat, pentru prima dată în anul 1951, cunoscutul psiholog american K. Rogers.

### ***Respectarea necondiționată a clientului***

Prin noțiunea de „respectare necondiționată” se are în vedere acceptarea necondiționată și neestimativă a clientului ca personalitate integră. K. Rogers propune următoarea definiție: „Atitudinea pozitivă necondiționată presupune toleranța față de toate aspectele lumii interioare a clientului, ca și cum tu însuși ai fi o parte integrantă a ei”. Clientul trebuie să simtă o acceptare neestimativă, indiferent de statutul său HIV, de apartenența sa etnică sau religioasă, de orientarea sexuală, de modul de trai sau de particularitățile individuale, de statutul său social și economic.

Atitudinea pozitivă nu înaintea nici un fel de condiții („Îmi vei plăcea, dacă vei fi așa și așa...”), este exclusă divizarea calităților în bune și rele. E necesar a lua în considerație toate aspectele sociale ale clientului atât cele pozitive, cât și cele negative. Trebuie acceptată chiar și firea lui contradictorie.

### ***Empatia***

Este imposibil a înțelege pe altcineva, dacă nu te identifici cu el. În felul acesta, a manifesta empatie în comunicare înseamnă că la frământările sufletești ale clientului consilierul reacționează cu precizie și compasiune. Pentru a înțelege ce importanță are pentru

client un eveniment sau altul, este necesar a încerca evitarea unei aprecieri proprii a evenimentului dat și a accepta aprecierea clientului. Poziția neestimativă a consilierului îi ajută clientului, în primul rând, să se accepte pe sine însuși. Însă și consilierul trebuie să rămână el însuși și să nu teleporteze frământările clientului în lumea sa! Compasiunea consilierului față de client niciodată nu trebuie să fie totală, ci doar parțială și temporară.

### ***Sinceritatea contactului consultativ (congruentivitatea)***

Sinceritatea este unul din elementele principale ale creării unui climat terapeutic. Consilierul trebuie să aibă un anumit comportament cu clienții, pentru ca aceștia să perceapă implicarea în lumea lor interioară ca pe un sprijin, nu ca pe o amenințare. Așadar, sinceritatea consilierului constă în capacitatea lui de a rămâne el însuși și lipsa unei necesități de a-și demonstra profesionalismul. Un om sincer nu se ascunde după o mască și nu încearcă să joace un rol. El este firesc în comunicare, pentru că este receptiv la reacțiile și emoțiile sale, este conștiincios și corect atunci când le transmite clienților. Sinceritatea presupune corespunderea celor spuse sentimentelor și comportamentului. Un consilier care este receptiv la propriile sentimente, gânduri, predispoziții și, totodată, este calm, contribuie la starea de confort a clientului. Interacțiunea congruentă permite și clientului să nu se ascundă după vreo mască în timpul comunicării cu consilierul.

### ***Aspectele non-verbale ale comunicării***

#### ***Comunicarea nonverbală***

În procesul comunicării, oamenii își transmit în permanență informații unul altuia nu numai prin intermediul vorbirii, dar și prin expresia feței, prin mișcările corpului, prin stabilirea unei distanțe etc. în felul acesta, aflându-ne unul în fața celuilalt, noi comunicăm, chiar dacă nu vorbim. Prin mijloace non-verbale putem arăta cum ne simțim, ce gândim, cum am vrea să procedăm. Comportamentul non-verbal al omului este o parte esențială a procesului comunicativ, în timpul consilierii, noi de asemenea transmitem clientului mesaje non-verbale și „citim” reacțiile lor non-verbale. Pentru consilier este extrem de important să perceapă mesajele non-verbale ale clienților, să reacționeze la ele și, totodată, să conștientizeze influența comportamentului său non-verbal asupra clienților. Dacă ați observat că clientul „pe neașteptate” s-a închis în sine: a încrucișat mâinile, s-a rezemat de speteaza scaunului, s-a izolat de dumneavoastră cu geanta sau cu vreo broșură de pe masă, pentru dumneavoastră acesta este un semnal foarte important: „S-a întâmplat ceva, omul simte disconfort, el vrea să se apere”. Cauzele

pot fi diverse: subiectul discuției nu este actual sau, dimpotrivă, e prea actual; omului i s-a părut că este condamnat sau că „este învățat să trăiască”, cuvintele consilierului i-au provocat supărare, incomoditate. Omul, involuntar, va reacționa non-verbal: prin poziție, mimică, gesturi. Un consilier bun neapărat va observa schimbările și va interveni cu unele corectări în procesul de comunicare.

La rândul său, și comportamentul non-verbal al consilierului influențează în mod considerabil procesul interacțiunii și rezultatul consilierii. Să examinăm patru exigențe de bază:

**1. A fi cu clientul „tete a tete”.** Ambianța fizică trebuie să-i permită consilierului și clientului să se vadă bine unul pe altul. Este interzisă prezența persoanelor străine.

**2. A se afla într-o poziție receptivă.** Măinile sau picioarele încrucișate, de regulă, sunt interpretate ca o poziție defensivă, imparțială și retractivă. Dimpotrivă, o poziție receptivă a consilierului înseamnă că el este gata să accepte toată informația care va urma din partea clientului. Bineînțeles, mâinile încrucișate ale consilierului nu înseamnă neapărat că el „a ieșit” din contact. Este important ca el să se întrebe mereu: „în ce măsură poziția mea demonstrează receptivitatea mea și bunăvoința față de client?”

**3. A menține contactul vizual cu clientul.** Aceasta e necesar pentru a accentua atenția și cointeresarea. Dar contactul nu trebuie să fie fix, pentru că poate crea un sentiment de disconfort. Pe de altă parte, dacă privirea consilierului „rătăcește” în gol, fără a se opri asupra clientului, se creează impresia că el nu-l ascultă pe client.

**4. A fi calm.** Deoarece majoritatea clienților sînt tulburați în timpul consultației, este important ca, la aceste întrevederi, consilierul să nu fie încordat și, prin aceasta, să intensifice neliniștea clientului.

### **Cele mai răspândite greșeli posibile în consiliere**

Consilierii, ca și alți profesioniști, pot comite greșeli. Mai jos sunt enumerate unele dintre acestea:

- Control, în loc de încurajare, al exprimării spontane de către client a sentimentelor și necesităților sale;
- Dezaprobare, observații, din care se poate conchide că clientul nu corespunde „exigențelor” consultantului;
- Exprimarea unei tutelări excesive, notații pe tema cum să te porți, cum să trăiești;

- „Etichetarea”, în loc de încercarea de a clarifica motivele, cauzele fricii sau neliniștii pacientului;
- Încercări neîntemeiate de a liniști, de a insufla optimism, subaprecierea complexității problemei;
- Incapacitatea de a compătimi, de a accepta sentimentele clientului așa cum sunt;
- Oferirea prematură a sfaturilor (de exemplu, înainte ca clientul să fi primit informația suficientă pentru a lua o decizie proprie);
- Întrebări puse într-o manieră dezaprobatoare (chiar și întrebarea „De ce?” poate fi concepută ca o dezaprobare);
- încurajarea dependenței clientului de consilier, a necesității în îndrumarea lui;
- Măgulirea, convingerea de a accepta un stereotip sau altul de comportament cu ajutorul complimentelor sau al înșelăciunii.

### **Consilierea post-test**

Consilierea post-test trebuie propusă la orice rezultate ale testării. Obiectivele și conținutul consilierii post-test, fără îndoială, depind de rezultatul testului, care poate fi pozitiv, negativ sau incert.

Sarcina consilierii post-test în cazul rezultatului pozitiv este de a-i da clientului posibilitatea să înțeleagă și, în perspectiva cea mai apropiată, să accepte diagnosticul său și să-și înceapă planificarea vieții în noua sa calitate. Dacă testul este negativ, sarcina constă în a-l face pe client să tragă anumite învățăminte din experiența și emoțiile cauzate de efectuarea lui. Ele pot servi drept un temelie solid pentru ca clientul să-și formeze un comportament inofensiv față de infectarea cu HIV. În cazul unui rezultat incert, este important de a-l convinge pe client să aibă o atitudine îngăduitoare față de problemele tehnice ale laboratorului (nimic nu e ideal!) și să-și dea acordul pentru un nou test, ca să obțină un rezultat clar.

Consilierea după test este un proces care se poate încadra într-o singură întrevvedere a consilierului cu clientul, dar poate să solicite și mai multe.



***Consilierea post-testare, în funcție de rezultatul testării, are ca scop:***

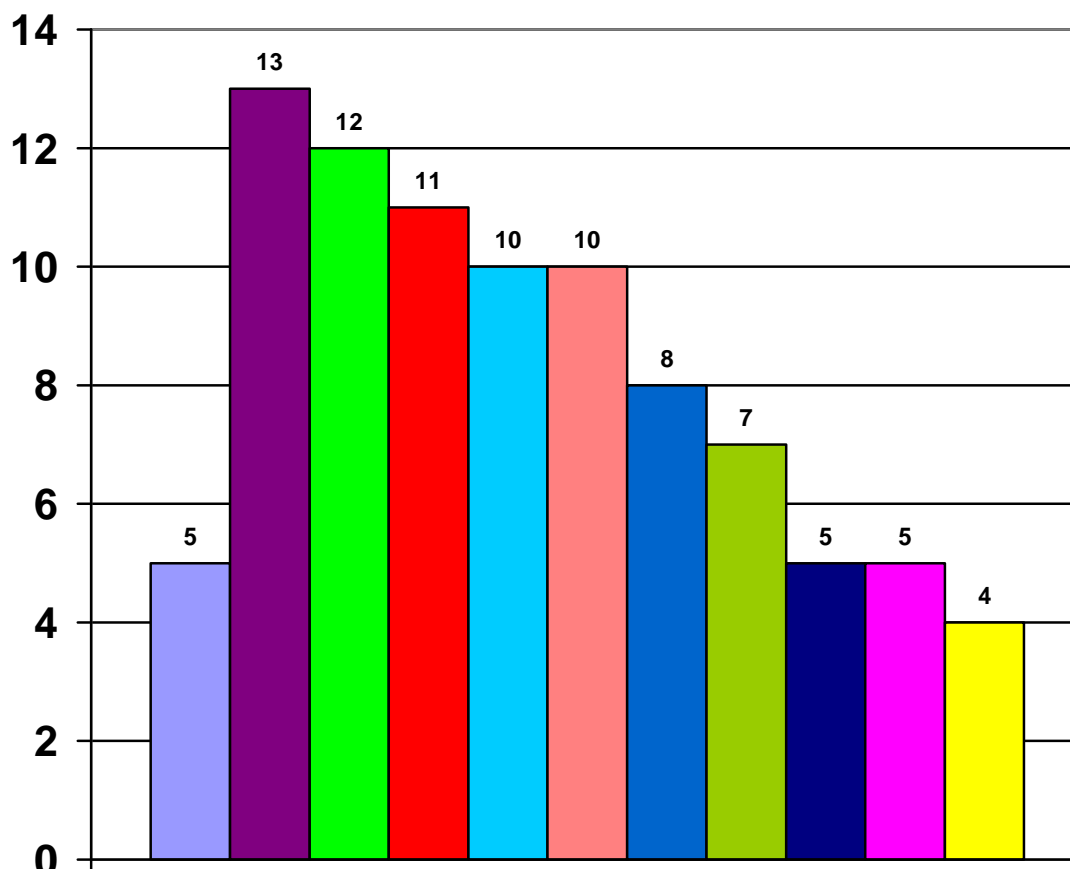
- întărirea informațiilor care să-i permită persoanei testate adoptarea unor comportamente cât mai puțin riscante și motivarea acestora pentru schimbarea modului de viață în cazul unui rezultat negativ.
- acceptarea noului statut serologic, conștientizarea implicațiilor infecției și evoluției bolii, precum și informare cu privire la căile de prevenire a transmiterii infectării cu HIV în cazul unui rezultat pozitiv.
- explicarea avantajelor cunoașterii statutului seropozitiv
- eliberarea rezultatului testării personal clientului, preferabil nu înainte de zilele de odihnă și cât mai urgent posibil
- a lua în considerație emoțiile clientului la rezultatul negativ, discuții privind profilaxia infectării, "perioada imunologică"
- a lua în considerație posibila reacție a pacientului la rezultatul pozitiv
- se va discuta asupra problemelor care apar în primul rînd
- se va discuta cum va petrece clientul următoarele ore, zile
- se va discuta cine va informa partenerul sexual despre rezultatul testării: prioritatea și riscul
- se va discuta asupra problemelor care apar și rezolvarea lor
- se va oferi informații despre modul sănătos de viață , evidența medicală

***Cele mai frecvente subiecte abordate în timpul consilierii***

Problemele abordate de oameni în timpul consilierii adesea se referă la un registru larg de subiecte: incertitudinea, păstrarea secretului, sentimentul de pierdere.

Consilierii au remarcat că spectrul problemelor este foarte larg. In diagramă sunt incluse subiecte enumerate de 177 de consilieri în probleme de HIV/SIDA.

## Subiectele cele mai abordate în timpul consilierii (%)



- îngrijorarea în privința relațiilor (sexuale și altele) cu alți oameni
- cum să evite transmiterea HIV
- moartea sau agonia
- evoluția maladiei și determinarea propriului stadiu
- cum să se autocontroleze
- probleme practice, financiare, locul de muncă
- cui și cum să povestească
- rușinea, teama de izolare/superstiții
- probleme de confidențialitate
- modul sănătos de viață
- luarea deciziei de a efectua testul la HIV

Cei care manifestă compasiune și acordă sprijin persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA deseori simt un disconfort emoțional important și o teamă de izolare socială. În rezultatul anchetării efectuate printre acești specialiști (pe un eșantion de 470 de participanți), au fost obținute următoarele motivări ale cauzelor unor asemenea emoții: 35% doreau să asigure o îngrijire optimă și se străduiau să realizeze acest lucru; 23% s-au concentrat asupra propriului disconfort emoțional (sentimentul de pierdere, mânie, neputință, vinovăție, neliniște și depresie; 27% erau preocupați de riscul transmiterii HIV și 20% erau îngrijorați de dezaprobarea și discriminarea lor și a celor pe care îi îngrijeau).

### **Tipurile de stări psihologice ale omului în cazul rezultatului pozitiv al testului la HIV**

Diagnosticul infecției HIV creează tensiuni psihologice majore. Stările psihologice în care cade persoana infectată cu HIV sunt condiționate de faptul că diagnosticul deseori este neașteptat pentru ea și este nevoie de timp pentru a-l accepta și a se adapta la viață într-o nouă realitate.

Infecția HIV conferă o stare de derută față de toate aspectele vieții umane, inclusiv calitatea și durata vieții, eficiența tratamentului și reacția din partea societății. Aceste subiecte trebuie discutate deschis și sincer.

Drept răspuns la incertitudinea creată, persoana infectată cu HIV trebuie să întreprindă anumiți pași, ca să se adapteze la noile condiții. Chiar și lipsa oricărei reacții la comunicarea rezultatului poate fi o încercare de a se adapta prin negare.

Nu există vreo posibilitate de a prevedea eventuala reacție a clientului la comunicarea diagnosticului pozitiv la infecția HIV.

### ***Șocul***

Acesta este o reacție firească a omului la o informație care reprezintă o amenințare pentru viață. Reacția de șoc, de regulă, include:

- starea de amorțeală, de tăcere „uluită”, de exprimare a neîncrederii în cele spuse;
- sentimentul de rușine, buimăceală, neîncredere în prezent și viitor;
- disperarea („Of, dumnezeule, sunt pierdut/ă!”);
- stare de labilitate emoțională (trecerea rapidă și imprevizibilă de la lacrimi la râs și invers);
- înstrăinarea, distanțarea de problemele și circumstanțele existente, nedorința de a participa la discuție, la activitate sau la întocmirea planurilor de tratament.

### ***Negarea***

Unele persoane pot reacționa la comunicarea diagnozei puse printr-un refuz categoric de a crede în realitatea unui asemenea fapt („Asta nu mi se poate întâmpla mie!"). La etapa inițială negarea, slăbind stresul, este capabilă să influențeze binefăcător asupra pacientului, dar ulterior ea numai îngreuiază procesul adaptării lui la noile condiții de viață. Dacă nu se dă riposta cuvenită negării, omul nu poate conștientiza responsabilitatea socială care îi revine din momentul informării.

### ***Gânduri și fapte suicidale***

Pentru omul care a aflat despre statutul său HIV crește riscul unui deznodământ suicidal. Suicidul poate fi interpretat ca o posibilitate de a evita suferințele fizice și de a pune capăt frământărilor rudelor și persoanelor apropiate. Suicidul poate fi activ (mutilare intenționată cu urmări letale) și pasiv (comportament ce duce la distrugerea sănătății).

### ***Teama***

Omul care trăiește cu HIV are multe temeri. Cele mai serioase din ele sunt teama de moarte și teama de agonie din cauza bolii și/sau a singurătății. Printre altele mai trebuie menționată teama de a fi abandonat (respins) de cei apropiați și de societate, teama de a lăsa copiii/familia fără sprijin, teama pierderii capacităților fizice sau mintale, teama de a pierde confidențialitatea. Uneori cauza apariției fricii este întemeiată pe experiența altor persoane. Dar de cele mai multe ori ea este determinată de informarea insuficientă privind HIV/SIDA. Temerile pot fi diminuate, discutându-le în mod deschis.

### ***Depresia***

Foarte des omul ajunge în starea de depresie în momentul conștientizării că virusul a pus stăpânire pe întreg corpul, că maladia este incurabilă și că situația a scăpat de sub control. Motivele exterioare pentru depresie pot fi examenele medicale mai frecvente. În afară de aceasta, „contribuția" sa la dezvoltarea depresiei o poate aduce și pierderea capacității de reproducere, de executare a funcțiilor părintești, precum și de planificare pe termen lung.

### ***Neliniștea/alarmarea***

Neliniștea intră în viața persoanei infectate cu HIV ca urmare a sentimentului de confuzie în legătură cu maladia. Neliniștea poate fi provocată de diverse cauze, de exemplu: sporirea riscului de contaminare cu alte maladii; scăderea capacității de activitate eficientă;

pierderea sănătății și a independenței financiare.

### ***Diminuarea autoaprecierii***

Autoaprecierea începe să sufere imediat după diagnosticarea infecției HIV. Înstrăinarea vecinilor, a colegilor de serviciu, a cunoscuților și rudelor poate provoca sentimentul pierderii propriei valori sociale și a încrederii în sine, ceea ce, la rândul său, conduce la diminuarea autoaprecierii. Situația o pot agrava maladiile asociate cu infecția HIV, care provoacă schimbarea aspectului exterior, precum și epuizarea fizică, pierderea forțelor fizice și a controlului asupra propriului corp.

### ***Ipohondria***

La ipohondrie omul poate ajunge din cauza îngrijorării excesive în privința sănătății sale, când chiar și cele mai neînsemnate schimbări fizice provoacă o neliniște puternică. Ipohondria poate avea caracter temporar, manifestându-se imediat după comunicarea diagnosticului, sau permanent, când adaptabilitatea la maladie este dificilă.

*Orice om care a aflat despre diagnosticul HIV/SIDA are nevoie de asistență psihologică și sprijin în traversarea următoarelor etape de adaptare la diagnoză prin audierea, reflectarea și acceptarea sentimentelor lui, prin oferirea informației necesare, prin intensificarea siguranței că el singur își va putea dirija viața.*

### **Sentimentele trăite de persoanele infectate cu HIV :**

#### ***Înrăire***

Unii oameni se înfurie, având sentimentul că lor „strașnic nu le-a mers” că s-au contaminat. Comportamentul lor devine distructiv și ei sunt capabili să-și facă rău și sie, și celor din jur. Poate să li se dezvolte înclinația spre autobicuire („Cum am putut să mă molipsesc cu HIV?” ș.a.m.d.), nu sunt excluse nici dispozițiile suici-dale.

#### ***Pierdere***

Persoanele cu HIV/SIDA au sentimentul pierderii propriilor pretenții, a farmecului fizic, a posibilității relațiilor sexuale, a condiției sociale, a stabilității și independenței financiare. Pe măsură ce crește necesitatea în îngrijiri fizice, se aprofundează și senzația de pierdere a intimității și a controlului asupra propriei vieți. Deosebit de periculoasă este pierderea încrederii în sine, deoarece în dependență de aceasta se poate diminua și capacitatea de a depăși HIV/SIDA.

### *Nenorocire*

Persoanele cu HIV/SIDA deseori se află într-o stare de profundă nenorocire și pierdere. Suferințele lor se pot intensifica din cauza frământărilor rudelor și prietenilor, care sunt martorii agravării sănătății PTHS.

### *Culpabilitate*

În momentul când persoanei i se comunică diagnosticul HIV, ea, de regulă, are un sentiment de culpabilitate față de cei pe care, fără să știe, i-a putut contamina sau pentru propriul comportament, al cărui rezultat a fost infecția HIV (sex neprotejat sau consum de droguri injectabile), în mare măsură starea omului se agravează și mai mult din cauza atitudinii societății față de problema HIV/SIDA. El se simte vinovat pentru durerea, neliniștea sau pierderile pe care boala sa le cauzează persoanelor dragi, familiei și, în special, copiilor.

### *Tendință spre izolare*

Reacția persoanei infectate cu HIV se poate manifesta prin renunțarea totală la contactele sociale. Una din cauzele principale a unei asemenea reacții este teama de a fi abandonat: „Totuna toți mă vor respinge, mai bine s-o fac primul”. La etapa inițială, consilierul trebuie să manifeste respect față de nevoia clientului de a se izola. Dar dacă această stare persistă, consilierul trebuie să elucideze cauzele ei și să-l determine să-și schimbe atitudinea.

### *Anxietate sufletească*

Se întâmplă că teama de moarte sau alte reacții la aflarea informației despre maladia incurabilă provoacă sau sporesc cointeresarea în soluționarea problemelor spirituale. Conștientizarea păcatului și vinei, starea de iertare, împăcare și acceptare pot deveni rezultatul căutării unui sprijin religios.

### **Factorii ce determină gradul de manifestare a emoțiilor negative și a stării psihice a clientului:**

Starea sănătății clientului în momentul comunicării diagnozei HIV.

Gradul de pregătire a clientului pentru receptarea diagnozei HIV.

- Încrederea/neîncrederea în sprijinul din partea societății, în ajutorul prietenilor sau al membrilor familiei.
- Valorile anterioare. Particularitățile psihicului clientului.
- Atitudinea față de problemele HIV/SIDA, față de boală, moarte, condiționată de

tradiția culturală și de concepțiile spirituale ale clientului.

### **Etapele adaptării la diagnostic**

Informația despre maladia incurabilă poate influența în mod diferit viața omului și a persoanelor apropiate lui. Unii suspectau boala, pentru alții ea a fost o surpriză absolută. Dar, într-un fel sau altul, aflarea acestei informații se apreciază ca un eveniment ieșit din comun.

Criza psihologică este o parte integrantă a procesului acceptării maladii, pentru că boala atacă și schimbă întreaga viață a omului. Maladia include câteva componente: *senzorial* - perceperea bolii sau a altor dereglări; *emoțional* - chinurile sufletești în legătură cu cele întâmplare cu un larg spectru de emoții, de la teamă până la speranță; *volitiv* - necesitatea de a depăși maladia; *rațional* - cunoașterea faptului îmbolnăvirii.

Atitudinea omului față de boală poate fi *adecvată* - corespunzătoare stării date, *neglijentă* - seriozitatea maladii se subapreciază, *negativă* - se resping gândurile și faptele legate de maladie, *fobică* - seriozitatea situației se exagerează; *pozitivă* - boala este pusă în conexiune preponderent cu emoțiile pozitive (de exemplu, boala ca experiență nouă, ca posibilitate de a privi altfel lumea și pe sine, de a obține noi avantaje materiale sau de alt fel etc.). Cunoștințele despre psihologia persoanei îmbolnăvite îi sunt necesare consilierului care se ocupă de bolnavii incurabili sau cei implicați în probleme de infecție HIV.

### **Ce trebuie să facem dacă aflăm că o cunoștință, coleg, sau prieten este seropozitiv?**

În primul rând, să fim convinși că nu trebuie să avem teamă și să ne ferim, marginalizându-l în acest fel. Nu se cunoaște nici un caz de infecție dobândită de-a lungul anilor în relațiile sociale normale, ce există cu cei din jur. Seropozitivii au indus o teamă mult mai mare decât în cazul altor boli la fel de grave și mult mai contagioase. Imaginea pe care a creat-o în lume mass media, cu descrieri înspăimântătoare, a indus o teamă disproporționată. Seropozitivii se simt, de altfel, izolați și excluși de foarte multe ori, deoarece fac parte și din persoanele "marginalizate", datorită apartenenței la alte condiții (homosexuali, bisexual", toxicodependenți, prostituate). De aici, necesitatea de a-l înțelege și de a-i trata exact ca pe orice persoană cu care conviețuim. A discuta, a-i asculta cu răbdare, sinceritate și înțelegere, le poate fi de mare folos.

### **Ce trebuie să cunoască o persoană infectată**

Că va fi în stare să aibă grijă de sănătatea sa imediat ce află că este infectată, putând beneficia rapid de tratamente adecvate profilactice față de diverși agenți infecțioși "oportuniști". Avertizată, persoana seropozitivă va putea să-și protejeze partenerii sexuali și, mai ales, în cazul femeilor, va fi în măsură să decidă dacă dorește să procreeze, acceptând, în cunoștința de cauză, cele două riscuri:

- aducerea pe lume a unei ființe care are 20-30% șanse să fie infectată perinatal
- probabilitatea că însăși graviditatea să fie un factor de accelerare a infecției către SIDA (scurtarea incubăției).

### **Tratament**

Cercetările care vizează găsirea unui medicament anti-HIV (etiotrop) s-au soldat cu punerea la dispoziție a unor medicamente utilizabile în tratamentul antiviral. Într-un interval de timp relativ scurt au fost cunoscute multe detalii referitoare la ciclul de viață al virusului (HIV) în celula infectată și a stadiilor de replicare, în vederea alegerii acelor etape din ciclul de viață al virusului, asupra cărora s-ar putea interveni blocând înmulțirea acestuia. Se știe azi că ciclul începe cu atașarea de celulă, fuziunea membranei celulare cu învelișul viral, revers transcrierea, integrarea ADN-ului copie (a ARN-ului viral) în genomul limfocitului, apoi activarea ADN-ului HIV integrat; se cunosc fazele creșterii sau descreșterii nivelului de replicare al virusului influențate de gene HIV-reglatorii și, în fine, "fabricarea" constituenților virali HIV, asamblarea în particule virale complete și punerea în libertate (prin înmugurire) a descendenților, din celule infectate. În căutarea unor medicamente care să acționeze pe oricare din fazele ciclului de viață al virusului nu s-au obținut substanțe care să împiedice fuziunea sau integrarea; s-au obținut substanțe cu rezultate limitate, care ar putea împiedica atașarea sau activarea genomului HIV.

Rezultate foarte bune au fost, în schimb, obținute cu substanțele terapeutice care opresc reverstranscrierea (acțiunea reverstranscriptazei) cu speranțe mari în alte substanțe care pot împiedica sinteza componentelor virale (proteine, enzime etc.).

Deși unele dintre aceste medicamente au găsite foarte efective, pînă acum nu a fost depistat medicament, care ar exista, pentru tratarea HIV sau care ar opri progresarea completă. Multe dintre aceste medicamente au niște efecte negative severe și majoritatea sunt



foarte scumpe, înlăturînd posibilitatea tratamentului de ameliorare a majorității oamenilor din lume. Potrivit unor ghiduri curente, tratamentul ar trebui să se axeze pe regresia maximă a simptomelor pentru cît mai mult timp posibil. Această apropiere agresivă este cunoscută ca terapia înalt activă antiretrovirală. (HAART) Scopul HAARP este de a reduce cantitatea de viruși în sînge, sau chiar nivele nedepistate, deși virusul nu este nicodată dispărut. Acest tratament este, de obicei, obținut prin combinarea a trei sau mai multor medicamente în același timp, adesea numit „cocktail”.

### Capitolul III

**Legea Republicii Moldova cu privire la profilaxia maladiei SIDA Nr.**

**1460-XII din 25.05.93**

**Monitorul Oficial nr.7/214 din 30.07.1993**

#### **Parlamentul Republicii Moldova adoptă prezenta lege:**

**Art.1.** - (1) Cetățenilor Republicii Moldova, cetățenilor străini și apatrizilor care locuiesc sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova li se asigură dreptul la examen medical (inclusiv anonim) în scopul depistării precoce a virusului imu-nodeficiar uman (HIV) și a maladiei SIDA. Cercetările de laborator se efectuează gratuit.

(2) Organele sănătății și instituțiile medicale sunt obligate să asigure protecția persoanelor examinate și a personalului medical contra infectării lor.

**Art.2.** - Persoanele testate conform prezentei legi, ale căror probe atestă infectarea cu virusul HIV/SIDA) sunt avizate în scris de organele sănătății și instituțiile medicale asupra necesității respectării regulilor de prevenire a răspândirii maladiei SIDA, precum și asupra răspunderii penale pentru punerea intenționată în pericolul de a se contamina sau pentru infectarea intenționată a altor persoane.

**Art.3.** - (1) Cetățenii Republicii Moldova, cetățenii străini și apatrizii care locuiesc sau se află temporar pe teritoriul Republicii Moldova sunt obligați conform hotărârii organelor sănătății și instituțiilor medicale să treacă examenul medical, dacă există motive întemeiate pentru a suspecta aceste persoane ca fiind infectate de virusul imunodeficiar uman.

(2) în cazul depistării virusului HIV, persoanele contaminate sunt supuse su pravegherii medicale.

(3) Regulile de examinare și supraveghere medicală se stabilesc de către Ministerul Sănătății în conformitate cu prezenta lege și sunt publicate în presă spre cunoștința tuturor.

**Art.4.** - (1) Persoanele care conform deciziei organelor sănătății și instituțiilor medicale urmează a fi examinate sau supuse supravegherii medicale sunt obligate să se prezinte în organele sau instituțiile respective la avizul în scris al acestora.

(2) Cetățenii Republicii Moldova și apatrizii cu domiciliu stabil în Republica Moldova, în caz de neprezentare la instituțiile medicale fără motive întemeiate pentru a fi supuse examenului medical sau supravegherii medicale sunt aduse în mod forțat la aceste instituții de către lucrătorii lor, iar în caz de necesitate și cu ajutorul organelor de poliție din raza domiciliului sau aflării cetățenilor menționați, aplicându-li-se sancțiuni administrative

(3) În cazul în care persoana examinată nu este de acord cu hotărârea organelor sănătății sau instituțiilor medicale, ea are dreptul de a face apel în organul sănătății ierarhic superior sau în instanța de judecată.

**Art.5.** - (1) Cetățenii străini și apatrizii cu domiciliu flotant în Republica Moldova care se eschivează de la examenul medical sau supravegherea medicală sunt expulzați din republică în conformitate cu legislația în vigoare.

(2) Personalul diplomatic al misiunilor diplomatice și consulatelor străine, alte persoane învestite cu privilegii și imunități diplomatice pe teritoriul Republicii Moldova pot fi examinate la depistarea virusului HIV numai cu consimțământul lor. Propunerile Ministerului Sănătății referitor la necesitatea testării persoanelor în cauză trebuie coordonate cu Ministerul Afacerilor Externe.

**Art.6.** - Persoana care știe că este afectată de SIDA și pune premeditat în pericolul contaminării sau infectării cu SIDA o altă persoană poate fi trasă la răspundere penală, compensându-i-se cheltuielile pentru tratamentul persoanei molipsite.

**Art.7.** - Personalul medical și alte persoane care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin informații privind examenele medicale la infectarea cu virusul HIV (SIDA) și rezultatele lor sunt obligate să păstreze secretul acestor informații. Pentru divulgarea secretului ei sunt trași la răspundere administrativă.

**Art.8.** - (1) Cetățenii Republicii Moldova și apatrizii cu domiciliu stabil în Republica Moldova în cazul contractării virusului HIV (îmbolnăvirii de SIDA) au dreptul la asistență medicală și asigurare socială.

(2) Lor li se asigură eliberarea gratuită a medicamentelor pentru a se trata ambulatoriu din contul instituției medicale. Părinții sau persoanele care îi înlocuiesc pe părinți au dreptul să se afle în staționar împreună cu copii infectați cu virusul HIV

sau bolnavi de SIDA (în vârstă de până la 14 ani), fiind eliberați de la lucru pentru perioada tratamentului copiilor și acordându-li-se la locul de muncă o indemnizație pentru incapacitate temporară de muncă.

*[Alin. 2 art.8 modificat prin Legea nr.934-XIV din 14.04.2000]*

(3) Nu se admite concedierea, refuzarea de a încadra în câmpul de muncă, de a încadra în instituții curative, de a primi în instituții de învățământ, sau în instituții preșcolare, precum și lezarea altor drepturi și limitarea intereselor legitime ale unor asemenea persoane numai în baza faptului că ele sunt purtătoare de virus sau bolnave de SIDA. Nu se admite lezarea dreptului de primire a locuinței și a altor drepturi și interese legitime ale rudelor și apropiaților contaminatului.

(4) Nerespectarea de către conducătorii de unități economice cu forme diferite de proprietate în care lucrează persoane infectate cu virusul HIV sau bolnave de SIDA, a drepturilor acestor persoane, precum și lezarea intereselor lor atrage după sine răspunderea conducătorilor respectivi în conformitate cu legislația în vigoare.

**Art.9.** - (1) Cetățenii Republicii Moldova care au fost molipsiți în urma manipularilor medicale sunt asigurați cu pensie de invaliditate cauzată de o infirmitate de muncă.

(2) Repararea prejudiciilor aduse persoanei în rezultatul infectării revine instituției medicale în care a fost infectată.

**Art.10.** - Contractarea virusului imunodeficient uman de către personalul medical și farmaciști în timpul îndeplinirii obligațiilor de serviciu se consideră boală profesională.

**Art.11** - (1) Cetățenilor străini, apatrizilor din alte țări infectați cu virusul HIV sau bolnavi de SIDA le este interzis accesul pe teritoriul Republicii Moldova.

(2) Intrarea în Republica Moldova pe un termen de peste 3 luni este permisă numai persoanelor care prezintă certificatul medical de examinare la SIDA cu testul la laborator negativ.

(3) Persoana care nu a fost supusă unui astfel de examen este obligată să se prezinte în primele 10 zile de la sosirea în Republica Moldova la instituția respectivă pentru a fi testată la SIDA. Ulterior această procedură se va efectua o dată pe an.

(4) Conducătorul instituției sau persoana particulară la care a sosit cetățeanul străin în condițiile legii sunt responsabili de posesia de către acesta a certificatului

lui medical, iar în cazul, în care nu-l are, de îndreptarea lui la timp la o instituție medicală pentru a trece examenul de laborator.

**Art.12.** - Cetățenii străini și apatrizii cu domiciliu flotant a căror testare în timpul aflării în Republica Moldova a arătat că sunt purtători ai virusului HIV (bolnavi de SIDA) sunt expulzați din țară.

**Regulele de examinare și supraveghere medicală  
pentru depistarea contaminării cu virusul HIV  
(maladia SIDA)**

Prezentele Reguli au fost elaborate în baza art.3 al Legii Republicii Moldova de la 31 mai 1993 „Despre profilaxia maladii SIDA” și stabilesc ordinea examinării medicale a cetățenilor Republicii Moldova, a cetățenilor străini și apatrizilor, care locuiesc, se află temporar sau vin pe teritoriul Republicii Moldova, pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficientar (HIV) și a îmbolnăvirii cu sindromul imunodeficienței achiziționate (SIDA).

1. Regulile urmează a fi respectate în mod obligatoriu de către ministerele, de partamentele, conducătorii întreprinderilor și organizațiilor de orice formă de proprietate, ai instituțiilor de învățământ, de către cetățeni.
2. Nerespectarea Regulilor atrage după sine răspunderea administrativă în conformitate cu Codul cu privire la contravențiile administrative al Republicii Moldova și cu Legea Republicii Moldova despre asigurarea sanitar-epidemiologică a populației republicii.
3. Se supun examinării:
  - 3.1. Donatorii de sânge, plasmă și alte lichide biologice, țesuturi, organe - la fiecare prelevare. Donatorii de spermă sunt testați de două ori, la un interval de 3 luni, după care sunt admiși la donare cu testare obligatorie la fiecare act donator următor.
  - 3.2. Sângele placentar și abortiv, colectat și folosit pentru producerea preparatelor - indiferent de termenii testării anterioare.
  - 3.3. Cetățenii RM, care revin din deplasări din străinătate - de serviciu, de

afaceri sau particulare - cu o durată de peste 3 luni. Trimiterea lor pentru examinare în instituțiile ocrotirii sănătății este asigurată de organizațiile care i-au delegat pe acești cetățeni.

**3.4.** Persoanele care se adresează în organele puterii cu cererea de a li se oferi cetățenia Republicii Moldova - cu trimiterea acestora.

**3.5.** Cetățenii străini și apatrizii care au venit în Republica Moldova la studii, serviciu și cu alte scopuri, cu excepția persoanelor care au prezentat certificate de examinare și în țara de plecare, sunt examinați în decurs de 10 zile de la sosirea lor, în instituțiile sanitare, iar ulterior - în cadrul examenelor medicale anuale, la solicitarea asistenței medicale în cazul unor indicații clinice și epidemiologice. Cetățenii străini și apatrizii, care au venit la muncă sau cu alte scopuri, sunt examinați în baza biletelor de trimitere ale organizațiilor și persoanelor, la invitarea cărora ei au venit.

În cazul dorinței cetățeanului străin sau a apatridului, la prelevarea sângelui poate asista un lucrător medical sau un reprezentant al ambasadei statului respectiv.

**3.5.1.** Colaboratorii diplomatici ai misiunilor diplomatice străine și ai instituțiilor consulare și alte persoane care se bucură, pe teritoriul Republicii Moldova, de anumite privilegii și imunități, pot fi examinați pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficient uman (maladia SIDA) doar cu consimțământul lor. Propunerea către asemenea persoane de a efectua examinarea este coordonată în prealabil de Ministerul sănătății cu Ministerul de externe al RM.

**3.5.2.** Posibilitatea de examinare a colaboratorilor organizațiilor și instituțiilor internaționale, interguvernamentale și altele, precum și a reprezentanților străini, acreditați pe lângă ministerele, departamentele și organizațiile respective, se soluționează cu participarea acestor ministere, departamente, organizații și instituții în baza acordurilor și convențiilor internaționale multilaterale, a acordurilor și practicii bilaterale.

**3.6.** Cetățenii RM, care pleacă peste hotare în țările care solicită certificatul de examinare pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficienței umane (maladia SIDA)

**3.7.** Cetățenii RM și cetățenii străini, care au avut contact sexual cu bolnavi sau cu purtători ai SIDA și au fost depistați în timpul investigației epidemiologice, sunt examinați după depistare peste 3, 6, și 12 luni.

**3.8.** Persoanele care s-au aflat în contact medical cu bolnavi de SIDA sau cu purtători ai virusului sunt examinați peste 6 și 12 luni.

- 3.9.** Copiii născuți de la mame infectate cu HIV - la naștere, peste 6, 12 luni după naștere și în decurs de 3 ani o dată pe an.
- 3.10.** Bolnavii care necesită sistematic transfuzii de sânge și de preparate ale acestuia (hemofilie, maladia Verlgoff, maladia Vilebrandt, anemii cu diverse geneze ș.a.) - o dată pe an. Recipienții preparatelor din sânge și de sânge integral - peste 6 luni după hemotransfuzie.
- 3.11.** Persoanele care sunt supuse hemodializei - 1 dată pe an.
- 3.12.** Persoanele care au suportat transplanturi de organe, țesuturi, măduvă osoasă, piele - peste 6 luni după operație.
- 3.13.** Persoanele care suferă de narcomanie, toxicomanie, homosexualii și bi sexualii, persoanele care practică prostituția, care au contacte sexuale ocazionale se examinează de două ori pe an.
- 3.14.** Persoanele care sunt plasate în izolatoare de detenție preventivă, în instituții de reeducare prin muncă și profilactorii ergoterapeutice - la intrare și la eliberare.
- 3.15.** Persoanele fără domiciliu stabil, care practică vagabondajul.
- 3.16.** Persoanele care suferă de maladii cu transmitere sexuală (sifilis, gonoree, șancru moale, limfogranulomatoză veneriană, trihomoniază, uretrite și colpitenegonococice, afecțiuni herpetice, candidoze, micoplazmoze ale organelor genitale, candilome acuminate și pediculoza pubiană) - la solicitarea asistenței medicale, anual pe perioada dispensarizării, ulterior - conform indicațiilor și la scoaterea de la evidență.
- 3.17.** Persoanele depistate că au fost în contact sexual cu bolnavi de sifilis și gonoree - la depistare și peste 6 luni.
- 3.18.** Personalul hotelurilor, ocupat în deservirea cetățenilor străini și turiștilor, - o dată în an.
- 3.19.** Șoferii și alt personal al întreprinderilor auto, care efectuează deplasări peste hotare - o dată pe an.
- 3.20.** Femeile gravide - în cazul existenței indicațiilor clinice și epidemiologice.
- 3.21.** Femeile gravide, trimise pentru întreruperea sarcinii, precum și cele internate în secțiile ginecologice și altele cu avorturi spontane, criminale.
- 3.22.** Copiii internați în secții de reanimare, oncologice, toracale și hematologice. Copiii spitalizați repetat și care necesită o terapie intensivă parenterală - peste 6 luni și ulterior conform indicațiilor clinice.

**3.23.** Personalul medical, care lucrează cu virusul SIDA sau asigură diagnosticele, tratarea și asistența nemijlocită a persoanelor infectate cu HIV sau bolnavilor de SIDA - o dată la 6 luni.

**3.24.** Cetățenii RM, cetățenii străini și apatrizii, care au solicitat examinarea, inclusiv și anonimă.

**3.25.** Persoanele care necesită această examinare după indicațiile clinice:

**3.25.1.** Cu maladii și sindrom-uri SIDA-indicatoare:

- febră mai mult de 1 lună;
- care arată mărirea ganglionilor limfatici din două și mai multe grupuri mai mult de o lună;
- cu diaree, ce durează mai mult de o lună;
- cu o pierdere nemotivată a greutateii corpului de 10 și mai multe procente;
- cu pneumonii prelungite și recidivante sau cu pneumonii, care nu cedează unei terapii obișnuite;
- cu maladii piobacteriene parazitare prelungite și recidivante;
- cu encefalită subacută, encefalopatie și debilitate mintală la persoane sănătoase anterior;
- cu leucoplakie păroasă a limbii;
- femeile cu maladii inflamatorii și neoplazice cronice ale sistemului reproductiv feminin (infecție vaginală persistentă, micoze vaginale, rezistente la terapie, candidoze vulvovaginale recidivante, herpes vaginal recidivant, displazie cervicală, cancer cervical, infecție papilomovirală, ovar polichistic, boli inflamatorii pelviene, complicate cu abcese tubo-ovariene).

**3.25.2.** Cu suspectarea sau diagnosticul stabilit de:

- sarcomul Kaposhi;
- limfomul primar cerebral, limfomul imunoblastic;
- leucemie T-celulară;
- tuberculoză cu orice localizare (pulmonară și extrapulmonară), provocată de *Mycobacterium tuberculosis* - în timpul luării la evidență, peste 6 luni și ulterior - în cazul acutizării procesului sau după alte indicații clinice;
- micobacterioze, provocate de *Mycobacterium avium* sau *Mycobacterium kansasii*, diseminat sau extrapulmonar - în timpul luării la evidență, peste 6 luni și ulterior - după indicații;



- hepatite B, C, D și Hbs Ag - purtători - la stabilirea diagnozei și peste 6 luni;
- maladii condiționate de Citomegalovirus (afectarea ficatului, splinei, ganglionilor limfatici);
- retinită citomegalovirotică cu pierderea văzului;
- infecție condiționată de virusul herpesului simplu, de o formă generalizată sau cronică;
- herpes Zoster recidivant la persoane mai tinere de 60 de ani;
- mononucleoză (peste 3 și 6 luni de la începutul maladiei);
- pneumocistoză (pneumonie);
- toxoplasmoză cerebrală
- cryptococcoză (extrapulmonară)
- cryptosporidioză intestinală cronică;
- izosporoză cu diaree persistentă;
- histoplasmoză diseminată sau extrapulmonară;
- coccidiomicoză;
- candidoză esofagiană, traheeană, bronșică sau pulmonară;
- micoze profunde;
- leucoencefalopatie plurifocală progresivă;

**3.25.3.** Persoanele decedate cu diagnosticul stabilit în timpul vieții sau post-mortem sau cu manifestări clinice, enumerate în p.3.25.1.,3.25.2.

**4.**Examinarea pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficienței umane (maladia SIDA) se efectuează doar în instituțiile curativo-profilactice. Examinarea se efectuează gratuit.

**5.**La solicitarea cetățenilor RM, a cetățenilor străini și apatrizilor, poate fi efectuată examinarea lor repetată în altă instituție medico-sanitară.

**6.**Principala metodă de examinare la SIDA este investigarea de laborator a sângelui. Sângele se prelevează din venă cu o seringă getabilă (sau cu o seringă de folosință multiplă, cu respectarea regulilor de dezinfectare și sterilizare a lor) în cantitate de 3-5 ml. și se trimite la laboratorul care efectuează investigațiile la SIDA.

**7.**La solicitarea cetățenilor RM, a cetățenilor străini și apatrizilor, care au efectuat examinarea de laborator sau clinică, lor li se eliberează un certificat medical de model standard sau un certificat despre rezultatele examinării.

**8.**Conducătorii instituțiilor medicale sunt obligați:

**8.1.**Să asigure condițiile necesare pentru control și examinare la SIDA.

**8.2.**Să instruiască personalul medical, să utilizeze procesul curativ-diagnostic cu aparataj pentru sterilizare, să asigure personalul medical cu mănuși și alte mijloace de protecție, să garanteze inofensivitatea practicii medicale și inadmisibilitatea transmiterii infecției HIV în instituția medicală.

**9.**Personalul medical și alte persoane, care, în virtutea obligațiilor de serviciu, dețin informații despre efectuarea examinării medicale pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficient uman (maladia SIDA) și despre rezultatele acesteia, sunt obligați să păstreze secretul acestei informații.

**Notă:**

**1.**Lista maladiilor SIDA-indicatoare sau SIDA-asociate corespunde listei recomandate de Biroul regional european al OMS de supraveghere SIDA, revăzută în 1993.

**2.**O dată cu publicarea prezentelor Reguli, se anulează „Regulile privind examinarea pentru depistarea contaminării cu virusul imunodeficient uman (maladia SIDA)” din 04.10.90 și Recomandările Ministerului Sănătății Republicii Moldova privind utilizarea lor nr.06-9/252 din 14.01.1991, care au fost în vigoare anterior pe teritoriul Republicii Moldova.

**PROGRAMUL NAȚIONAL DE PROFILAXIE ȘI CONTROL AL  
INFECȚIEI HIV/SIDA ȘI INFECȚIILOR CU TRANSMITERE  
SEXUALĂ PE ANII 2006-2010,**

Infecția HIV/SIDA continuă să rămână o problema prioritară de sănătate publică, în anul 2004 au fost înregistrate 224 de noi cazuri de infecție (6,2 la 100 mii populație), iar în anul 2001 - 210 cazuri (5,81 la 100 mii populație).

Conform situației de la 1 ianuarie 2005, în Republica Moldova au fost depistate în total 1915 persoane infectate cu virusul HIV, inclusiv 56 cetățeni străini (51,46 la 100 mii populație). Procesul epidemic a cuprins toate teritoriile administrative. În localitățile de est ale Republicii Moldova au fost depistate și confirmate, în laboratorul de referință al Centrului SIDA, 390 persoane HIV pozitive (62,03 la 100 mii populație). Conform datelor disponibile, actualmente, în laboratorul Centrului de medicină preventivă Tiraspol s-au acumulat 513 probe de sânge, colectate în localitățile de est ale Republicii Moldova, pozitive la reacția imunofermenativă, nestudiate în testul de confirmare. Maladia SIDA a fost confirmată la 145 persoane, dintre care 82 au decedat.

Până în anul 2000 procesul epidemic al infecției HIV/ SIDA a fost condiționat preponderent de răspândirea infecției în rândurile persoanelor consumatoare de droguri injectabile, în ultimii ani se manifestă o scădere a ponderii utilizatorilor de droguri - de la 78,10% în 2001 la 42,41 % în 2004 și

o sporire a celor infectați pe cale heterosexuale - de la 18,57 % în 2001 la 55,36% în 2004. Ponderea femeilor în grupul persoanelor HIV pozitive a crescut de la 25,24% în 2001 la 49,11 % în 2004. În anul 2003, în rândurile femeilor gravide, au fost înregistrate 7 cazuri de infecție HIV și 38 - în 2004. În 2003 au fost, de asemenea, depistați 4 copii infectați, născuți din mame HIV pozitive, iar în anul 2004 - 5. Rămâne la un nivel stabil incidența persoanelor HIV pozitive în rândurile tinerilor cu vârsta de 15-24 ani (10,9 la 100 mii în anul 2001 și 9,67 în anul 2004). Comparativ cu anul 2003, în anul 2004 numărul bolnavilor de sifilis s-a redus cu 11,3%.

Evaluarea Programului național de profilaxie și combatere a infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2001-2005, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 482 din 18 iunie 2001, a confirmat actualitatea problemei abordate, contribuind la mobilizarea forțelor interne întru realizarea strategiilor și activităților prioritare de prevenire, supraveghere și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală, la desfășurarea activităților informaționale și educaționale, la eficientizarea lucrului cu grupurile vulnerabile, la acordarea asistenței medicale, inclusiv la tratamentul specific antiretroviral (ARV), la susținerea persoanelor HIV pozitive și bolnave de SIDA.

Activitățile statale în vederea realizării prevederilor Programului național de profilaxie și combatere a infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010 sînt susținute tehnic și financiar de organizațiile internaționale. Fondul Global SIDA/TB/Malaria, Banca Mondială și altele, ceea ce va conduce, în mare măsură, la îndeplinirea angajamentelor asumate de Guvernul Republicii Moldova în cadrul Declarației semnate la Sesiunea Specială a Adunării Generale a Națiunilor Unite în problema HIV/SIDA din iunie 2001.

Monitorizarea și supravegherea epidemiologică a infecției HIV/SIDA se află în permanentă atenție a organelor de resort. A sporit accesul populației la testarea HIV/SIDA (în anul 2001 au fost testate 116374 persoane, iar în 2004 - 216762), Activitățile de supraveghere epidemiologică, tratamentul ARV și al maladiilor oportuniste, precum și îngrijirile paliative sînt standardizate, cu elaborarea protocoalelor naționale respective.

Se realizează programe educaționale, de comunicare, instruire și de profilaxie a infecțiilor HIV/SIDA/ITS în rândurile populației, tineretului și grupurilor de risc. A fost elaborată Curricula pentru obiectul de studii "Deprinderi de viață", au fost pregătiți profesori, elaborate ghiduri și, începînd cu anul 2005, acest obiect se introduce, în mod obligatoriu, în instituțiile preuniversitare.

A fost extinsă considerabil asistența medicală acordată persoanelor infectate cu HIV/SIDA, inclusiv tratamentul specific ARV și al maladiilor oportuniste.

Cu aportul organizațiilor nonguvernamentale se realizează proiecte de reducere a noxelor, inclusiv în instituțiile penitenciare, în rândurile minorităților sexuale, persoanelor cu risc sporit de

infectare, în vederea pregătirii formatorilor și voluntarilor în formarea deprinderilor de viață și efectuarea educației de la egal la egal (adolescenți, tineret, ostași, carabinieri, grăniceri), precum și în vederea susținerii sociale, psihologice, consilierii prin intermediul liniei fierbinți, pregătirii jurnaliștilor.

Programul național de profilaxie și control al infecției HIV/SIDA și infecțiilor cu transmitere sexuală pe anii 2006-2010 (în continuare - Program) a fost elaborat în baza unui studiu profund al situației epidemice, cu luarea în considerare a rezultatelor realizării Programului național pe anii precedenți, a oportunităților, dificultăților și aspectelor pozitive identificate.

Programul este orientat spre promovarea în societate a unui mod de viață sănătos care, în comun cu extinderea activităților și intervențiilor profilactice, depistarea precoce și tratamentul bolnavilor cu HIV/SIDA/ITS, va contribui la reducerea cazurilor noi de îmbolnăviri, iar asigurarea integrală cu tratament antiretroviral va îmbunătăți calitatea și speranța de viață, precum și va reduce riscul transmiterii materno-fetale a infecțiilor.

### **Obiectivele principale ale Programului**

Prezentul Program are următoarele obiective principale:

1. unirea eforturilor, implicarea, interacțiunea și coordonarea activităților structurilor statale, autorităților administrației publice locale, persoanelor particulare, inclusiv ale persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, ale ONG și organizațiilor internaționale ca parteneri în realizarea activităților de combatere a infecțiilor HIV/SIDA/ITS în Republica Moldova;
2. atragerea și utilizarea rațională a mijloacelor financiare bugetare, a celor din granturi, proiecte de realizare a programelor de comunicare, sensibilizare și instruire a populației; desfășurarea activităților profilactice în rândurile populației în general și ale grupurilor țintă, extinderea și asigurarea asistenței medicale, tratamentului, asistenței și susținerii persoanelor infectate cu HIV/SIDA/ITS;
3. ameliorarea situației epidemice, prevenirea răspîndirii infecțiilor HIV/SIDA/ITS, reducerea incidenței HIV în rândurile tineretului și a consecințelor negative asupra individului, comunității și societății, crearea condițiilor optime pentru îmbunătățirea calității vieții, în conformitate cu Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului în Republica Moldova pînă în 2015;
4. dezvoltarea sistemului de asigurare socială garantată și asigurarea accesului persoanelor afectate de HIV la serviciile medicale;
5. succesiune și durabilitate în planificarea și desfășurarea activităților și intervențiilor.

### **Strategiile prioritare ale Programului**

În prezentul Program sînt trasate următoarele strategii prioritare:

I. Dezvoltarea, consolidarea și asigurarea funcționalității sistemului unic național interdepartamental multisectorial de coordonare a activităților structurilor statale și nonguvernamentale în problemele ce țin de controlul și prevenirea infecției HIV/SIDA și ITS;

II. Dezvoltarea capacităților și extinderea acțiunilor de educare, informare și comunicare pentru publicul larg, tineret și grupurile vulnerabile în profilaxia HIV/SIDA/ITS.

III. Dezvoltarea și consolidarea sistemului de supraveghere epidemiologică a infecțiilor HIV/SIDA/ITS cu elemente de generația a II-a (supraveghere comportamentală).

IV. Extinderea acțiunilor de profilaxie a HIV/SIDA/ITS în grupurile vulnerabile în baza consolidării eforturilor lor statului și ale ONG.

V. Dezvoltarea infrastructurii și a capacităților de acordare a asistenței medicale, sociale și de îngrijire paliativă a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor, precum și copiilor afectați de HIV/SIDA.

VI. Extinderea activităților de asigurare cu servicii de consiliere și testare voluntară confidențială în instituțiile medicale statale, inclusiv în cadrul serviciilor de sănătate pentru tineri.

VII. Consolidarea bazei și extinderea capacităților de prevenire a transmiterii infecției HIV/SIDA și ITS de la mamă la făt.

VIII. Asigurarea securității hemotransfuziilor, intervențiilor medicale sau de alt gen și prevenirea răspândirii nozocomiale a infecției HIV/SIDA și a sifilisului.

IX. Suplimentarea și extinderea acțiunilor de prevenire, diagnostic, tratament și îngrijire a persoanelor cu infecția mixtă HIV/TB, inclusiv în instituțiile penitenciare.

Realizarea strategiilor, obiectivelor și acțiunilor prevăzute în Program va reduce intensitatea răspândirii infecției HIV/SIDA/ITS, minimizând eventualele consecințe negative. Către anul 2010 se preconizează atingerea următorilor indicatori:

***Asigurarea accesului populației la programele educaționale și informaționale.*** Începând cu anul de învățământ 2005/2006, în instituțiile preuniversitare și universitare, va fi implementată Curricula obligatorie „Deprinderi de viață”, cu pregătirea anuală a peste 560 mii de copii, adolescenți și tineri.

Dezvoltarea Cadrului Strategic de Comunicare în HIV/SIDA/ITS pentru anii 2005-2010 va contribui la o lansare coordonată a activităților și campaniilor de comunicare, educare și informare în rândurile populației, tineretului și grupurilor vulnerabile, în scopul formării unui stereotip nou de comportament.

Grupurile cu risc sporit de infectare vor avea acces la programele educaționale și la servicii profilactice bazate pe strategia „reducerea noxelor”, ceea ce va permite menținerea nivelului de

răspîndire a infecției HIV la 40%.

*Asigurarea accesului populației la servicii gratuite de consiliere și testare benevolă și confidențială la HIV și ITS.* De aceste servicii vor beneficia 100% din solicitanți, în special femeile gravide și persoanele din categoria de vîrsta de 15-24 ani.

*Asigurarea, în 100% de cazuri, a tratamentului specific ARV și a maladiilor oportuniste,* conform indicațiilor clinico-imunologice, în baza recomandărilor OMS/UNAIDS; asigurarea, la nivel de 100%, a tratamentului profilactic al femeilor gravide HIV pozitive și al nou-născuților, dotarea cu produse pentru alimentare artificială a copiilor născuți din mame HIV pozitive,

*Consolidarea capacităților și asigurarea accesului la îngrijiri paliative și tratament al persoanelor infectate cu HIV/SIDA.*

*Asigurarea, la nivel de 100%, a tratamentului specific gratuit al bolnavilor cu sifilis.*

Reducerea către anul 2010 a incidenței HIV/SIDA pînă la 3,5 cazuri la 100 mii populație, iar în rîndurile populației cu vîrsta între 15-24 ani - pînă la 4,2. Reducerea, către anul 2010, a incidenței prin boala sifilis pînă la 70 cazuri la 100 mii populație.

După cum s-a menționat mai sus, în prezentul Program sînt incluse 9 strategii prioritare, al căror conținut este dezvăluit în cele ce urmează.

**I. Dezvoltarea, consolidarea și asigurarea funcționalității sistemului unic național interdepartamental multisectorial de coordonare a activităților structurilor statale și nonguvernamentale în problemele ce țin de controlul și prevenirea Infecției HIV/SIDA și ITS**

**SCOPUL** - unirea eforturilor și coordonarea activității structurilor guvernamentale, sectorului privat, ONG și organizațiilor internaționale, în calitate de parteneri sociali, în realizarea activităților de stopare a epidemiei infecțiilor HIV/SIDA/ITS în Republica Moldova, reducerea consecințelor negative asupra societății.

Infecția HIV/SIDA și ITS prezintă un pericol real pentru sănătatea publică și societate. Activitățile de prevenire a acestor maladii în cadrul sistemului de sănătate constituie circa 10-15%. Realizarea măsurilor complexe și operative de profilaxie, comunicare și pregătire socială, acordarea asistenței sociale și medicale, respectarea drepturilor omului, inclusiv ale minorităților sexuale și altor grupuri cu comportament de risc sporit de infectare, sînt posibile doar prin unirea și coordonarea eforturilor structurilor de stat, autorităților administrației publice locale, ONG, organizațiilor internaționale și sectorului privat. Necesită monitorizare continuă realizarea prezentului Program, utilizarea granturilor Fondului Global SIDA/ TB/Malarie, ale Băncii Mondiale și altor donatori.

**ACTIVITĂȚILE:**

1 Asigurarea suportului politic la nivel central și teritorial și finanțarea prioritară a acțiunilor stipulate în Program,

2.Optimizarea Capacităților Consiliului Național de Coordonare (CNC) în vederea realizării și monitorizării Programului.

3.Desfășurarea și eficientizarea activității grupurilor tehnice de lucru ale CNC - supravegherea epidemiologică, inclusiv de santinelă, asupra infecției HIV/SIDA șiITS; educație, informare și comunicare;minimizarea riscurilor și consecințelor negative în grupurile vulnerabile; suport, tratament specific ARV, asistență medicală și socială; monitorizare și evaluare (M&E).

4.Elaborarea și aprobarea planurilor de lucru ale CNC și ale grupurilor tehnice.

5.Elaborarea planurilor de acțiuni pentru teritorii, ministere, servicii și agenții în vederea realizării Programului.

6.Consolidarea rețelei ONG care activează în domeniul HIV/SIDA/ITS și ajutorarea persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, promovarea practicilor pozitive de prevenire a HIV/SIDA.

7.Crearea cadrului adecvat pentru profilaxia HIV/SIDA/ITS la locurile de muncă.

## **II. Dezvoltarea capacităților și extinderea acțiunilor de educare, informare și comunicare pentru publicul larg, tineret și grupurile vulnerabile în profilaxia HIV/SIDA/ITS**

**SCOPUL** - ridicarea nivelului de cunoștințe și de conștientizare a problemei vizate de către populație, adoptarea unui comportament inofensiv, schimbarea atitudinii față de problema HIV/SIDA/ITS crearea unui mediu tolerant pentru persoanele afectate de HIV/ SIDA, prevenirea stigmatizării și discriminării, Cultivarea simțului de răspundere a individului pentru propria sănătate, crearea unui mediu ce va contribui la schimbarea comportamentului, precum și la menținerea unui comportament inofensiv, încurajarea persoanelor de a se adresa la serviciile respective de profilaxie (inclusiv consiliere și testare), tratament, îngrijire și suport.

Dezvoltarea capacităților de elaborare, implementare și evaluare a acțiunilor și a campaniilor de comunicare.

Comunicarea necesită o abordare pragmatică, bazată pe practici și dovezi, fiind orientată spre sporirea nivelului de conștientizare, prin implementarea planuri-lor și programelor educaționale în contingentele organizate (școli, licee, gimnazii, universități), în rândurile populației și în grupurile vulnerabile.

### **ACTIVITĂȚILE:**

1.Stabilirea și asigurarea funcționării sistemului unic de formare a deprinderilor de viață ale tineretului studios din instituțiile de învățământ preuniversitar, mediu de specialitate și universitar în baza Curriculei, precum și formarea deprinderilor de viață ale tinerilor neîncadrați în procesul de

învățămînt în baza programelor extrașcolare, inclusiv educație „de la egal la egal” și activități „outreach”.

1.1. Elaborarea și editarea materialelor didactice pentru tineri:

editarea manualului pentru elevii din colegii și din școlile profesionale - anul 2006; Curricula și manualul studentului pentru cursul „Deprinderi de viață din universități” - anul 2007.

1.2. Elaborarea materialelor instructive pentru cadrele didactice: manualul profesorului pentru colegii și școli profesionale - anul 2006; ghidul profesorului universitar „Deprinderi de viață” - anul 2007.

1.3. Reeditarea manualului elevului și profesorului pentru învățămîntul preuniversitar - anul 2009.

1.4. Instruirea cadrelor didactice din: colegii și școli profesionale, 4000 persoane anii 2006-2007; universități, 4000 persoane - anii 2006 - 2007; clasele primare, 3000 învățători-suplimentar - anul 2006; instruirea anuală a profesorilor preuniversitari, 5000 persoane - anii 2006 - 2009.

1.5. Elaborarea materialelor pentru părinți – anul 2007.

1.6. Realizarea activităților publicitare - anii 2006 -2010.

1.7. Elaborarea materialelor metodice pentru un minicurs de prevenire a HIV/SIDA/ ITS în instituțiile universitare.

1.8. Introducerea în Curricula de instruire a profesorilor universitari a metodologiei și aspectelor de predare a profilaxiei infecției HIV/SIDA și ITS,

1.9. Realizarea unui studiu privind impactul cursului „Deprinderi de viață” în rîndurile tinerilor - 2008.

1.10. Constituirea și editarea unei publicații speciale periodice pentru lucrătorii medicali, consacrate problemei HIV/SIDA/ITS.

2. Dezvoltarea Cadrului Strategic de Comunicare în profilaxia HIV/SIDA/ITS.

2.1. Elaborarea modelului și structurii de comunicare--anul 2006.

2.2. Formarea matriței și rețelei instituțiilor de parteneri în implementarea activităților de comunicare -2006,

2.3. Consolidarea și dezvoltarea capacităților, continuitatea comunicării în rîndurile populației și grupurilor- țintă - mass-media, educatori „de la egal la egal”, lucrători „outreach”, consilieri și lucrători comunitari, grupurile de susținere etc.- permanent.

2.4. Elaborarea și implementarea unui plan de acțiuni care va include informații despre fondurile disponibile în domeniul comunicării HIV/SIDA/ITS.

2.5. Elaborarea instrumentelor de monitorizare și evaluare a eficienței realizării planului



de acțiuni în domeniul comunicării HIV/SIDA/ITS - anii 2006-2007.

3. Desfășurarea campaniilor de informare și de comunicare pentru tineret și populație, consolidarea potențialului de informare, educare și comunicare.

4. Crearea și menținerea liniei verzi telefonice 0800 la nivel național pentru accesul populației, inclusiv al persoanelor HIV pozitive.

### **III. Dezvoltarea și consolidarea sistemului de supraveghere epidemiologie a infecțiilor HIV/SIDA/ ITS cu elemente de generația a II-a (supraveghere comportamentală)**

**SCOPUL** - monitorizarea continuă și evaluarea situației epidemice, elaborarea și concretizarea activităților și intervențiilor profilactice.

#### **ACTIVITĂȚILE**

1. Asigurarea funcționării sistemului național, integral de monitorizare a situației epidemice, asistenței medicale, tratamentului, inclusiv specific ARV, al bolnavilor de SIDA și sifilis, precizarea activităților profilactice în baza rezultatelor monitorizării și evaluării.

2. Asigurarea supravegherii epidemiologice a infecției HIV/SIDA/ITS la nivel statal și teritorial prin efectuarea screeningului diferitelor contingente de populație, inclusiv al grupurilor cu risc sporit de infectare; conform planului anual.

3. Desfășurarea activităților de consiliere și testare a 280 mii de persoane anual: screeningul donărilor de sânge - 70-80 mii de persoane; supravegherea epidemiologică a contingentelor cu risc sporit de infectare -70 mii, a femeilor gravide - 40 mii de două ori pe parcursul sarcinii; testarea anonimă -10 mii de persoane; bolnavilor cu semne clinice ale infecțiilor cu transmitere sexuală -10 mii; testarea conform indicațiilor clinice -10 mii; supravegherea biologică de santinelă - 20 mii. Efectuarea screeningului la sifilis, inclusiv a donărilor de sânge-1,1 milioane persoane,

4. Dezvoltarea serviciului de diagnostic al infecției cu chlamidii și al papilomei virusului uman.

5. Elaborarea și editarea ghidului „Supravegherea epidemiologică de generația a II-a și măsurile antiepidemice și profilactice” - anii 2006 -2007.

6. Efectuarea a două studii ale comportamentului în cadrul supravegherii epidemiologice de generația a II-a în rândurile grupurilor vulnerabile - anii 2006 și 2008

7. Asigurarea sistemului de supraveghere și realizare a măsurilor antiepidemice și profilactice în focarele infecției HIV/SIDA/ITS, în conformitate cu ghidul respectiv.

8. Efectuarea schimbului de informații și experiență în rețeaua Uniunii Europene pentru prevenirea și controlul bolilor infecțioase. Participarea la supravegherea

epidemiologică a infecției HIV/SIDA în rețeaua EURO-HIV.

9. Introducerea componentei HIV/SIDA în sistemul informațional de monitorizare și evaluare în domeniul supravegherii bolilor infecțioase și conectarea la Sistemul Informațional Medical Integrat în calitate de parte componentă a conturului funcțional „Starea sănătății”, conform Hotărârii Guvernului nr.1128 din 12 octombrie 2004 „Cu privire la aprobarea Concepției Sistemului Informațional Integrat.

10. Depistarea precoce a persoanelor cu HIV/SIDA/ ITS prin dezvoltarea și extinderea rețelei de consiliere Atestare voluntară, inclusiv anonimă.

#### **IV. Extinderea acțiunilor de profilaxie a HIV/SIDA/ ITS în grupurile vulnerabile în baza consolidării eforturilor statului și ale ONG**

**SCOPUL** - asigurarea accesului persoanelor din grupurile vulnerabile la serviciile de sănătate și asistență socială, consiliere și testare voluntară la HIV/SIDA/ITS, la informare, activități profilactice, mijloace individuale de protecție și tratament.

În grupurile cu risc major de infectare majoritatea persoanelor sînt tinere, neîncadrate în câmpul muncii, cu acces limitat la servicii medicale și la servicii sociale, prezentînd un potențial sporit pentru evoluarea procesului epidemic al infecției HIV/SIDA și ITS. Dependența de droguri reprezintă un fenomen periculos, prin caracterul său multifactorial, dinamic și schimbător, care afectează predominant tinerii cu vîrsta de 14-35 ani, consti-tuînd o problemă majoră pentru sănătatea publică, fa-vorizînd mortalitatea în urma supradozării, suicidelor, infectarea cu HIV/SIDA/ITS, răspîndirea intensivă a hepatitelor virale și a tuberculozei. Ponderea utilizatorilor de droguri implicați în procesul epidemic al infecției HIV/SIDA rămîne a fi înaltă.

#### **ACTIVITĂȚILE**

1. Realizarea, prin eforturi comune ale instituțiilor publice (Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, Ministerul Justiției, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Educației, Tineretului și Sportului) și ale ONG a proiectelor ce țin de profilaxie, inclusiv bazate pe strategia „reducerea noxelor”, în rîndurile contingentelor și grupurilor vulnerabile: utilizatorilor de droguri intravenos; deținuților din instituțiile penitenciare; femeilor care practică sex comercial; minorităților sexuale; tineretului neșcolarizat și neangajat în câmpul muncii; imigranților, inclusiv repatriaților; romilor; copiilor și tinerilor cu disabilități mintale etc.

2. Dezvoltarea și consolidarea serviciilor de reabilitare prestate persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, inclusiv a utilizatorilor de droguri injectabile HIV pozitivi. Crearea centrelor de reabilitare medicală și socială a persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA în localități urbane mari - anii 2006-2007.

3. Extinderea programelor de substituție cu metadonă, majorînd accesul persoanelor consumatoare de droguri la această terapie în instituțiile specializate subordonate Ministerului Sănătății și Protecției Sociale și în cele penitenciare.

4. Elaborarea, editarea și distribuirea materialelor metodice și informaționale în profilaxia primară și secundară a HIVSIDA/ITS.

5. Asigurarea accesului la prezervative.

6. Crearea sistemului de implicare a studenților Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicoiae Testemișanu”, ai colegiilor medicale și instituțiilor pedagogice, cu facultăți de

pregătire a lucrătorilor sociali, în activitățile de voluntariat „outreach”, desfășurate în rândurile utilizatorilor de droguri, altor grupuri vulnerabile și persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA.

7. Combaterea traficului ilicit de droguri.

## **V. Dezvoltarea infrastructurii și a capacităților de acordare a asistenței medicale, sociale și de îngrijire paliativă persoanelor care trăiesc cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor, precum și copiilor afectați de HIV/SIDA**

**SCOPUL** - asigurarea cu tratament gratuit și extinderea accesului la tratamentul specific ARV al persoanelor cu HIV/SIDA, conform recomandărilor OMS/ UNAIDS, la tratamentul profilactic, al femeilor gravide HIV pozitive și nou-născuților din ele -100%, Perfecționarea acordării asistenței medicale, sociale și îngrijirilor paliative persoanelor cu HIV/SIDA, cu maladii oportuniste și membrilor familiilor lor. Asigurarea cu tratament gratuit a bolnavilor cu -sifilis -100%.

### **ACTIVITĂȚILE**

Extinderea și consolidarea structurilor de asistență medicală acordată persoanelor cu HIV și bolnavilor de SIDA. Asigurarea cu medicamente necesare pentru tratamentul specific ARV, al maladiilor oportuniste și sifilisului.

Organizarea a două centre pentru tratarea bolnavilor de SIDA în zonele cu prevalență înaltă a infecției HIV/SIDA. Integrarea serviciilor paliative, inclusiv de tip „hospice”, în baza instituțiilor medico-sanitare publice, private și organizațiilor nonguvernamentale.

Crearea și extinderea sistemului de îngrijiri paliative și susținerea psihosocială a persoanelor cu HIV/SIDA la domiciliu, cu antrenarea instituțiilor medico-sanitare publice și organizațiilor nonguvernamentale.

Asigurarea monitoringului de laborator al evoluției clinice a infecției HIV/SIDA și eficienței tratamentului antiretroviral și al maladiilor oportuniste. Extinderea posibilităților de determinare a rezistenței virale la preparate ARV.

Instruirea personalului medical antrenat în tratament, diagnostic și supraveghere a persoanelor infectate cu HIV.

Aprofundarea cunoștințelor teoretice și dezvoltarea abilităților practice ale lucrătorilor medicali prin aplicarea metodelor moderne de combatere a HIV/SIDA și altor infecții, modernizarea programelor de studii specifice, organizarea cursurilor de perfecționare și a stagiului specialiștilor la centrele medicale specializate de excelență.

Elaborarea unui regulament privind organizarea și funcționarea serviciilor de îngrijiri paliative ale persoanelor cu HIV/SIDA.

Instruirea personalului medical, membrilor familiei persoanelor cu HIV/SIDA și voluntarilor

în îngrijiri paliative.

Concretizarea și modificarea protocoalelor naționale de tratament și îngrijiri paliative în cazul infecțiilor HIV/SIDA/ITS, conform recomandărilor OMS.

10. Asigurarea asistenței sociale și protecției persoanelor cu HIV/SIDA, membrilor familiilor lor și copiilor afectați de HIV/SIDA.

11. Actualizarea și reeditarea ghidului de îngrijiri paliative ale persoanelor cu HIV/SIDA.

## **VI. Extinderea activităților de asigurare cu servicii de consiliere și testare voluntară confidențială în instituțiile medicale statale, inclusiv în cadrul serviciilor de sănătate pentru tineri**

**SCOPUL** - asigurarea accesului la serviciile de consiliere și testare benevolă a 100% populație care solicită astfel de servicii, în special al persoanelor cu vîrsta de 15-24 ani. Extinderea accesibilității la utilizarea prezervativelor de calitate.

### **ACTIVITĂȚILE**

1. Dezvoltarea cadrului instituțional în baza unei rețele de centre de consiliere și testare voluntară confidențială în instituțiile medico-sanitare publice (centrele și oficiile medicilor de familie, centrele de sănătate, policlinicile consultative), amenajarea încăperilor, instruirea personalului medical în problemele consilierii pre- și posttestare, elaborarea și asigurarea acestor centre cu documentația medicală necesară.

2. Extinderea serviciilor de consiliere și testare voluntară confidențială în instituțiile medico-sanitare publice și în rețeaua serviciilor de sănătate pentru tineri.

3. Elaborarea, aprobarea și editarea Ghidului național de consiliere și testare voluntară.

4. Extinderea accesului la consiliere, testare anonimă și confidențială, în special în comunitățile cu incidență sau prevalență sporită a HIV/ITS, prin consolidarea eforturilor și mărirea numărului de furnizori capabili să ofere astfel de servicii.

5. Extinderea accesului la consiliere și testare voluntară gratuită în centrele de asistență medicală urgentă, centrele de tratament și reabilitare a consumatorilor de droguri, clinicile de planificare familială și în alte centre și instituții accesibile pentru persoanele cu risc sporit de infectare.

6. Pregătirea formatorilor naționali și locali în consiliere și testare voluntară.

7. Pregătirea și instruirea continuă privind consilierea pre- și posttestare a personalului din punctele de consiliere și testare, a conducătorilor centrelor medici lor de familie și serviciilor de sănătate pentru tineri.

8. Elaborarea, editarea și asigurarea centrelor de consiliere și testare voluntară și confidențială cu materiale metodice și informative.

9. Extinderea activităților educaționale și de promovare a consilierii și testării voluntare în

instituțiile penitenciare și în punctele de triere.

10. Crearea unei structuri de marketing și asigurarea controlului asupra calității prezervativelor, comercializate în republică.

## **VII. Consolidarea bazei și extinderea capacităților de prevenire a transmiterii infecției HIV/SIDA și ITS de la mamă la făt**

**SCOPUL**- reducerea riscului transmiterii materno-fetale a infecției HIV, sifilisului și gonoreii prin asigurarea accesului la consiliere și testare voluntară și confidențială a 100% de femei gravide, asigurarea integrală eu tratament profilactic a femeilor gravide HIV pozitive, bolnave cu sifilis și a nou-născuților din mame infectate.

### **ACTIVITĂȚILE**

1 Dezvoltarea capacităților și cultivarea simțului de răspundere socială în rândurile persoanelor sexual active, inclusiv în contextul sănătății reproductive și prevenirii infecțiilor HIV/SIDA/ITS.

2. Asigurarea accesului la servicii sociale și de sănătate, consiliere pre- și posttestare al persoanelor de vîrsta reproductivă, inclusiv înainte de căsătorie, al familiilor tinere, cu antrenarea serviciilor de sănătate și a organizațiilor nonguvernamentale.

3. Instruirea continuă a personalului medical în problemele ce țin de măsurile complexe de prevenire a transmiterii infecțiilor nominalizate de la mamă la făt.

4. Informarea populației despre măsurile de prevenire a HIV/SIDA/ITS și importanța testării.

5. Testarea integrală a femeilor gravide (2 testări gratuite și benevole) la infecțiile HIV/SIDA/sifilis/gonoree.

6. Elaborarea și realizarea programelor de prevenire a sarcinilor nedorite la femeile de vîrstă fertilă, infectate cu HIV și sifilis.

7. Asigurarea accesului femeilor gravide HIV pozitive la servicii de consiliere privind alimentația nou-născuților.

8. Asigurarea cu alimentație artificială de calitate a copiilor născuți din mame HIV pozitive.

9. Elaborarea și perfecționarea cadrului legislativ privind măsurile de acordare a asistenței sociale copiilor afectați de HIV/SIDA și dezvoltarea serviciilor sociale pentru realizarea acestor măsuri.

## **VIII. Asigurarea securității hemotransfuziilor, intervențiilor medicale sau de alt gen și prevenirea răspîndirii nozocomiale a infecției HIV/SIDA și a sifilisului**

**SCOPUL** - reducerea riscului de infectare posttran-sfuzională, nozocomială și profesională.

### **ACTIVITĂȚILE**

1. Dezvoltarea și menținerea serviciului de sînge, elaborarea politicii și strategiei de aplicare în practica curativă a hemotransfuziilor, în scopul asigurării inofen-

sivității hemotransfuziilor, prevenirii transmiterii infecției HIV/SIDA și altor infecții transmisibile prin sânge.

2. Implementarea în serviciul de sânge a sistemului statal de creare a rezervelor de sânge donat și a preparatelor din sânge, cu retestarea donatorului, peste 6 luni după donare, la markerii virusului HIV 1/2, pentru excluderea transmiterii virusului prin hemotransfuzii.

3. Perfecționarea sistemului de selectare a donatorilor de sânge, lichide biologice, organe și țesuturi (examenul clinic, epidemiologic și de laborator) pentru excluderea persoanelor din grupurile cu risc sporit de infectare.

4. Aprovizionarea instituțiilor medico-sanitare cu sortimentul necesar de substituenți ai sîngelui pentru acordarea asistenței medicale urgente și de o bună calitate pacienților. Dotarea laboratoarelor de testare a sîngelui la HIV și alte maladii transmisibile prin sânge cu echipamente moderne și consumabile de performanță, care vor permite efectuarea urgentă și de o calitate mai bună a investigațiilor.

5. Asigurarea unor condiții igienice și antiepidemice adecvate, a sterilizării echipamentului, instrumentelor și materialelor folosite la acordarea asistenței medicale, efectuarea manoperelor și intervențiilor medicale în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private. Monitorizarea permanentă, evaluarea regimului de lucru al aparatajului de sterilizare, a calității prelucrării și sterilizării instrumentarului medical.

6. Crearea condițiilor optime de lucru, respectarea regimului antiepidemic în instituțiile medico-sanitare publice, departamentale și private. Instruirea continuă a personalului medical privind securitatea hemotransfuziilor, respectarea precauțiilor de lucru și asigurarea cu mijloace de protecție individuală.

7. Crearea și asigurarea condițiilor inofensive în unitățile de prestare a serviciilor cosmetologice, manichiură/pedichiură, piercing, tatuaj și altele aferente contactului cu lichidele biologice.

## **IX. Suplimentarea și extinderea acțiunilor de prevenire, diagnostic, tratament și îngrijire a persoanelor cu infecția mixtă HIV/TB, inclusiv în instituțiile penitenciare**

**SCOPUL** - prevenirea răspîndirii infecției prin tuberculoză în rândurile persoanelor HIV infectate, realizarea măsurilor de diagnostic precoce al infecției HIV/SIDA la bolnavii cu tuberculoză evolutivă și al tuberculozei la persoanele cu HIV/SIDA. Acordarea unui tratament complex antituberculos și antiretroviral al persoanelor cu infecția mixtă HIV/TB.

### **ACTIVITĂȚILE**

1. Coordonarea și eficientizarea activităților serviciilor de ftizio-pneumologie, medicină primară și specializată în prevenirea dezvoltării infecției mixte HIV/TB. Asigurarea asistenței medicale

complexe persoanelor cu infecție mixtă HIV/TB.

2. Elaborarea protocolului de măsuri de prevenire, diagnostic, tratament și îngrijire a bolnavilor cu infecția mixtă HIV/TB.

3. Perfecționarea sistemului de supraveghere a infecției mixte HIV/TB,

4. Instruirea personalului medical în prevenirea, diagnosticul și tratamentul cazurilor de infecție mixtă HIV/TB.

## **EXECUTORII PRINCIPALI AI PROGRAMULUI**

Executorii principali ai prezentului Program sînt: Guvernul Republicii Moldova, Ministerul Sănătății și Protecției Sociale, Ministerul Educației, Tineretului și Sportului, Ministerul Finanțelor, Ministerul Afacerilor Interne, Ministerul Apărării, Ministerul Afacerilor Externe și Integrării Europene, Ministerul Justiției, Compania publică «Teleradio-Moldova», autoritățile administrației publice locale, mass-media, rețeaua organizațiilor non-guvernamentale ce activează în controlul HIV/SIDA și tuberculozei, iar parteneri realizarea în Programului sînt organizațiile internaționale care acordă asistență tehnică și financiară în domeniu.

### **Încheiere**

În ultimii ani bolile cu transmitere sexuală au crescut ca număr și vor crește în continuare dacă nu se vor lua măsuri drastice pentru combaterea mecanismului care permite răspîndirea acestor afecțiuni în rîndul populației.

Cu toate că s-au luat măsuri pentru combaterea acestor boli, cu toate că au apărut medicamente noi și eficiente de tratament, numărul acestor boli crește alarmant și apar cazuri noi la o parte însemnată a populației. Probabil factorul social-economic în care ne aflăm la ora actuală, prezența prostituției clandestine și a unui vagabondaj sexual mare, permite majorarea numărului persoanelor infectate, acționînd grav asupra stării sănătății populației.

Numărul mare de contacte sexuale întîmplătoare, ocazionale, cu persoane necunoscute, îngrelează desfășurarea unei anchete epidemiologice corecte, ceea ce face ca sursa de infecție să nu fie descoperită la timp – lucru primordial în stoparea fenomenului de extindere rapidă a bolilor cu transmitere sexuală.

### **În scopul redresării situației create la etapa actuală în RM se recomandă:**

1. A evalua executarea Programului Național și programelor teritoriale de profilaxia infecției HIV/SIDA și ITS și a efectua lucrul pregătitor pentru analiza detaliată și evaluarea răspunsului la epidemia infecției HIV/SIDA, elaborarea strategiilor și



activităților prioritare, crearea echipei competente pentru elaborarea proiectului programelor teritoriale pe perioada următoare.

2. A efectua supravegherea epidemiologică conform Standardului în vigoare și actelor normative.

3. A asigura instruirea și pregătirea cadrelor medicale la compartimentele profilaxia primară, consiliere și testare voluntară, profilaxie în rândurile tineretului și publicului larg, respectarea măsurilor de barieră individuală, transmiterea intraspitalicească a infecției HIV, depistarea precoce și testare la HIV a persoanelor cu comportament riscant și indicații clinice, efectuarea consilierii pre- și post- testare a pacienților conform recomandărilor aprobate prin Dispoziția MS RM nr. 279 d din 17.10.2003, comunicare și suport a persoanele seropozitive HIV, tratamentul curativ și profilactic cu preparate specifice antiretrovirale, în îngrijirea paliativă a persoanelor cu HIV/SIDA. A asigura complexul de măsuri profilactice privind prevenirea infecției HIV posttransfuzională (selectarea minuțioasă a donatorilor, testarea la HIV a recipienților potențiali, și nu a persoanelor supuse intervențiilor chirurgicale).

4. A intensifica activitățile în prevenirea infecției HIV perinatală lucrului profilactic în rândurile femeilor și familiilor tinere.

5. A lua măsuri pentru asigurarea accesului a tuturor femeilor gravide la consilierea și testarea benevolă la HIV, la testarea repetată la timp în cazul rezultatului pozitiv obținut pentru proba inițială de sânge. Atenționăm necesitatea testării la timp a femeilor gravide în prima și a doua jumătatea de sarcină pentru luarea deciziei respective pentru femeile depistate ca infectate - întreruperea sau păstrarea sarcinii, inițierea tratamentului antiretroviral profilactic în termenii optimali - 36 săptămâni de sarcina și al copilului noi-născut).

6. A asigura testarea la markerii HIV 1/2 a contingentelor prevăzute în Regulile de examinare, îndeosebi a utilizatorilor de droguri, bolnavilor de tuberculoza persoanelor la reîntoarcerea în țară după un termen îndelungat, persoanelor cu comportament sexual riscant, recipienților de sânge. persoanelor cu contacte sexuale cu persoane infectate, cetățenilor străini. A respecta cerințele de colectare, păstrare și transportare a probelor de sânge pentru investigațiile la markerii HIV conform instrucțiunii respective.

7. A promova acordarea consilierilor posttestare a persoanelor seropozitive HIV care contribuie la îmbunătățirea calității vieții persoanelor cu HIV/SIDA și este punctul inițial în acordarea îngrijirilor, suportului și tratamentului acestor categorii de persoane.

8. La cercetarea epidemiologică a focarelor infecției HIV SIDA a concretiza și a analiza factorii de risc și căile de molipsire. Calea sexuală: locul de infectare, dacă molipsirea a avut loc peste hotare -de a concretiza țara. relații sexuale cu multiple parteneri, trafic și locul, relații sexuale cu pe-infectate (sursa și timpul), relații homosexuale. Utilizarea drogurilor intravenos: de cât timp se droghează, ce droguri folosește, unde le procură, doza utilizată, utilizarea seringilor folosite, împrumutul seringilor, când s-a drogat ultima dată. dacă este participant la proiectul „diminuarea daunei” etc. în cazul depistării persoanelor infectate cu HIV SIDA din rîndurile donatorilor de sînge este necesar de a efectua cercetarea cazului în mod de urgență, de a stabili cauza molipsirii, sursa, durata contactului, a evalua calitatea selectării donatorului, examenului medical și colectării anamnezei epidemiologice, a asigura stoparea incotestabilă a dozei de sînge donat, concretiza donările precedente și utilizarea sîngelui donat. În fiecare caz de confirmare a diagnosticului HIV/SIDA în rîndurile donatorilor a informa Centrul SIDA privind rezultatele preventive de cercetare a focarelor.

### **Organizații implicate în lupta împotriva SIDA (la nivel mondial)**

- **OMS** - Organizația Mondială a Sănătății
- **UNAIDS** - Departamentul Organizației Națiunilor Unite pentru combaterea HIV/SIDA
- **Global Found** - Fondul Global pentru combaterea SIDA, Tuberculozei și Malariei

- **World Bank** - Banca Mondială
- **Euro HIV** - Coordonarea supravegherii de santinelă a infecției HIV/SIDA în Europa (52 țări)
- **(GNP+)** - Rețeaua Globală a Oamenilor care Trăiesc cu HIV/SIDA
- **ICASO** - Consiliul Internațional al Organizațiilor care Prestează Servicii Persoanelor care Trăiesc cu HIV/SIDA
- **IAS** - Societatea internațională SIDA

### INFORMAȚIE UTILĂ

- **1 decembrie** - Ziua Internațională a Combaterii HIV/SIDA
- **A treia duminică a lunii mai** - Ziua Comemorării Persoanelor Decedate cu Maladia SIDA
- **Fundița Roșie** - simbolul solidarității în lupta împotriva epidemiei HIV/SIDA
- **Kilt SIDA**- este un panou creat în memoria celor care au decedat cu maladia SIDA. A fost creat pentru prima oară de Cliv Jons.

### Glosar

**abstinență** - înseamnă a amâna sau a nu avea relații sexuale, oricare ar fi ele - orale, anale sau vaginale.

**anticorp** - reprezintă o structură proteică de dimensiuni mici, prezentă în "sânge", circulând o dată cu acesta în tot organismul, capabil să se "lege" specific de antigenul care i-a indus apariția și să-i blocheze acțiunea vătămătoare.

**antigen** - Orice parte din structura unui agent patogen capabilă să stimuleze sistemul imunitar și să-1 facă să riposteze, fie prin producerea de anticorpi specifici, fie prin instruirea unor celule capabile să recunoască și să acționeze împotriva antigenului față de care s-au instruit.

**antiretroviral** - o substanță care acționează împotriva virusilor din familia denumită "Retroviridae", similară cu HIV.

**asimptomatic** - Fără simptome.

**bisexual** - O persoană care este atrasă sexual atât de bărbați, cât și de femei.

**medicamente antiretrovirale** - aceste medicamente nu tratează HIV dar pot înceta progresul dezvoltării virusului în corpul uman, prelungind viețile persoanelor seropozitive. Pentru a recurge la modul cel mai eficient posibil, o persoană seropozitivă va lua o combinație de trei sau mai multe medicamente antiretrovirale în același timp.

**CD4 cells** - celule care controlează abilitatea corpului să recunoască și să lupte împotriva infecțiilor și cancerului. Ajută la controlarea abilității corpului de a recunoaște și a lupta împotriva infecțiilor și celulelor cancerogene. Aceste celule mai ajută la identificarea, atacul, și distrugerea bacteriilor și a ciupercilor ce ar putea infecta corpul. De asemenea ele reglează producerea anticorpilor. Virusul HIV intră în reacție cu suprafața celulelor CD4, penetrează celulele acestea, mai departe sunt două căi de evaluare: virusul începe să se reproducă imediat sau rămâne în continuare în stare de repaus până ce celule nu devin active.

**consultație** - Suport profesionist acordat oamenilor, care include dialogul confidențial dintre pacient și medic sau consilier despre diferite probleme legate de sănătate, în cazul nostru HIV/SIDA.

**discriminare** - Politică prin care un stat sau o categorie de cetățeni ai unui stat sunt lipsiți de anumite drepturi pe baza unor considerente neîntemeiate.

**ejaculare** - Eliberarea spermei din penis în timpul stimulării sexuale sau în timpul polițiilor nocturne.

**epidemie** - extinderea unei boli contagioase într-un timp scurt, prin contaminare, la un număr mare de persoane dintr-o localitate, regiune etc.; molimă.

**epidemiologie** - Ramură a medicinei ce studiază căile de transmitere a diferitor infecții și modalitățile de luptă cu ele.

**erecție** - Prociș prin care penisul se întărește și se mărește în volum ca reacție la gânduri, fantasme, temperatură, atingeri sau stimulare sexuală

**heterosexual** - Persoană care e atrasă sexual de persoanele de sex opus.

**HIV** - Virusul Imunodeficienței Umane. Acest virus atacă sistemul imun și cauzează SIDA.

**HIV negativ** - Când o persoană nu are anticorpi specifici anti-HIV în corp. înseamnă că nu este infectat cu HIV.

**HIV pozitiv** - Când o persoană are anticorpi specifici anti-SIDA în corp. înseamnă că este infectată cu HIV. După 2-6 luni de la infectarea cu HIV, corpul produce anticorpi care pot fi depistați în sângele supus testelor de laborator.

**homosexual** - Persoană ale cărei dorințe sexuale sunt orientate în întregime sau în mare măsură față de persoanele de același sex.

**imunitate** - reprezintă proprietatea organismului de a se apăra de diverși agresori externi

(bacterii, viruși, paraziți, ciuperci) prin intermediul unor celule și al anticorpilor specifici. Se induce o stare de rezistență specifică față de acțiunea unui agent inductor de boală.

**imunodeficiență** - reprezintă o stare anormală, patologică, ce se manifestă prin disfuncții, reduceri ale capacității de apărare a organismului. Imunodeficiență se exprimă în diverse niveluri de gravitate și poate ataca diverse componente ale sistemului imunitar.

**incidența** - numărul de infecții care au loc într-o anumită perioadă în populația neinfectată.

**infecții cu transmitere sexuală (ITS)** - Infecții care pot fi transmise de la o persoană la alta în timpul contactelor sexuale și contactului intim.

**infecțiile oportuniste**- Infecții care, atunci când persoana este sănătoasă, nu cauzează boli, dar devin periculoase când sistemul imunitar al unei persoane este slăbit, de exemplu, în timpul infectării cu HIV.

**infecțios** - provocat de o infecție care se transmite de la o ființă la alta, care produce infecție; molipsitor, contagios, infectant. Căile majore de transmitere a HIV este prin activitate sexuală neprotejată, de la mamă la copil și prin sânge.

**intravenos** - care se află sau se face în vene.

**leziune** - Afectarea unui țesut sau organ al corpului, ca rezultat al unei boli sau răni.

**lichide corporale** - Termen utilizat pentru definirea tuturor lichidelor biologice din organismul uman (sânge, salivă, urină, spermă, secreții vaginale, lichidul cefalorahidian, lapte matern, transpirații, lacrimi etc.). Deși în toate lichidele corporale este prezent virusul HIV, doar patru din ele (sânge, spermă, secreții vaginale și laptele matern) conțin cantitatea suficientă pentru a produce infectarea.

**lichid vaginal** - lichidul care este produs de membrana și pielea vaginului. **masturbare** - autostimularea organelor genitale.

**noduri limfatice** — Umflături de-a lungul sistemului limfatic din organism ce acționează ca un filtru de prevenire pentru ca particulele străine să nu intre în sistemul sanguin.

**numărul Celulelor CD4** - Celulele CD4 sau ajutoarele T, sunt celulele care ne arată cât de puternic este sistemul imun al individului. Aceste celule ne ajută să determinăm cât de mult a avansat HIV și de asemenea prezice riscul complicațiilor. Cu cât mai puține celule CD4 pe milimetru de sânge, cu atât mai slab este sistemul imun al persoanei infectate.

**penetrare** - Introducerea penisului în vagin, gură sau anus în timpul actului sexual.

**perioadă latentă sau fereastra imunologică** - Perioadă dintre momentul în care persoana a fost infectată cu HIV și momentul când corpul începe să producă anticorpi, în această perioadă virusul HIV nu poate fi depistat în organism.

**poligamie** - A avea mai mulți parteneri sexuali în același timp.

**prevalența** - procentajul estimat al populației adulte care trăiește actualmente cu o maladie la un timp dat, independent de timpul când a avut loc infectarea.

**prezervativ pentru bărbați** - un tub fabricat dintr-un material fin, flexibil și care este înșchis la un capăt. Este pus pe penisul în erecție. Metodă de contracepție și protecție împotriva majorității infecțiilor cu transmitere sexuală.

**prezervativ pentru femei** - un tub fabricat dintr-un material fin, flexibil și care este înșchis la un capăt. Este introdus în cavitatea vaginală în timpul actului sexual. Metodă de contracepție și protecție împotriva majorității infecțiilor cu transmitere sexuală.

**Sarcomul Kaposhi** - Tumoare malefică sau cancer, ce afectează pielea și pereții vaselor sanguine sau limfatice. Este o infecție oportunistă foarte răspândită printre persoanele bolnave de SIDA. Prezența Sarcomului Kaposhi este unul din factorii, în baza cărora se determină dacă persoana este bolnavă de SIDA

**seroconversie** - Apariția în sângele celui infectat a anticorpilor specifici anti-HIV, ca urmare a contactului dintre virus și sistemul imunitar.

**sexul anal** -penisului penetrează anusul. Bărbații practică sexul anal cu alți bărbați și cu femei. Nivelul de transmitere a HIV este de două ori mai ridicat prin sexul anal neprotejat decât prin sexual vaginal neprotejat.

**sexul cazual** - când o persoană are mai mult decât un partener sexual într-un timp de 12 luni.

**sexul mai sigur** - activitatea sexuală prin care semenul sau lichidele vaginale nu penetrează în corpul altei persoane.

**sexul neprotejat** - sexul fără utilizarea prezervativului. Poate duce la infectare cu HIV sau alte IST.

**sexul nesigur** - comportament de risc vădit în activitatea sexuală a unei anumite persoane. Include sexul neprotejat, sexul cu mai mult decât un partener, folosirea incorectă sau neconsistentă a prezervativului, sexul uscat, sexul anal și sexul când persoana este infectată cu o IST.

**sexul oral** - la femei este utilizarea limbii pentru a stimula vaginul femeii. La bărbați este utilizarea gurii pentru a stimula penisul. Pentru a evita riscul infectării cu HIV în timpul sexului oral, nu trebuie să aibă semen și lichide vaginale în gura și trebuie să verifice ca gura nu să nu aibă răni sau leziuni.

**sexul protejat** - când semenul, lichidele vaginale și sângele nu au contact cu corpul partenerului în timpul sexului. Utilizarea prezervativelor este modul cel mai efectiv pentru prevenirea transmiterii HIV. Alte moduri sunt: abținerea sau monogamia.

**sexul vaginal** — penetrarea vaginului de către penis.

**SIDA** - Sindromul imuno deficitar dobândit. Este maladia provocată de către HIV și este o combinație de boli cauzate de virusul HIV ce afectează sistemul imunitar. Este manifestarea finală, gravă, a infecției cu HIV, o boală cronică, cu evoluție îndelungată și imprevizibilă. Persoanele care au SIDA sunt foarte sensibile la multe boli periculoase pentru viață, numite infecții oportuniste.

**simptom** - Semnul unei boli.

**sindrom** - totalitatea semnelor și a simptomelor care apar împreună în cursul unei boli, dându-i nota caracteristică.

**stigmă** - trăsătura care discriminează semnificativ un individ în fața altuia. Combinația puternică între rușine și frica generează stigmă ce ține de HIV/SIDA. Rușinea este legată de activitatea sexuală și injectarea intravenoasă a drogurilor, în multe societăți aceste teme interzise de societate au devenit tabu, iar frica este legată de faptul că nu este nici un remediu împotriva acestei maladii.

**terapie combinată** - folosirea mai mult decât un medicament în același timp. În engleză acest fel de tratament se numește HAART (Highly Active Anti-Retroviral Therapy).

**testele de confirmare** - Deoarece orice laborator poate da și erori, teste mai complicate, mai scumpe și mai sensibile trebuie să confirme rezultatele pozitive date de testul ELISA. Un astfel de test este Western blot.

**testul ELISA** - Cel mai utilizat test pentru detectarea anticorpilor anti-HIV. Nu poate găsi infecția precoce (fereastra imunologică). Dacă testul ELISA este pozitiv și confirmat prin Western blot (sau teste similare) persoana respectivă este sigur infectată cu HIV.

**toleranță** - 1. Faptul de a tolera; îngăduință, indulgență, atitudine îngăduitoare față de greșeli, bunătate. 2. Obișnuință sau dispoziție pe care o are organismul de a suporta anumite medicamente, substanțe, condiții de mediu.

**transmiterea verticală** - Transmiterea de la mamă la făt. Se întâmplă în uter, în timpul nașterii, alăptării.

**Vaccin** - O substanță injectată sau înghițită ce previne îmbolnăvirea oamenilor de anumite boli, chiar dacă sunt în contact cu virusul.

**virus** - Agent patogen responsabil de apariția multor infecții și boli. Sunt niște particule foarte mici și, în comparație cu bacteriile, pot supraviețui și se pot multiplica în interiorul celulelor, în detrimentul acelor celule.

### **Bibliografie:**

1. UNAIDS - <http://www.unaids.org/EN/default.asp>.
2. [www.avert.org](http://www.avert.org) - an international AIDS charity - AIDS and HIV statistics, Infection, transmission and testing, HIV/AIDS Prevention, etc
3. The Body, The Complete HIV/AIDS Resource - [www.thebody.com](http://www.thebody.com).
4. <http://www.cicnet.ro/educatie/bis-adv/infomed/index.html> - Infomed - Buletin Medical
5. "Peste 90 la suta dintre persoanele infectate cu HIV/SIDA sunt apte de munca." <http://www.sanatatea.com/presa.php?topic=presa&page=pQ003>.
6. MoldData - Moldova Web Directory - <http://www.md/Health/index.shtml>
7. "HIV nu se vede, dar există" - Romanian Angel Appeal - <http://www.raa.ro/vct.htm>
8. Seximus - <http://www.seximus.ro/>
9. Asociația Romană Anti-SIDA - <http://www.arasnet.ro/default.php?t=site&pgid=52>
10. Southeast European Times - Guvernele și organizațiile ar trebui să se concentreze asupra prevenirii HIV/SIDA - <http://www.setimes.com/cocoon/setimes/xhtml/ro/features/setimes/articles/2004/1/29/reportage-Ol>.
11. UNAIDS - AIDS Epidemic Update 2004 - <http://www.unaids.org/wad2004/reportjpdf.html>.
12. UNAIDS - "Eastern Europe and Central Asia" - <http://www.unaids.org/EN/Geographical+Area/By+Region/eastern+europe+and+central+asia.asp>.  
Global Summary of the AIDS Epidemic, December 2004.  
[http://www.unaids.org/wad2004/EPI\\_1204\\_pdf/en/ChapterO-1\\_intro\\_en.pdf](http://www.unaids.org/wad2004/EPI_1204_pdf/en/ChapterO-1_intro_en.pdf).



13. University of California San Francisco School of Medicine - HIV InSite - <http://hivinsite.ucsf.edu/>.
14. National AIDS Control Organization - Ministry of Health and Family Welfare - Government of India - <http://www.nacoonline.org>.
15. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for HIV, STD and TB Prevention - Division of HIV/AIDS Prevention - <http://www.cdc.gov/hiv/graphics.htm>.
16. Global Summary of the HIV and AIDS epidemic in 2003 - UNAIDS - <http://www.unaids.org/en/resources/epidemiology/epicoreiulv20Q4.asp>.
17. AIDS Education and Training Centers - <http://aidsetc.org/>.
18. Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Center for Communication Programs - <http://www.jhuccp.org/>.
19. Journ-AIDS - <http://www.journ-aids.org/>.
20. International AIDS Vaccine Initiative - <http://www.iavi.org/>.
21. aidsmap, Information on HIV/AIDS - <http://www.aidsmap.com/>.
22. The Communication Initiative - <http://www.coniminit.corn/hivaids/>.
23. Bolile Cu Transmitere Sexuală - Pliant realizat de ARAS cu sprijinul financiar al USAID - Asociația Romana Anti-SIDA
24. Pliant "HIV/SIDA Cum te protejezi?" - Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova.
25. Pliant "Sindromul Imuno Deficitar Achiziționat" - Asociația AntiHFV
26. Pliant "HIV/SIDA/MST - întrebări și răspunsuri" - Central SIDA
27. Pliant "SIDA și bolile cu transmitere sexuală" - Societatea de Planificare a familiei din Moldova.