ASOCIAŢIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ŞI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ, ECONOMIE ŞI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH, ECONOMY AND MANAGEMENT IN MEDICINE

revistă ştiinţifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

3(48)/2013

Chişinău ▪ 2013

Revista a fost înregistrată la Ministerul Justiţiei al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Ştiinţă şi Dezvoltare Tehnologică al AŞM şi a Consiliului Naţional de Acreditare şi Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în categoria **B** a publicaţiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor ştiinţifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie şi psihologie.
Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiştii în domeniile respective.

Cofondatori:
Centrul Naţional de Sănătate Publică
Centrul Naţional de Management în Sănătate

Colegiul de redacţie Editorial Board

Redactor-şef Editor in Chief
CONSTANTIN EŢCO

Membri Members
Ion Bahnarel – redactor-şef adjunct
Dumitru Tintiuc – redactor-şef adjunct
Mihai Magdei,
Mihai Ciocanu, Mihai Moroşanu
Secretar Secretary
Ludmila Goma

Consiliul de redacţie

Ion Ababii
Constantin Andriuţa
Grigore Belostecinic
Mircea Buga
Eugen Diug
Emil Anton (Iaşi)
Ludmila Eţco
Grigore Friptuleac
Stela Gheorghiţă
Ştefan Gheorghiţă
Victor Ghicavâi
Gheorghe Ghidirim
Eva Gudumac
Vladimir Hotineanu
Constantin Iavorschi
Vladimir Kucerenko (Moscova)
Iuri Lisiţân (Moscova)
Oleg Lozan
Ion Mereuţă
Ion Moldovanu
*Benoit Nautre (*Franţa*)*
Nicolai Opopol
Gheorghe Paladii
Valeriu Pantea
Iurie Pânzaru
Mihai Popovici

Editorial council

Viorel Prisacari
Yousif Rahim (Italia)
Andrei Roşca
Valeriu Rudic
Victor Savin
Constantin Spânu
Ion Şalaru
Boris Topor
Teodor Tulcinschi (Israel)
Georghe Ţăbârnă
Teodor Ţârdea
Brigitha Vlaicu (Timişoara)
Ana Volneavschi
Victor Vovc

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conţinutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. Bucureşti 60, of.11, Chişinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erşov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistenţă computerizată – *Rodica Fărâmă*
Coperta – *Iulian Grosu*

Conţinutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md, www.cnsp.md
Adresa redacţiei:
Bd. Ştefan cel Mare 194[a] (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chişinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: economiemanagement@yahoo.com

MATERIALELE CONGRESULUI SPECIALIŞTILOR DIN DOMENIUL SĂNĂTĂŢII PUBLICE ŞI MANAGEMENTULUI SANITAR DIN REPUBLICA MOLDOVA

25–26 octombrie • 2013

Chișinău

CUPRINS

Materiale ale Asociaţiei *Economie, Management şi Psihologie în Medicină* şi ale Societăţii *Medicină Socială şi Management*

Cuvânt-înainte al redactorului-şef **Constantin Eţco**.....9

SĂNĂTATE PUBLICĂ

DUMITRU TINTIUC, TUDOR GREJDEANU, LEONID MARGINE, ALEXANDRU LAVRIC, PAVEL GÂSCĂ.
Specificul sistemelor de sănătate în ţările europene: avantage şi dezavantage.....10

VALERIU OBADĂ,
Unele aspecte de implementare a managementului calităţii în serviciul spitalicesc.....15

TUDOR GREJDEANU, IURIE LUPACESCU, LUCREŢIA BUZATU
Particularităţile bolilor profesionale ale personalului medical din Republica Moldova.....19

ANATOL NEGARĂ, TUDOR GREJDEANU, NATALIA BLAGA – LESNIC, FELICIA LUPAŞCU -VOLENTIR, LEONID MARJINE,
Populaţia vârstnică şi consecinţele medico-sociale.....21

ANATOL NEGARĂ, TUDOR GREJDEANU, NATALIA BLAGA – LESNIC, FELICIA LUPAŞCU -VOLENTIR, LEONID MARJINE, ALEXANDRU LAVRIC,GABRIELA ŞORIC
Probleme de sănătate specifice populaţiei de vârsta a III-a..... 24

MIHAI MOROŞANU
Traumatismul – problemă medico-socială majoră pentru Republica Moldova.....26

DUMITRU TINTIUC, LEONID MARGINE, TUDOR GREJDEANU, ALEXANDRU LAVRIC
Problemele medico-sociale şi de reabilitare a persoanelor cu dizabilităţi în Republica Moldova.....30

TATIANA GHIDIRMSCHI, VALERIU CUŞNIR, CONSTANTIN EŢCO
Metode de reabilitare a persoanelor cu deficienţe de vedere moderate sau severe.....35

IURIE MALANCIUC, GALINA BUTA
Mecanismele de deplasare a responsabilităţilor pentru riscurile în sănătate.....40

IURIE PÂNZARU
Percepţiile de colaborare a primarilor cu Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătăţii Publice.....43

OLGA CERNELEV
Impactul obezităţii asupra sănătăţii publice.....45

ARTIOM JUCOV
Accesibilitatea serviciilor medicale pentru migranţii de muncă din Republica Moldova.....49

DUMITRU TINTIUC, DIANA VIZITIU
Aspecte medico-sociale şi psihologice ale violenţei domestice în familiile în mediile rural şi urban. Opinia medicilor de familie privind acest flagel.....53

LARISA SOLOMON, LARISA SPINEI
Evaluarea stării de sănătate a adulţilor cu ciroze hepatice din Republica Moldova.....56

M. PALANCIUC, Z. COBÂLEANU, M. PLOPA, O. RABOVILA, C. MEREUŢĂ, S. TODERAŞ
Mortalitatea prin maladiile prioritare netransmisibile în populaţia Republicii Moldova.....62

CUPRINS

Materials of the Association Economics, Management and Psychology in Medicine and Social Medicine and Management Society

Introduction of the chief editor **Constantin Eţco**.....9

PUBLIC HEALTH

DUMITRU TINTIUC, TUDOR GREJDIANU, LEONID MARGINE, ALEXANDRU LAVRIC, PAVEL GÂSCĂ.
The specifics of health systems in European counters.....10

VALERIU OBADĂ
Aspects of the implementation of quality management in hospitals.....15

TUDOR GREJDEANU, IURIE LUPACESCU, LUCREŢIA BUZATU
Specific diseases for health workers in Moldova.....19

ANATOL NEGARĂ, TUDOR GREJDEANU, NATALIA BLAGA – LESNIC, FELICIA LUPAŞCU -VOLENTIR, LEONID MARJINE,
Medicosocial particularities of aging population as a Public Health problem.....21

ANATOL NEGARĂ, TUDOR GREJDEANU, NATALIA BLAGA – LESNIC, FELICIA LUPAŞCU -VOLONTIR, LEONID MARJINE, ALEXANDRU LAVRIC,GABRIELA ŞORIC
Problems of public health of the adult population.....24

MIHAI MOROŞANU
Traumatism - important medical and social problem for the Republic of Moldova.....26

DUMITRU TINTIUC, LEONID MARGINE, TUDOR GREJDEANU, ALEXANDRU LAVRIC
Medical problems of social and rehabilitation of persons with disabilities in Republic of Moldova.....30

TATIANA GHIDIRMSCHI, VALERIU CUŞNIR, CONSTANTIN EŢCO
Methods of rehabilitation of persons with moderate and severe visual impairments.....35

IURIE MALANCIUC, GALINA BUTA
The mechanism of the effective shift responsability în the health sistem.....40

IURIE PÂNZARU
Perception of collaboration between magistrate and State Surveillance Service of Public Health.....43

OLGA CERNELEV
The public health impact of obesity.....45

ARTIOM JUCOV
Accessibility of health services for labor migrants from Republic of Moldova.....49

DUMITRU TINTIUC, DIANA VIZITIU
The medico-social and psychological issues of domestic violence in rural and urban areas families and opinion of general physicians on this scourge.....53

LARISA SOLOMON, LARISA SPINEI
The health of adults with cirrhosis of the Republic of Moldova.....56

M. PALANCIUC, Z. COBÂLEANU, M. PLOPA, O. RABOVILA, C. MEREUŢĂ, S. TODERAŞ
The population mortality trough the main nontransmissible diseases in the Republic of Moldova.....62

MIHAIL PALANCIUC,VEACESLAV CEMÎRTAN, OLEG BORDIAN
Mortalitatea populaţiei cauzată de traumatismul rutier în Republica Moldova. 66

IVAN PUIU, MARINA CALAC
Diagnosticul timpuriu al tulburărilor din spectrul autist: noi posibilităţi de abilitare în cadrul intervenţiei timpurii în copilărie. 69

AFANASIE LEONTE
Unele aspecte medico-sociale ale intoxicaţiilor cu produse din ciuperci. 73

IURIE PÂNZARU
Profilul sănătăţii ocupaţionale în Republica Moldova. 75

NICOLAE OPOPOL, VALERIU PANTEA, ALA OVERCENCO, CĂTĂLINA CROITORU
Diminuarea efectelor negative ale valurilor de căldură – răspunsul sănătăţii publice la provocările globale....77

GRETA BALAN, OLGA BURDUNIUC, RADU COJOCARU, MARIA GRUMEZA
Rezistenţa la chimioterapicele antiinfecţioase a tulpinilor de *Salmonella SSP*....82

NICOLAE FURTUNĂ
Date privind acoperirea cu primul ciclu de imunizare a copiilor din municipiul Chişinău....84

ANGELA BARONCEA
Aspecte privind formarea continuă axată pe educaţia în sănătate a asistenţilor medicali 88

GRIGORE FRIPTULEAC,VASILE GUŞTIUC
Aspecte de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate în instituţiile de învăţământ preuniversitar 92

ASIGURARE MEDICALĂ

MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, MARIA MARUSEAC, DOINA-MARIA ROTARU
Mecanismul de formare a listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală 94

CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, MARIA MARUSEAC, DOINA-MARIA ROTARU
Tendinţele de sporire a accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală 95

DANIEL CIUREA, CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, ALEXANDRU ŞARCO, DOINA-MARIA ROTARU
Căi de soluţionare a problemei subfinanţării grupurilor de diagnostice cu componentă sporită a consumabilelor costisitoare 98

DANIEL CIUREA, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, ALEXANDRU ŞARCO, DOINA-MARIA ROTARU
Ajustarea nivelului finanţării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor)....101

CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, DOINA-MARIA ROTARU, GHENADIE DAMAŞCAN
Eficientizarea utilizării mijloacelor financiare din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală destinate tratamentului pacienţilor cu tuberculoză în condiţii de ambulatoriu....105

MIHAIL PALANCIUC, VEACESLAV CEMÎRTAN, OLEG BORDIAN
Population mortality caused by road traffic accidents in Moldova. 66

IVAN PUIU, MARINA CALAC
Early diagnostic of autistic spectrum disorders: new possibilities of abilitation in the system of early interventions. 69

AFANASIE LEONTE
Some aspects of food poisoning with mushrooms. 73

IURIE PÂNZARU
Occupational morbidity in Republic of Moldova....75

NICOLAE OPOPOL, VALERIU PANTEA, ALA OVERCENCO, CĂTĂLINA CROITORU
Mitigation of heat wave negative effects - the public health response to global challenges. 77

GRETA BALAN, OLGA BURDUNIUC, RADU COJOCARU, MARIA GRUMEZA
Resistance to chemotherapeutic agents of *Salmonella spp*. strains....82

NICOLAE FURTUNĂ
The level of vaccination coverage of children with the first round of immunization in Chisinau....84

ANGELA BARONCEA
The aspects of the continuing formation oriented to the education in health of the medical assistants 88

GRIGORE FRIPTULEAC,VASILE GUŞTIUC
Aspects of health promotion and health education in schools education....92

MEDICAL INSURANCE

MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, MARIA MARUSEAC, DOINA-MARIA ROTARU
The mechanisms of formation list of compensated drugs of mandatory health insurance 94

CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, MARIA MARUSEAC, DOINA-MARIA ROTARU
Increasing tendences for the acces of insured persons to the compensated drugs from the mandatory health insurance 95

DANIEL CIUREA, CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, ALEXANDRU ŞARCO, DOINA-MARIA ROTARU
Ways of solving the problem of underfunding the Diagnostics Groups with increased supplies of costly consumables 98

DANIEL CIUREA, MIRCEA BUGA, GHENADIE DAMAŞCAN, ALEXANDRU ŞARCO, DOINA-MARIA ROTARU
Adjusting the level of funding the hospitals to cover the cost of expensive consumables (prostheses) 101

CONSTANTIN EŢCO, MIRCEA BUGA, DOINA-MARIA ROTARU, GHENADIE DAMAŞCAN
Efficient use of financial resources from mandatory health insurance funds for treating TB patients in outpatient care 105

ION ARTENI, VICTOR SAVIN, IURIE DONDIUC
Nivelul organizării şi acordării asistenţei medicale, în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, bolnavilor care s-au adresat în secţia internare a IMSP SCM nr. 1 109

MIRCEA BUGA, CONSTANTIN EŢCO,
GHENADIE DAMAŞCAN, DOINA-MARIA ROTARU
Alegerea liberă a spitalelor de acelaşi nivel -- stimulent pentru sporirea calităţii serviciilor medicale 113

ECONOMIE ŞI MANAGEMENT

IURIE MALANCIUC, CONSTANTIN EŢCO, GALINA BUTA
Eficientizarea alocaţiilor financiare în sistemul de sănătate prin prioritizarea serviciilor de sănătate..... 114

GHENADIE DAMAŞCAN
Primele rezultate ale implementării mecanismului nou de plată pentru performanţă în asistenţa medicală primară..... 121

OLEG RABOVILĂ, ZINA COBÂLEANU,
Sporirea cost-eficienţei – o alternativă a finanţării insuficiente a sistemelor de sănătate 125

NINA GLOBA
Auditul cultural – o componentă importantă a auditului organizaţional din instituţiile medicale..... 128

VERONICA BULAT
Dimensiunea economică a serviciului naţional de sănătate orală. 132

VERONICA BULAT, VEACESLAV BÂRDAN
Viziune asupra cererii pe piaţa produselor stomatologice din Republica Moldova prin prisma teoriei comportamentului consumatorului..... 135

VEACESLAV ALBOT
Aspecte manageriale ale chirurgiei de ambulatoriu în mediul urban..... 139

GALINA TOMAŞ, CONSTANTIN EŢCO, LUDMILA GOMA
Beneficiile Programului de marketing social *Slabeşte sănătos* prin mediul online 142

R. PUIA, V. FRUNZĂ, C. ABRAMIHIN, A. PUIA
Sistemul Informatic *Hospital Manager SCH* în managementul instituţiilor spitaliceşti..... 145

ЕЛИЗАВЕТА РЯБОВА, КОНСТАНТИН ЕЦКО
Использование принципов экологического менеджмента как фактор эффективности рынка..... 148

MANAGEMENTUL RESURSELOR UMANE

OLEG GALBUR
Considerente strategice în dezvoltarea forţei de muncă din sănătate..... 152

NICOLAE JELAMSCHI
Studiul de fezabilitate a cadrului legislativ/normativ existent în Republica Moldova în domeniul activităţilor de personal în instituţiile medico-sanitare 162

NATALIA ZARBAILOV
Educaţia universitară în medicina de familie: Moldova în contextul european (Rezultatele studiului descriptiv realizat de EURACT)..... 168

CONSTANTIN EŢCO, IULIANA FORNEA
Sociologia medicinei. Perspective de dezvoltare în contextul învăţământului superior medical. 174

ION ARTENI, VICTOR SAVIN, IURIE DONDIUC
The health care organization and grant under mandatory health care insurance to the patients, addressing to admission ward of the Municipal Clinical Hospital nr. 1.. 109

MIRCEA BUGA, CONSTANTIN EŢCO,
GHENADIE DAMAŞCAN, DOINA-MARIA ROTARU
Free choice of hospital medical institution of the same level – incentive to improve the quality of health services.. 113

MANAGEMENT AND ECONOMY

IURIE MALANCIUC, CONSTANTIN EŢCO, GALINA BUTA
The first results of the implementation of the new mechanism of paying for performance in primary health care. 114

GHENADIE DAMAŞCAN
The first results of the implementation of the new mechanism of paying for performance in primary health care..... 121

OLEG RABOVILĂ, ZINA COBÂLEANU,
Increasing of efficiency as an alternative method when is insufficiency funding in health care..... 125

NINA GLOBA
The cultural audit - an important component of organizational audit of medical institutions 128

VERONICA BULAT
Economic dimension of national oral health system. 132

VERONICA BULAT, VEACESLAV BÂRDAN
The vision on dental products market demand from Republic of Moldova taking a commonsense of consumer behavior theory 135

VEACESLAV ALBOT
Management aspects of urban ambulatory surgery 139

GALINA TOMAŞ, CONSTANTIN EŢCO, LUDMILA GOMA
The benefits of social marketing program *Slăbeşte sănătos* in the online environment..... 142

R. PUIA, V. FRUNZĂ, C. ABRAMIHIN, A. PUIA
Information System *Hospital Manager SCH* for hospital management..... 145

ЕЛИЗАВЕТА РЯБОВА, КОНСТАНТИН ЕЦКО
The using of ecological management principles as a factor of market efficiency..... 148

MANAGEMENT OF HUMAN RESOURCES

OLEG GALBUR
Strategic considerations in health workforce development 152

NICOLAE JELAMSCHI
Flexibility study of a existing in Republic of Moldova legislative and regulatory framework on personnel activities within the healthcare institutions 162

NATALIA ZARBAILOV
Undergraduate education in family medicine – Moldova in the european background (Descriptive survey results conducted by EURACT)..... 168

CONSTANTIN EŢCO, IULIANA FORNEA
Medical sociology. Perspectives of development in the context of high medical education. 174

IULIANA FORNEA
Mecanismele de coping utilizate de studenţii Facultăţii *Farmacie* a USMF *Nicolae Testemiţanu* 177

RAISA TEREŞCIUC, NATALIA DANILIUC
Mecanisme psihologice de formare a sentimentelor la adolescenţi 181

UMUT GÖK BALCI, TEVFIK T. YILMAZER, HASRET AYGÜN, NAZLI SOYSAL, KURTULUŞ ÖNGEL
The Comparison of Intellectual and Emotional Intelligence: Sectional Research on Students at Final Class of High School 185

STUDII CLINICO-ŞTIINŢIFICE

SVETLANA ŢURCAN,
Particularităţile clinico-paraclinice şi abordări noi în diagnosticul şi tratamentul colitei ulceroase. 191

VICTORIA VOLOCEAI
Unele particularităţi în tratamentul pacientelor cu polichistoză ovariană, supuse drillingului ovarian laparoscopic 199

IEA GROSUL, ELENA PANFILE, CAROLINA DUMANSCHI, LUCIA CIOBANU
Evidenţirea particularităţilor evoluţiei clinice la pacienţii supuşi procedurii de revascularizare coronariană în funcţie de statutul inflamator 201

GHEORGHE PLĂCINTĂ
Toxocaroza ocultă (caz clinic) 205

LUDMILA EŢCO, MIHAI BOTEZ
Aspecte epidemiologice şi etiopatogenetice în debutul şi evoluţia afecţiunilor inflamatorii cronice ale colului uterin. 209

GALINA TOMAŞ
Evaluarea modificărilor funcţionale ale organismului femeilor în procesul antrenamentului shaping 215

EMIL ANTON, IOAN PÂRVULESCU
Tratamentele cu citostatice şi iradierile în tumorile canceroase 217

MIHAI BOTEZ, GEORGE FLORIN FRUNZĂ
Apa laserată şi efectul terapeutic propriu al terapiilor indirecte prin lumină 220

JUBILEE

Profesorul universitar **Grigore Friptuleac**
Omagiu la 70 de ani 250

IULIANA FORNEA
Coping mechanisms used by Pharmacy students of State Medical and Pharmaceutics University *Nicolae Testemiţanu* 177

RAISA TEREŞCIUC, NATALIA DANILIUC
Psychological mechanisms of the formation of sentiments in teenager 181

UMUT GÖK BALCI, TEVFIK T. YILMAZER, HASRET AYGÜN, NAZLI SOYSAL, KURTULUŞ ÖNGEL
The Comparison of Intellectual and Emotional Intelligence: Sectional Research on Students at Final Class of High School 185

CLINICAL AND SCIENTIFIC STUDIES

SVETLANA ŢURCAN,
Clinical and laboratory features and new approaches to diagnosis and treatment of ulcerative colitis. 191

VICTORIA VOLOCEAI
The particularities of the treatment of women wtth polycystic ovarian subgect to laparscopic ovarian drilling method 199

IEA GROSUL, ELENA PANFILE, CAROLINA DUMANSCHI, LUCIA CIOBANU
Peculiarities of clinical course in patients undergoing coronary revascularization procedure according to inflammatory status 201

GHEORGHE PLĂCINTĂ
Covert toxocariasis (case conduct) 20

LUDMILA EŢCO, MIHAI BOTEZ
Epidemiological and etiopathogenic aspects of the beginning and development of chronic inflammatory diseases of the uterine cervix. 209

GALINA TOMAŞ
Evaluation of functional changes of women's body in shaping training processes 215

EMIL ANTON, IOAN PÂRVULESCU
The treatments with chemotherapy and ionizing irradiation in malignant tumors 217

MIHAI BOTEZ, GEORGE FLORIN FRUNZĂ
Laser water and its therapeutic effect of indirect therapy through light 220

ANIVERSARIES

Universitary professor **Grigore Friptulea**c
70 years tribute 250

TEZE ALE COMUNICĂRILOR ÎN EPIDEMIOLOGIE, MICROBIOLOGIE ŞI VIRUSOLOGIE

VERGIL MANOLE, ALEXANDRU GABUJA,
Realizarea Programului Naţional de Imunizări în contextul protecţiei şi fortificării sănătăţii publice 224
(pe modelul raionului Râşcani) 224

ZINAIDA COVRIC, OLGA SOFRONIE, VASILE SOFRONIE, MIHAIL ŢURCANENCO
Aspecte epidemiologice ale morbidităţii prin salmoneloze în municipiul Chişinău 226

VASILE BORTĂ, ECATERINA NEICOVCENA, ELENA CAPAŢINA, NATALIA FLOREA, EMILIA ŢÎMBALARI
Dinamica morbidităţii şi evoluţia salmonelozelor în Republica Moldova, anii 2009-2011 227

LIDIA LUCHIANOV, VALERIU BOIAN
Unele aspecte epidemiologice ale salmonelozelor în raionul ştefan Vodă, anii 2003-2012 228

ZINAIDA COVRIC, VASILE SOFRONIE, VICTORIA VACARI, ALEXANDRU CARABADJAC, MARIANA CARABADJAC
Aspecte epidemiologice ale morbidităţii prin infecţia cu rotavirus în municipiul Chişinău 228

LIDIA LUCHIANOV, G. IURAŞCO
Aspecte epidemiologice ale morbidităţii prin boli diareice acute în raionul Ştefan Vodă 229

N. FLOREA, E. CAPAŢINA, E. NEICOVCENA, M. TIMOŞCO
Structura etiologică a agenţilor patogeni în dismicrobismul intestinal 230

C. MOROLA, MARIA ROŞCA, V. SLUSARI, S. CERNAT, L. CALANCEA
Particularităţile clinico-epidemiologice ale intoxicaţiei alimentare cu toxine din micelii genul *Aspergillus* a unui grup de eleve din gimnaziul s. Pănăşeşti, r. Străşeni 231

TUDOR STRUTINSCHI, MARIA TIMOŞCO
Impactul factorilor alimentari şi microbieni asupra sănătăţii sistemului digestiv 232

MARIA TIMOŞCO1, NATALIA FLOREA
Aprecierea rapidă a prezenţei dereglărilor sănătăţii sistemului digestiv prin determinarea nivelului cantitativ al unor reprezentanţi ai microflorei intestinale 233

GIORGIANA HÂŢU, MARIA IRINA BRUMBOIU, IOAN STELIAN BOCŞAN
Hepatitis C virus infection in blood donors in Cluj County, Romania 234

Н. А. КРАВЧЕНКО, О. Н. ЯКОВЕНКО
Сравнительный анализ разных возрастных групп по срокам и исходам лечения болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области 234

М.М. ЗОРИНА, Л.А. АНИСИМОВА
Профилактика межгоспитальной трансмиссии внутрибольничных инфекций в противотуберкулезном стационаре 235

М.М. ЗОРИНА, Л.М. ГУСЕВА, ... 236
Система активного сестринского эпидемиологического наблюдения в противотуберкулезных стационарах 236
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздава России 236

N. GAISAN, N. HADJIOGLO
Particularităţile supravegherii epidemiologice a tuberculozei în raionul Cahul 237

NICOLAE BENCHECI, ION CHEPTENE, NINA POSTU
Unele aspecte ale procesului epidemic prin tuberculoză în raionul Rezina 238

GHEORGHE GHEŢOI
Unele aspecte epidemiologice ale morbidităţii prin tuberculoză în raionul Vulcăneşti 239

ANDREI ROŞCA, ION VLAS, VASILE POPA
Unele particularităţi epidemiologice ale infecţiei mixte HIV/TBC în municipiul Chişinău 240

LILIANA LOZAN, OLESEA ŢURCAN, ILONA BOLDESCU
Peisajul microbian al infecţiilor respiratorii şi rezistenţa lor la antibiotice în raionul Soroca (anii 2008-2012) 240

ELIZAVETA IORDAN, ANNA DIGOL, TAMARA BÎRSAN, ANATOLIE LUPAN, IOANA TULEI
Structura şi antibiorezistenţa microflorei izolate din biosubstraturile biologice în raionul Căuşeni (anii 2010–2012) 241

ELENA CARACUIAN, DIANA MISTREANU
Antibioticorezistenţa microflorei nespecifice izolate din biosubstraturi în Laboratorul microbiologic al CSP Ialoveni 242

ECATERINA ROŞIORU, VEACESLAV CHIŞLARI
Peisajul microbian în maladiile nespecifice şi rezultatele testării sensibilităţii la antibiotice 243

VERGIL MANOLE, RAVECA JUNCO
Monitoringul microflorei depistate în biosubstraturile de la pacienţi din raionul Râşcani (2010-2012) 244

ION CEBOTARI, LARISA APOSTOLOVA
Evoluţia procesului epidemic prin borrelioză în municipiul Chişinău 244

VERA LUNGU, ANA VARTICIAN
Caz ce confirmă concepţia că omul este gazdă facultativă pentru *Dirofilaria Repens* 245

N. IULARJI, O. NASTAS, O. SOFRONIE
Metode exprese în bacteriologia sanitară 248

E. ROŞIORU, V. CHIŞLARI
Calitatea apei potabile din municipiul Bălţi şi unele măsuri de redresare a situaţiei 248

DRAGI COLEGI, STIMAȚI AUTORI ŞI CITITORI,

Acest număr al revistei *Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină* într-un fel este unul jubiliar, el semnificând 10 ani de la fondarea revistei şi de la editarea primului număr. Amintim că revista a fost fondată în anul 2003 de Asociaţia *Economie, Management şi Psihologie în Medicină*, cu suportul financiar (timp de 2 ani) al Consiliului Suprem pentru Ştiinţă şi Dezvoltare Tehnologică.

În anul 2003, au văzut lumina tiparului 2 numere pentru trimestrele 3 şi 4. Începând cu 2004, revista este editată trimestrial, câte 4 numere pe an, cu excepţia unor ani în care au fost editate numere suplimentare, care conţineau materialele unor foruri ştiinţifice naţionale sau internaţionale (congrese, conferinţe, ateliere de lucru). În așa mod, pe parcursul acestor 10 ani, au fost editate 48 de numere, în care au fost incluse peste 900 de articole ştiinţifice, cu o tematică destul de diversă. În majoritate ele sunt consacrate problemelor de sănătate a populaţiei, asigurărilor medicale, proceselor de reformare şi dirijare a sistemului de sănătate, aspectelor economice şi financiare din sfera sănătăţii etc.

Conform Hotărârii comune a Consiliului Suprem pentru Ştiinţă şi Dezvoltare Tehnologică al AŞM şi a Consiliului Naţional de Acreditare şi Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în *Categoria B* a publicaţiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor ştiinţifice. Este unica revistă abilitată cu dreptul de a edita lucrări ştiinţifice din 4 domenii: medicină, farmacie, economie şi psihologie.

În toţi aceşti 10 ani, revista a fost pregătită pentru tipar la Editura *Epigraf* (director – domnul Oleg Bujor, redactor – doamna Larisa Erşov). Aducem sincere mulţumiri colectivului Editurii pentru colaborare fructuoasă şi pentru munca depusă ca revista să aibă un conţinut şi un aspect deosebite, corespunzătoare cerinţelor contemporane.

Stimaţi colegi, vă aşteptăm şi în continuare cu noi articole, vom fi bucuroşi să le publicăm în revista noastră. Vă invităm să colaboraţi şi să citiţi revista *Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină*, care se consideră una dintre cele mai prestigioase publicaţii în domeniul medicinei.

Constantin EŢCO,
redactor-şef

SPECIFICUL SISTEMELOR DE SĂNĂTATE ÎN ŢĂRILE EUROPENE: AVANTAJE ŞI DEZAVANTAJE

Dumitru TINTIUC[1], Tudor GREJDIANU[1], Leonid MARGINE[1], Alexandru LAVRIC[1], Pavel GÂSCĂ[2],
[1]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu,*
[2]Centrul de sănătate publică Ocniţa

Summary

The specifics of health systems in European counters

In this state is made an analysis of the health systems in which et is shat the systems themselves are not good or bad, efficient and inefficient, but the way of application of one systems turns out a highly per formant systems in our bower per formant. The recent history shows that the whole worldly is booking nay for health systems much belier, not such expensive and efficient for the wellbeing of European citizens.

Keywords*: health systems, advantages, disadvantages.*

Резюме

Специфика систем здравоохранения в европейских странах

В этой работе сделан анализ систем здравоохранения, в которых системы сами по себе не являются хорошими или плохими, эффективными или неэффективными, но способ их применения и внедрения делает их высокоэффективными или малоэффективными, а иногда требуется их поменять. История показывает, что в настоящее время весь мир находится в поиске более лучшей системы здравоохранения, с меньшими затратами и более эффективной для здоровья населения европейских государств.

Ключевые слова*: системы здравоохранения, преимущества, недостатки.*

Actualitatea temei. Sănătatea este un bun fundamental al omului, care nu se poate cumpăra în cadrul unei pieţe, iar determinanţii ei sunt bagajul genetic, stilul de viaţă, mediul înconjurător şi îngrijirile de sănătate. Medicina socială reprezintă ansamblul cunoştinţelor, deprinderilor şi atitudinilor orientate spre menţinerea şi îmbunătăţirea sănătăţii şi vizează grupa sau grupele de persoane, precum şi rolul factorilor sociali, economici, de mediu care influenţează starea de sănătate.

Sistem(e) – ansamblu de elemente (principii, reguli, forţe etc.) dependente între ele şi formând un întreg organizat, care pune ordine într-un domeniu de gândire teoretică sau face ca o activitate practică să funcţioneze potrivit scopului urmărit.

Teoria sistemelor, atribuită biologului canadian *Ludwig von Bertalanfy*, a dinamizat semnificativ cercetarea ştiinţifică a primelor decenii ale postmodernităţii. Această teorie a stimulat îndeosebi gândirea sintetică, holistică şi de tip global, în care abordarea structuralistă era ignorată sau minimalizată.

Avantajele induse de gândirea sistemică au permis înţelegerea lucrurilor ca o totalitate (holon), într-o viziune integratoare, globală (dimensiunea macro- şi mondo-).

Structuralism – atribuit, în general, lui *Levy Strauss* – apare ca o contrabalansare a sistemismului, stimulând gândirea analitică şi adâncirea în intimităţile lucrurilor (dimensiunea micro-).

Sistemul de sănătate este ansamblul funcţional al elementelor şi relaţiilor ce determină starea de sănătate a indivizilor şi populaţiilor, fiind alcătuit din elemente aflate în interacţiune, aparţinând sistemelor politic, social şi economic, precum şi sistemului cultural, sisteme existente într-o ţară la un moment dat.

Sănătatea, conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, se defineşte ca fiind „buna stare completă fizică, psihică şi socială, şi nu doar absenţa bolii sau a handicapului", definiţie ce surprinde caracterul pozitiv şi parţial subiectiv al conceptului de sănătate, iar *boala* este privită ca „o stare nedorită, morbidă".

Sistemul de servicii de sănătate este ansamblul structurilor organizate care furnizează bunuri şi servicii către indivizi şi populaţie, în vederea ameliorării sau a menţinerii stării de sănătate, iar ***sistemul de îngrijiri de sănătate*** este ansamblul de resurse (umane, materiale, financiare, informaţionale, temporale) structurate şi utilizate în modalităţi variabile pentru a produce *îngrijiri de sănătate* – se concretizează prin activităţile medico-sanitare care au ca scop ameliorarea sau menţinerea stării de sănătate a indivizilor şi diminuarea incapacităţii datorate bolilor.

Istoria arată că întreaga lume se află în căutarea unui sistem de îngrijiri de sănătate cât mai bun, adică mai puţin costisitor şi mai benefic pentru sănătatea cetăţeanului. Un exemplu elocvent este creşterea masivă a cheltuielilor pentru sănătate în SUA (de la cca 5% în 1950 la peste 16% în anul 2000), fără ca starea de sănătate a populaţiei să se îmbunătăţească în aceleaşi ritmuri. În consecinţă, este absolut firesc ca politicienii, economiştii, juriştii şi planificatorii de sănătate din SUA să vorbească despre un nou sistem de sănătate sau, cel puţin, de reformarea celui existent.

Tipologii şi caracteristici ale sistemelor de sănătate. Un sistem sanitar poate fi analizat şi caracterizat ţinând cont de două aspecte importante: fluxul financiar şi organizarea sa.

Din punctul de vedere al fluxului financiar, indiferent de tipul sistemului sanitar, există trei mari actori: terţul plătitor, furnizorul şi consumatorul sau pacientul. În funcţie de diferitele tipuri de relaţii care se realizează între aceştia, se pot descrie mai multe

tipuri de sisteme sanitare. O analiză făcută de Organizaţia pentru Cooperare şi Dezvoltare Economică (OECD) a identificat 7 asemenea modele, care vor fi descrise în continuare (OECD, 1992).

1. ***Modelul cu plată voluntară – „din buzunar"*** este cea mai simplă formă a pieţei sanitare private, fără asigurări, cu plata directă, din buzunar, pe baza tranzacţiilor directe între consumatorii şi furnizorii de servicii medicale.

Plata serviciilor depinde de capacitatea de plată. Atunci când veniturile sunt insuficiente sau când cheltuielile sanitare sunt neaşteptat de mari, modelul nu asigură un acces adecvat şi echitabil la asistenţa medicală. De asemenea, eficienţa micro- şi cea macroeconomică sunt dubitabile. Chiar dacă consumatorii au libertate de alegere deplină, suveranitatea pacientului este discutabilă din cauza existenţei unei puternice asimetrii informaţionale între pacienţi şi medici, precum şi din cauza monopolului deţinut de furnizorii medicali. Acest model este satisfăcător doar pentru intervenţii minore sau de rutină.

Acest model joacă doar un rol minor, suportiv, în cadrul altor sisteme. Este utilizat mai ales pentru plata medicamentelor în totalitate sau parţial. De asemenea, consultaţiile medicale private pot fi plătite astfel. Aproape toate principiile ce stau la baza politicilor de sănătate moderne ar rămâne nesatisfăcute prin utilizarea unui astfel de mecanism de plată.

Funcţionarea pieţelor medicale private poate fi întâlnită prin introducerea asigurărilor de sănătate voluntare, rămânând însă în continuare efectele secundare nedorite.

Modelul implică:

- plata directă, per act, a furnizorilor;
- competiţie între companiile de asigurare;
- prime în funcţie de riscurile individuale.

2. ***Modelul de asigurare voluntară cu rambursarea pacienţilor:***

- nu există legături între furnizori şi asigurători;
- rambursarea banilor pacienţilor pentru serviciile medicale acoperite de poliţele lor de asigurare;
- competiţie între companiile de asigurare;
- prime în funcţie de riscurile individuale.

Poate exista împărţirea costurilor între pacienţi şi asigurători.

Acest model este considerat superior plăţii directe, pacienţii putându-se asigura împotriva unor cheltuieli medicale neaşteptate prin intermediul primelor plătite. Totuşi, costurile administrative dintr-un asemenea sistem adaugă cca 10% la costurile primelor medicale actuale. De asemenea, sunt descrise alte două dezavantaje. Mai întâi, atunci când consumatorul este protejat de aceste asigurări, apare fenomenul de hazard moral: nu există stimulente pentru reducerea cererii, care poate fi indusă chiar de către furnizori (medici). Al doilea dezavantaj major constă în apariţia inechităţii sistematice, accesul la asigurări şi deci la asistenţa medicală va fi în relaţie cu capacitatea de plată.

Companiile private de asigurare vor încerca să scape de persoanele cu risc crescut de îmbolnăvire sau să le stabilească prime mari: ca atare, persoanele cu afecţiuni preexistente şi cu venituri reduse vor avea mari dificultăţi şi vor fi excluse de la asigurările private de sănătate, apărând fenomenul selecţiei adverse.

Este modelul „convenţional" pentru SUA, dar rar pentru Europa. Modelul este utilizat preponderent pentru alte sectoare decât cel medical (asigurări de viaţă, de bunuri etc.). Se întâlneşte pe piaţa privată din Anglia şi Olanda.

3. ***Modelul de asigurare obligatorie cu rambursarea pacienţilor***. Problemele legate de echitate şi selecţia riscurilor întâlnite în modelul anterior pot fi diminuate prin introducerea obligativităţii asigurărilor în funcţie de venituri (o cotă procentuală din venitul individual), fapt ce duce la fenomenul "solidarităţii", cei bogaţi cotizând şi pentru cei cu venituri mai reduse.

Acest model are aceleaşi mari principii întâlnite anterior:

- plata directă (per act) a medicilor de către pacienţi;
- prime obligatorii în funcţie de venituri;
- fonduri finanţatoare care nu sunt în competiţie;
- nu există conexiuni între furnizori şi finanţatori;
- rambursarea cheltuielilor făcute de pacienţi în concordanţă cu cele prevăzute în schema de asigurare;
- poate, de asemenea, exista împărţirea costurilor între pacient şi asigurător (coplăţi).

Deşi pot exista multiple fonduri de boală (după localizarea geografică, profesiune etc.) şi chiar libertatea cetăţenilor de a alege între fonduri, trebuie să existe prime uniforme şi subsidiaritate în fonduri, pentru a prezerva principiul solidarităţii amintit anterior, deci competiţia nu poate avea loc.

Deşi prin acest model se poate obţine o anume echitate în accesul la serviciile sanitare şi în plata lor, continuă să persiste unele din problemele întâlnite la modelul privat echivalent: hazardul moral, cererea indusă de ofertă şi tendinţa spre costuri administrative mari. Din nou, hazardul moral poate fi contrabalansat prin introducerea coplăţilor. Elemente din acest tip de model se întâlnesc în Belgia şi Franţa.

4. ***Modelul de asigurare voluntară contractuală***. Pieţele private europene au realizat de multă vreme aranjamente de asigurare voluntară care implică relaţii contractuale între asigurători şi furnizorii independenţi.

Aceste aranjamente permit anumitor furnizori să realizeze servicii medicale parţial sau total „gratuite" pentru membrii asiguraţi. Acest model arată astfel:

- servicii furnizate liber pacienţilor asiguraţi;
- competiţie între companiile de asigurare;
- prime de asigurare fixe, comunitare de obicei;
- plata per act sau capitaţie prin intermediul terţului plătitor;
- competiţie între furnizori (linia punctată) este dirijată de asigurători, şi nu de pacienţii individuali.

Acest model a fost sau este întâlnit în diferite variante: asigurătorul poate fi controlat de consumatori (precum era situaţia în Europa anilor '20–'40 ai sec. XX), de doctori sau alţi furnizori, de organizaţii private independente atât ale furnizorilor, cât şi ale consumatorilor.

Aceste scheme pot acoperi practica primară, ca şi pe cea spitalicească, caracteristicile esenţiale ale acestui model fiind:

- opţiunea consumatorilor este, de obicei, restrânsă de contractele încheiate cu anumiţi furnizori;
- asigurătorul are atât stimulentul, cât şi mijloacele de a negocia servicii econome, dar şi de calitate bună pentru consumatorii care cotizează.

Dacă asistenţa spitalicească este furnizată sub acest model, atunci medicii din asistenţa primară acţionează, de obicei, ca un filtru pentru pacienţi.

Acest model poate fi unul mai eficient, datorită puterii deţinute atât de asigurător, cât şi de rolul de filtru al medicului de asistenţă primară. Atunci când doctorii sunt şi proprietarii companiei de asigurare, acest avantaj potenţial se diminuează mult. Există, de asemenea, costuri administrative mai scăzute, ca în modelul de asigurare convenţional, calitatea prestaţiilor fiind prezervată. Dezavantajele majore sunt legate de capacitatea redusă în realizarea echităţii şi solidarităţii.

În Europa aceste modele au fost abandonate, deoarece se adresau în principal celor ce lucrau, lăsând neacoperită o parte importantă a populaţiei. De asemenea, erau nepopulare pentru doctori, datorită puterii financiare locale care îngrădea sensibil veniturile medicilor, fiind înlocuite de fondurile de asigurare obligatorie cu remunerarea medicilor per act, cu tarife negociate central.

5. ***Modelul contractual public*** se regăseşte în schemele de asigurări obligatorii europene şi are la bază:

- servicii furnizate consumatorilor eligibili în mod liber;
- contribuţii obligatorii legate de venituri;
- plata per act sau capitaţie prin intermediul fondurilor de asigurare către furnizorii independenţi.

Şi acest model poate avea mai multe variante. Sursa de finanţare poate fi impozitul general, nu doar primele de asigurare.Terţul plătitor poate fi, în locul fondurilor de boală, guvernul central sau local sau chiar doctorii de prim nivel pentru cei de la al doilea nivel. Spitalele pot fi organisme publice.

Principalele caracteristici ale acestui model sunt:

- terţul plătitor este un organism public, care are relaţii contractuale cu furnizorii; altfel spus, există o separare între finanţatori şi plătitori;
- frecvent, metoda de plată este dependentă de cantitatea şi calitatea muncii prestate.

Este comun pentru furnizorii europeni aflaţi în acest tip de sistem să fie liberi să facă contracte cu orice fond de asigurări, pe baza principiului libertăţii de alegere. Acest aspect sporeşte opţiunile pacienţilor, prin comparaţie cu modelul voluntar, dar cu preţul transformării fondurilor de boală locale în simple oficii de plată pasive. Acest aspect reduce puterea locală a fondurilor (monopson). Ca urmare, negocierea tarifelor are loc, de regulă, între reprezentanţii regionali sau naţionali ai furnizorilor şi finanţatorilor.

Modelul contractual public are mai multe din caracteristicile versiunii private. Menţine libertatea de alegere a furnizorilor de către pacienţi, deşi acest lucru depinde de natura clauzelor contractuale. Nu oferă, de regulă, libertatea alegerii asigurătorului. Eficienţa macroeconomică tinde să devină responsabilitatea guvernului, existând şi un grad sporit de microeficienţă. Dacă plata e prin capitaţie, se pot face economii substanţiale, în comparaţie cu modelul bazat pe rambursarea cheltuielilor. De asemenea, costurile administrative sunt mai scăzute. Fiind obligatoriu, asigură acoperire universală şi nivelul de echitate dorit.

Este modelul dominant pentru asistenţa primară în Germania, Irlanda, Anglia şi pentru spitalele din Germania, Belgia, Olanda, Anglia. E utilizat parţial şi în asistenţa primară în Franţa şi Belgia.

6. ***Modelul de asigurare voluntară cu integrare între furnizor şi asigurător***

La începutul dezvoltării pieţei medicale private europene, unele grupuri de asigurători au considerat mai util să angajeze medici cu salariu şi să fie şi proprietarii facilităţilor medicale, mai ales pentru asistenţa primară.

Caracteristicile acestui model sunt:

- serviciii furnizate liber pacienţilor;
- competiţie între asigurători;
- prime voluntare fixe;
- integrare verticală între asigurători şi furnizori, cu plata prin salarii şi bugete prospective;

- libertatea de alegere a medicului de către pacienţi este limitată de alegerea companiei de asigurare.

Astfel, acest model prezervă libertatea alegerii companiei de asigurare, dar restrânge scala furnizorilor. Are un bun potenţial pentru eficienţă micro- şi macroeconomică prin:

- stimulentele competiţiei;
- managementul furnizării serviciilor medicale (prin "filtrele" asistenţei primare şi contractele la angajare);
- economii administrative prin integrare verticală.

Deşi pot exista stimulente pentru subutilizarea serviciilor, acestea sunt contrabalansate de nevoia companiei de asigurare de a atrage şi menţine consumatorii într-o piaţă liberă competitivă. Ca şi cu orice model voluntar, cu acesta este dificil de obţinut protecţia grupurilor vulnerabile, deoarece dobândirea asigurării este dependentă de capacitatea de plată, iar grupele cu risc vor trebui să plătească mai mult.

Este tipul utilizat în SUA, în HMO (organizaţii integrate de furnizare a serviciilor de sănătate), fiind puţin utilizat în Europa.

7. ***Modelul de asigurare obligatorie cu integrare între furnizare şi asigurare (modelul public integrat)***. Varianta publică a modelului anterior a fost larg adaptată în sistemele obligatorii.

Caracteristicile acestui model sunt:

- servicii furnizate liber pacienţilor;
- terţi plătitori organizaţi de organisme finanţatoare publice, de obicei, autorităţile publice centrale sau locale;
- finanţare prin contribuţii legate de venituri obligatorii, deseori prin impozite generale;
- plata medicilor se face, de obicei, prin salarii şi bugete prospective.

În general, în acest model guvernul este atât asigurătorul, cât şi furnizorul principal (chiar şi în SUA, unde există Departamentul de Stat pentru Veterani, ca exemplificare a acestui model). Pot exista şi aici variante ale modelului, incluzând finanţarea prin asigurări sociale. În general, consumatorii nu au libertatea de alegere a asigurătorului.

Versiunea publică a modelului integrat duce la limitarea libertăţii alegerii atât a furnizorilor, cât şi a asigurătorilor. Prin comparaţie cu modelul integrat privat, tendinţa de subutilizare a serviciilor nu mai este contrabalansată de necesitatea de a atrage şi menţine noi clienţi, de vreme ce asigurarea este obligatorie. Comparativ cu modelul contractual public, alegerea de către pacient a medicului de asistenţă primară şi de către acesta a spitalului, deşi există teoretic, practic este ineficientă. Banii nu urmează pacientul când plata se face prin salarii şi bugete globale. Astfel, furnizorii eficienţi sunt "stimulaţi" prin mai multă muncă, dar nu şi prin resurse sporite. "Coada" pentru servicii este frecventă, iar pacienţii sunt trataţi ca nişte recipienţi pasivi, şi nu ca nişte "clienţi" ce trebuie mulţumiţi. Lipsesc şi stimulentele pentru ca furnizorii să-şi minimizeze costurile. De exemplu, cheltuielile reduse ale unui spital nu pot fi păstrate, ci de obicei sunt urmate de o creştere a lor.

Se poate aprecia, în acest context, că modelul din Republica Moldova al sistemului de asigurări de sănătate se apropie cel mai mult de ceea ce am descris sub denumirea de model public integrat, cu avantajele şi dezavantajele menţionate anterior.

În mod tradiţional, în funcţie de sursele de finanţare, au fost descrise următoarele tipuri de sisteme de sănătate:

1. ***Sistemul naţional de sănătate***, numit şi *model Beveridge*, de asemenea, după numele celui ce l-a introdus în Anglia după cel de-al Doilea Război Mondial, finanţat prin impozite.

Sistemul naţional de sănătate (NHS) a fost introdus în Marea Britanie în 1942 (preluat de la Suedia, care l-a introdus în 1930). Acest sistem de sănătate a fost modelat de la an la an, în funcţie de necesităţi. În 1990, în Marea Britanie s-au introdus modificări în sitemul de sănătate, pentru a se lărgi sfera sectorului privat şi a scădea astfel cheltuielile bugetare.

Caracteristici:

- bugetul pentru sănătate este aprobat de parlament şi de Ministerul Sănătăţii; bugetul se repartizează autorităţilor regionale; de la acestea fondurile se repartizează autorităţilor districtuale, iar de la nivelul fiecărui district fondurile se distribuie unităţilor sanitare (spitale, medicină generală);
- accesul la serviciile de sănătate este gratuit pentru orice cetăţean (sau rezident); acoperirea este generală;
- asistenţa medicală este acordată şi gestionată de salariaţi ai statului;
- medicii sunt fie salariaţi, fie plătiţi prin capitaţie (după numărul pacienţilor înscrişi pe lista lor);
- se practică, dar pe scară redusă, *coplata* de către solicitant a unei părţi din costul unor prestaţii;
- spitalele primesc un buget global.

Sistemul naţional de sănătate există în:

- ţările nordice şi din Europa de Vest: Suedia, Norvegia, Finlanda, Irlanda, Danemarca;
- ţările din sudul Europei: Spania, Portugalia, Italia, Canada (introdus în 1970).

Avantaje:

- acoperire largă, cu impact pozitiv asupra stării de sănătate a populaţiei;
- controlul cheltuielilor; accesibilitate la serviciile medicale;
- gratuitate în momentul utilizării serviciilor de sănătate.

Dezavantaje:
- medicii sunt lipsiţi de stimulente;
- există lungi liste de aşteptare pentru anumite acte medicale;
- sistemul este excesiv de birocratic;
- există riscul moral şi selecţia adversă: *riscul moral* este un termen generic utilizat pentru a descrie creşterea utilizării serviciilor de sănătate datorită erodării relaţiei financiare dintre consumatorul de servicii de sănătate şi îngrijirile de sănătate solicitate (între consumatorul și actul de consum); astfel, medicul nu este stimulat să scadă solicitarea de servicii de sănătate (cererea), pentru că el este salarizat global pentru toată munca efectuată; totodată, *selecţia adversă* apare atunci când terţul plătitor încearcă să limiteze costurile îngrijirilor medicale refuzând să asigure acoperirea cu îngrijiri de sănătate a persoanelor sau grupelor populaţionale cele mai bolnave și care necesită îngrijirile cele mai scumpe.

2. ***Sistemul de asigurări sociale de sănătate***, numit și *sistem bismarkian*, după numele celui care l-a introdus în Germania, la sfârșitul secolului XIX, bazat pe prime obligatorii de asigurare dependente de venituri, și nu de starea de sănătate a celor asiguraţi.

Sistemul asigurărilor publice obligatorii de sănătate (asigurări de boală) a fost introdus în Germania în 1883 și ulterior în Austria, Belgia, Franţa și Olanda.

Caracterisici:
- sistemul este finanţat din contribuţia obligatorie a salariaţilor și patronilor plătită la casele de asigurări (numitre și fonduri). Aceste case de asigurări sunt conduse în Germania de profesioniști, iar în Franţa – de sindicate. Patronii îşi asigură angajaţii, făcând contract cu o anumită casă de asigurări. În Germania, patronul plătește 50% din contribuţie, restul de 50% fiind plătit de salariat; în Franţa, patronul plătește maxim 60% din cotizaţie, restul fiind plătit de salariat. Dacă venitul depășește un plafon prestabilit, salariatul este obigat să recurgă la asigurările private;
- acoperirea este largă, dar acolo unde asigurarea nu este obligatorie rămân categorii de populaţie fără acces la serviciile de sănătate; cetăţenii fără venituri au asigurat un plan minim de asigurări plătit de guvern;
- în acest sistem taxa (prima de asigurare) este în funcţie de venitul angajatului;
- casele de asigurări (fondurile) contractează cu spitalele şi medicii de familie sau medicii de medicină generală "pachetul" de servicii de sănătate care urmează a fi oferit asiguraţilor, restul serviciilor fiind plătite de solicitant;
- contractele cu practicienii au la bază taxa per serviciu/prestaţie, iar spitalele sunt finanţate prin bugete globale.

Avantajele asigurărilor publice obligatorii de sănătate:
- asistenţa de urgenţă este obligatorie și gratuită;
- cetăţenii fără venituri au asigurat un pachet minim de servicii de sănătate finanţat de guvern.

Dezavantajele asigurărilor publice obligatorii de sănătate:
- contribuţia (taxa) este în funcţie de venit, populaţia achită taxe proporţionale cu veniturile, dar are acces la serviciile de sănătate după nevoi;
- banii adunaţi nu pot fi bine controlaţi;
- salariul personalului poate fi diferit de la un an la altul;
- bugetul acumulat este deseori insuficient pentru acoperirea cheltuielilor;

3. ***Sistemul voluntar de asigurări***, caracteristic pieţei private de sănătate, cu finanţare privată, primele de asigurare fiind corelate cu riscurile asiguraţilor (modelul "suveranităţii" consumatorului). În SUA se cheltuie pentru sănătate 11% din produsul naţional brut, constituind cea mai scumpă asistenţă medicală, datorită tehnologiei de vârf din domeniu.

Începând cu 1995–1996, s-a încercat o reformare a sistemului de sănătate, pentru a asigura o mai mare acoperire a populaţiei și o mai bună accesibilitate financiară a îngrijirilor de sănătate.

Avantaje:
- creează posibilităţi de opţiune mai mari pentru pacienţi, întărind astfel poziţia consumatorilor de servicii de sănătate;
- oferă persoanelor sentimentul că au dreptul să beneficieze de serviciile pe care le-au plătit;
- nu există plăţi clandestine.

Dezavantaje:
- asigurarea privată nu este obligatorie;
- 15–17% din populaţia sub 65 de ani nu este asigurată;
- a scăzut speranţa de viaţă la naștere;
- s-a deteriorat starea de sănătate a populaţiei.

4. ***Sistemul centralizat de stat (de tip Semașko)***. Acest tip de sistem de sănătate este caracteristic fostelor ţări socialiste.

Caracteristici:
- este finanţat de la bugetul de stat;
- este controlat de stat printr-un sistem de planificare centralizată;
- statul are monopolul serviciilor de sănătate, care sunt proprietatea sa;
- personalul medical este în întregime salariat al statului;
- accesul la servicii este general;
- nu există sector privat;
- prioritatea socială scăzută a sistemului de sănătate.

Dezavantaje:
- este lipsit de competiţie şi iniţiativă;
- "funcţionarizează" activitatea medicală;
- este subfinanţat, neperformant şi ineficient;
- impact redus asupra stării de sănătate a populaţiei.

Bibliografie

1. Dănăiaţă I. *Managementul prin excepţie*. În: Sisteme, metode şi tehnici de management al organizaţiilor. Coordonator Nicolescu O., Bucureşti: Editura Economică, 2000.
2. Donabedian A. *Explorations in Quality Assessment ans Monitoring*, vol. I-III. Michigan: Health Administration Press, Ann Arvor, 1985.
3. Drucker P.F. *Management: Tasks, Responsibilities, Practices*. London: Pan Books Ltd, 1979.
4. Drugan T., Igan S., Achima A. *Informatica medicală elementară*. Cluj-Napoca: Editura Alma Mater, 2002.
5. Enăchescu D., Marcu M. Gr. *Sănătate publică şi management sanitar*, Bucureşti: Editura All, 1998.
6. Jivan A. *Managementul serviciilor*, Timişoara: Editura de Vest, 1998.
7. Nicolecu O., Verboncu I. *Management*, Bucureşti: Editura Economică, 1999.
8. Vulcu L., Cojan A. *Management, note de curs pentru conducerea serviciilor medicale sau sociale*, vol. I, Sibiu, 1996.
9. Zorleţan T., Burduş E., Căprărescu G. *Managementul organizaţiei*, Bucureşti: Editura Economică, 1998.

Prezentat la 28.06.2013

UNELE ASPECTE DE IMPLEMENTARE A MANAGEMENTULUI CALITĂŢII ÎN SERVICIUL SPITALICESC

Valeriu OBADĂ,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Summary

Aspects of the implementation of quality management in hospitals

In this article it is shown the quality is the rate of satisfaction obtained through the medical services offered to the patients. It is mentioned that the key of quality management is "the man of whole quality" which represents in fact the implication of the whole medical team to achieve a performance.

There are described and analyzed those three types of criteria: structural criteria, process criteria, and result criteria which are used in the measurements of the quality.

***Keywords**: quality management, hospital, criteria.*

Резюме

Некоторые аспекты внедрения менеджмента качества в больницах

В статье описывается качество медицинских услуг, которое измеряется удовлетворенностью клиентов, в зависимости от особенности оказанных медицинских услуг.

В документе описывается, что ключ к менеджменту качества – это "человек сумарного качества", который является участником медицинской команды учреждений здравоохранения и способствует качественным достижениям здравоохранения.

В работе проводится анализ типов критериев: критерии структуры, критерии процесса и критерии результата. Все перечисленные критерии используются для измерения качества в здравоохранении.

***Ключевые слова**: менеджмент качества, больница, критерии.*

Actualitatea temei. Definiţia calităţii îngrijirii de sănătate se bazează pe valori unice din cadrul culturii (atât cultură profesională, cât şi cultură etică) şi pe contextul situaţiei. Este imposibil să defineşti calitatea îngrijirii, fără a ţine seama de valorile ce se află în spatele individului, de situaţia lui socială şi profesională.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte calitatea ca fiind „caracteristica unui proces sau serviciu care determină nivelul de excelenţă". Calitatea înseamnă asigurarea unei practici bune, dar şi introducerea unor proceduri şi tehnici noi, concomitent cu reducerea costului şi creşterea productivităţii în vederea satisfacerii pacientului.

Comisia Unită pentru Acreditarea Organizaţiilor de Îngrijire a Sănătăţii din SUA a identificat nouă componente ale calităţii îngrijirii. Statul cere fiecărei organizaţii de îngrijire a sănătăţii să definească calitatea folosind aceste componente şi ţinând seama de perspectivele clienţilor organizaţiei. Aceste componente sunt enumerate mai jos.

Dimensiunile Calităţii Îngrijirii Asistenţei Medicale Spitaliceşti conform Comisiei Unite:

Accesibilitatea îngrijirii – uşurinţa cu care pacienţii pot obţine îngrijirea de care au nevoie, atunci când au nevoie.

Specificitatea îngrijirii – gradul până la care se asigură o îngrijire corectă, dată de starea curentă a activităţii.

Continuitatea îngrijirii – gradul până la care îngrijirea necesară pacienţilor este coordonată între practicieni şi între organizaţii în timp.

Eficacitatea îngrijirii – gradul până la care îngrijirea este abordată într-o manieră corectă, fără erori, în funcţie de starea curentă a activităţii.

Efectivitatea îngrijirii – gradul până la care un serviciu are potenţialul să satisfacă nevoile pentru care este folosit.

Eficienţa îngrijirii – gradul până la care îngrijirea primită are efectul dorit cu un minimum de efort, cheltuieli sau risipă.

Orientarea spre pacient – gradul până la care pacienţii (şi familiile lor), în procesul de luare a deciziilor în problemele ce ţin de sănătatea lor, sunt satisfăcuţi de îngrijirea lor.

Siguranţa mediului de îngrijire – gradul până la care mediul este lipsit de hazard sau pericol.

Orarul îngrijirii – gradul până la care îngrijirea este acordată pacienţilor anume atunci când este necesară.

Managementul calităţii serviciului spitalicesc presupune existenţa unei structuri organizatorice adecvate (posturi specifice managementului calităţii), care să permită punerea în practică a sistemului de management al calităţii în IMSP spitalicească.

Managementul calităţii serviciului spitalicesc reprezintă „ansamblul activităţilor funcţiei generale de manager, care determină politica în domeniul calităţii, obiectivele şi responsabilităţile, şi care se implementează în cadrul sistemului calităţii prin mijloace cum ar fi planificarea calităţii, controlul calităţii, asigurarea calităţii şi îmbunătăţirea calităţii".

Managementul calităţii serviciului spitalicesc include următoarele componente:

- Planificarea calităţii;
- Controlul calităţii;
- Asigurarea calităţii.

Sistemul de management al calităţii serviciului spitalicesc reprezintă, în accepţiunea SR-ISO, „un ansamblu de procese şi resurse pentru implementarea managementului calităţii". El presupune:

- o politică orientată spre client;
- o structură organizatorică adecvată;
- o documentaţie suficientă;
- un sistem informaţional care să permită depistarea disfuncţionalităţilor.

Calitatea serviciilor spitaliceşti de sănătate depinde atât de oameni, cât şi de sistemele şi tehnicile existente la un moment dat în sectorul spitalicesc.

Atunci când se apreciază calitatea asistenţei medicale spitaliceşti, se foloseşte conceptul de *asigurare a calităţii*. Ea este definită ca „un proces de conducere a unui program continuu de evaluare a calităţii asistenţei medicale spitaliceşti, cu scopul principal de a obţine îmbunătăţirea continuă a calităţii".

Evaluarea calităţii asistenţei medicale spitaliceşti duce la:

- îmbunătăţirea planificării strategice într-o organizaţie;
- ameliorarea eficienţei operaţiunilor manageriale;
- îmbunătăţirea rezultatelor clinice.

Specialistul canadian A. Donabedian a definit şase dimensiuni ale calităţii îngrijirilor de sănătate:

Eficacitatea – capacitatea de a atinge cele mai bune rezultate în îmbunătăţirea stării de sănătate prin intermediul celor mai bune îngrijiri;

Eficienţa – capacitatea de a ajunge la cele mai bune rezultate în ceea ce priveşte starea de sănătate, prin intermediul celor mai bune îngrijiri, dar cu costuri cât mai scăzute;

Optimizarea – realizarea unui echilibru între costurile îngrijirilor de sănătate şi efectele obţinute în urma acestor îngrijiri, înţelegând prin aceasta beneficiul adus de îngrijirile de sănătate sau valoarea monetară a îmbunătăţirii stării de sănătate;

Accesibilitatea – alinierea serviciilor de sănătate la dorinţele, nevoile şi aşteptările populaţiei.

Legitimitatea – acordarea îngrijirilor de sănătate în conformitate cu principiile sociale exprimate prin norme, valori, legi şi reglementări;

Echitatea – acordarea îngrijirilor de sănătate fiecărui membru al societăţii în funcţie de nevoile sale, spre deosebire de egalitatea care se referă la furnizarea uniformă (egală) de servicii tuturor membrilor societăţii; egalitatea poate fi un deziderat care poate fi inutil sau nu se poate realiza, sau poate duce la inechitate.

Principiile managementului calităţii serviciilor medicale spitaliceşti:

- deplasarea de la măsurarea competenţei practicianului către măsurarea rezultatelor îngrijirii pacientului;
- utilizarea mai redusă a raţionamentului implicit şi o mai mare atenţie pentru standardele explicite (ghiduri de practică);
- o mai mică izolare organizaţională a asigurării calităţii şi eforturi pentru integrarea ei în activităţile de zi cu zi şi la toate nivelurile de furnizare a îngrijirilor medicale.

Sistemele managementului calităţii serviciilor medicale spitaliceşti ISO 9000 – 2000. Termenii utilizaţi în acest sistem de management al calităţii sunt:

Furnizor –> organizaţie –> client

Adaptarea termenilor la domeniul medical:

Furnizori interni = actorii spitalului, serviciile paramedicale (sterilizare, farmacie, blocul alimentar, ambulanţe) etc.;

Furnizori externi = medici corespondenţi, medici de familie, partenerii comerciali etc.;

Organizaţie = instituţia medicală (spital, policlinică etc.);

Client = pacient, beneficiar, utilizator final (om sănătos / bolnav).

Particularităţi ale managementului serviciilor medicale spitaliceşti. Un spital de succes are 6 componente esenţiale (Melum şi Siniores):

- conducători vizionari;
- orientarea către clienţi (pacienţi);
- echipe de lucru ale angajaţilor;
- implicarea medicilor;
- folosirea unui model de proces recunoscut;
- alinierea sistemelor şi departamentelor.

Toate modelele de proces au ca elemente comune:

- sunt procese continue;
- implică o performanţă măsurabilă;
- evaluează performanţele;
- iau măsuri pentru îmbunătăţire;
- evaluează rezultatele;
- folosesc munca în echipă;
- furnizează date de încredere care facilitează autoaprecierea.

Structura şi organizarea managementului calităţii serviciului spitalicesc se bazează pe ***componente structurale:***

- sprijinul administraţiei superioare;
- calitatea personalului de conducere;
- programele tradiţionale: asigurarea calităţii, controlul infecţiilor nosocomiale, riscul managerial;
- dezvoltarea şi coordonarea politicii interdisciplinare;
- sprijinul pentru fiecare departament.

Staff-ul managementului calităţii serviciului spitalicesc are următoarele sarcini:

- conduc verificări ale înregistrărilor medicale;
- colectează sistematic date;
- prezintă şi analizează date cantitative;
- elaborează rapoarte pentru managerii departamentelor clinice şi administrative;
- menţin legătura cu managerii şi personalul clinicilor.

Componente organizatorice în serviciul spitalicesc*:*

- identificarea sistemului şi nevoilor de informaţii curente ale fiecărui departament;
- identificarea zonelor de dublare şi suprapunere;
- verificarea îngrijirilor clinice:

• indicatori bazaţi pe apreciere;
• indicatori clinici;
• controlul focalizat;

- analizarea sistemului datelor de bază.

Este necesar un sistem de securitate pentru protecţia pacienţilor, personalului şi spitalului.

Funcţiile managementului calităţii serviciului spitalicesc*:*

1. planificarea strategică şi operaţională a calităţii;
2. organizarea – stabilirea sistemului calităţii;
3. coordonarea – comunicare şi instruire;
4. implicarea personalului – atragere, participare, motivare;
5. controlul calităţii – evaluare, inspecţie, supraveghere, verificare, analiză.

Auditul intern este o examinare sistematică şi independentă, cu scopul de a determina dacă managementul calităţii serviciului spitalicesc:

- se conformează planificării, cerinţelor standardului şi cerinţelor sistemului de management al calităţii serviciului spitalicesc;
- este implementat şi menţinut cu eficacitate serviciul spitalicesc.

Evaluarea sistemului de management al calităţii serviciului spitalicesc se realizează pe baza analizei beneficiilor, care sunt:

1. îmbunătăţirea planificării strategice;
2. îmbunătăţirea rezultatelor clinice;
3. ameliorarea eficienţei manageriale şi operaţionale.

Modelele de proces în managementul calităţii serviciului spitalicesc. Acum, după ce avem o privire generală asupra componentelor esenţiale ale managementului calităţii serviciului spitalicesc, vom discuta o componentă esenţială – „folosirea modelului de proces recunoscut". Modelele de proces sunt folosite de echipele de angajaţi în întregul spital. După ce a fost selectat modelul de proces specific pentru spital, angajaţii sunt instruiţi în folosirea acestuia. Spitalele, de obicei, au câteva echipe de angajaţi care folosesc acest model pentru aria diferitelor probleme.

Criteriile medicale de evaluare sunt declaraţii elaborate, care pot fi folosite pentru aprecierea gradului de adecvare a deciziilor, serviciilor spitaliceşti şi rezultatelor îngrijirilor medicale specifice. Criteriul este un element / atribut prestabilit, care se utilizează în evaluarea calităţii serviciului spitalicesc şi care frecvent este însoţit de o normă explicită sau implicită sau de un standard.

Criteriul este un element descriptiv al performanţei şi comportamentului furnizorului de servicii spitaliceşti sau al stării clinice a pacienţilor şi reprezintă o situaţie satisfăcătoare, pozitivă sau excelentă.

Un criteriu trebuie să fie:

- obiectiv, verificabil şi măsurabil (valid, reproductibil, sensibil), să ilustreze în detaliu standardul;
- specific ariei, să ofere o descriere clară a comportamentelor / acţiunilor şi a situaţiei / resurselor dorite şi obţinute;
- relevant măsurării pe care vrem să o întreprindem pentru evaluarea nivelului de performanţă;
- clar, enunţat în termeni care nu lasă loc interpretărilor;
- realizabil, evitând enunţările nerealiste privind performanţa sau rezultatele;
- enunţat de clinicieni care sunt la curent cu ultimele noutăţi din domeniu;

- acceptat de toţi clinicienii;
- revizuit periodic, pentru a oferi exemplul unei practici bune, bazate pe cercetările la zi;
- orientat spre toate aspectele statusului pacientului – fiziologic, psihologic şi social.

Există 3 tipuri de cercetări de evaluare a serviciului spitalicesc:

Criterii de structură – descriu resursele necesare realizării unui standard şi se referă la:

- clădiri, mediu fizic;
- servicii auxiliare (farmacie, laborator, spălătorie, bucătărie etc.);
- echipament;
- personal: număr, instruire, calificare, experienţă;
- informaţii, regulamente în vigoare.

Criterii de proces – descriu activităţile necesare atingerii standardului:

- evaluarea tehnologiilor şi procedurilor;
- metode de îngrijire (număr de consultaţii, vizite, timp);
- metode de educaţie pentru sănătate a pacienţilor;
- metode de înregistrare a datelor medicale;
- modul de utilizare a resurselor;
- evaluarea competenţei personalului.

Criterii de rezultat – descriu efectul îngrijirilor în termeni referitori la comportament, răspuns la tratament, nivel de cunoştinţe şi starea de sănătate a pacientului:

- rata de supravieţuire;
- rata externării;
- rulaj / pat;
- continuitatea îngrijirilor;
- satisfacţia pacient / furnizor servicii.

În mod ideal, criteriile ar trebui să se refere la rezultate, dar având în vedere dificultăţile şi cheltuielile legate de colectarea datelor referitoare la rezultate, este frecvent nevoie să se apeleze la măsurări ale procesului sau ale structurii.

Argumente pentru implementarea sistemului de management al calităţii în serviciile medicale spitaliceşti

Presiunea creşterii cheltuielilor*:* costurile îngrijirilor de sănătate cresc incontrolabil;

Presiunea finanţatorilor (plătitorilor)*:* plătitorii de asigurări de sănătate – clienţii externi – vor să cunoască şi să gestioneze mai bine ceea ce finanţează.

Presiunea concurenţei*:* deşi sunt constrângeri economice, sectorul privat al serviciilor medicale este în plină dezvoltare;

Presiunea demografică*:* populaţia îmbătrâneşte; aceasta solicită costuri de îngrijiri mai mari.

Particularităţile stării de sănătate*:*

- După 1989 sănătatea s-a deteriorat;
- Cresc bolile determinate de poluare şi de obiceiurile nesănătoase (alcoolism, fumat, consum de droguri, alimentaţie dezechilebrată);
- Cresc accidentele, traumatismele şi intoxicaţiile (otrăvirile).

Presiunea mediatizării sănătăţii*:*

- Mass-media bombardează populaţia cu ştiri senzaţionale;
- Pacienţii revendică informaţii din domeniul sănătăţii publice.

Presiunea contextului medico-legal*:* medicul este obligat să dea pacientului informaţiile clare şi potrivite cu riscurile legate de investigaţii şi îngrijirile propuse.

Constrângerile reglementare şi necesitatea gestionării riscurilor*:* normele şi reglamentările naţionale şu europene îngrădesc sistemul de sănătate.

Presiunea decidenţilor*:* decidenţii (Casa Naţională de Asigurări de Sănătate şi Colegiul Medicilor) simt nevoia introducerii sistemului calităţii pe palierele medico-tehnice şi formalizarea lor printr-o recunoaştere externă oficială sub forma unei certificări de terţă parte.

Concluzii

1. Într-o lume a competiţiei şi a exigenţelor, calitatea reprezintă modul în care IMSP spitalicească supravieţuieşte.

2. Calitatea poate fi obţinută numai printr-o îmbunătăţire continuă a performanţei instituţiei spitaliceşti şi o pregătire adecvată a lucrătorilor, care să perceapă calitatea ca o cultură inovativă.

3. Managerul IMSP spitaliceşti trebuie să pună calitatea în inima sa, doar astfel el poate crea o cauză pentru sine şi colegii săi.

Bibliografie:

1. Andreew G., Thomson H. *Expectations as determinants of patient satisfaction: concepts, theory and evidence*. In: International Journal for Quality in Health Care, 1995, vol. 7, no. 2, p. 127–141.
2. Donabedian Avedis. *Evaluating the Quality of medical Care, Health Services Research an antholooy*, 1992.
3. Deming W.E. *Out of the Crisis*. Cambridge, MA: MIT Publishing, 1986.
4. Dienemann J. *Confinuous Quality Improvement in Nursing*. Washington, D.C.: American Nurses Publishing, 1992.
5. Donabedian A. *The Criteria and Standards of Quality*. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1982.
6. Eţco Constantin. *Esenţa, conţinutul şi caracteristicile calităţii serviciilor medicale*. În: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, Chişinău, 2010, p 4-7.
7. Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations. The Measurement Mandate: *On fhe Road to Performance Improvement in Health Care*. Oakbrook Terrace, IL: JCAHO, 1993.

Prezentat la 2.07.2013

PARTICULARITĂŢILE BOLILOR PROFESIONALE ALE PERSONALULUI MEDICAL DIN REPUBLICA MOLDOVA

Tudor GREJDEANU, Iurie LUPACESCU, Lucreţia BUZATU,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Summary

Specific diseases for health workers in Moldova

One of the most important problems faced by employees in the workplace is risk factors and specific illnesses. In order to determine the particularities of illness for doctors in Moldova, a study was conducted based on surveys of 180 for 4 categories of health workers (45 therapists, 45 surgeons, 45 nurses care units and 45 nurses from surgical wards) from three medical institutions: Municipal Clinical Hospital "Sfînta Treime", The Republican Clinical Hospital and Clinical Hospital Cantemir. Pathology with the highest weight for medical staff in Moldova is gastrointestinal pathology followed by acute respiratory infections. They are caused by nervous stress and intense physical strain.

Keywords*: occupational diseases, medical workers, pathologies of the gastrointestinal tract, acute respiratory infections.*

Резюме

Особенности профессиональных заболеваний сотрудников медицинских учреждений в Молдове

Одна из самых важных проблем, с которыми сталкиваются сотрудники на рабочем месте – это факторы риска и профессиональные заболевания. Для определения особенностей болезни для медицинского персонала в Молдове, было проведено исследование на основе опросов 180 человек, для 4 категорий врачей (45 терапевтов, 45 хирургов, 45 медсестер в терапевтических отделениях и 45 медсестер в хирургических отделениях) из трех медицинских учреждений: Городская больница „Sfânta Treime", Республиканская клиническая больница и Больница г. Кантемир. Наибольшая часть медицинских работников Молдовы страдают от желудочно-кишечных патологий, и от острых респираторных инфекциях. Они вызваны нервным стрессом и интенсивной физической нагрузкой на работе.

Ключевые слова*: профессиональные заболевания, медицинские работники, патология желудочно-кишечного тракта, острые респираторные инфекции.*

Introducere. Una dintre cele mai importante probleme cu care se confruntă actualmente toţi angajaţii din sfera muncii sunt factorii de risc şi bolile profesionale specifice. Aceste aspecte ale muncii influenţează atât activitatea profesională, cât şi cea personală a lucrătorilor prin diminuarea considerabilă a calităţii vieţii lor.

OMS estimează că în fiecare an, la nivel global, practicile nesigure de injectare duc la 20 milioane de injectări cu virusul hepatic B, 2 milioane – cu virusul hepatic C şi 260.000 – cu virusul HIV [1].

Un studiu efectuat în SUA, în anul 2000 [4], arată că de boli grave ale coloanei vertebrale suferă:

- 182 din 10.000 de asistente medicale;
- 90 din 10.000 de medici.

Cele mai frecvente boli profesionale la personalul medico-sanitar din Uniunea Europeană [5], sunt:

- Bolile infecţioase, toxice şi parazitare: hepatite virale B, C, D, HIV/SIDA;
- Bolile digestive: gastrite cronice, pancreatite cronice, colecistite cronice etc.;
- Maladiile cardiovasculare: hipertensiune arterială, cardiopatie ischemică;
- Bolile endocrine: diabet zaharat;
- Bolile alergice: dermatite de contact;
- Maladiile osteo-musculoarticulare: radiculite, osteocondroza;
- Bolile neurologice;
- Bolile psihice, devieri comportamentale;
- Maladiile oculare: astenopatie acomodativă, vicii de refracţie optică, cataractă etc.;
- Boala de iradiere;
- Neoplaziile.

Scopul studiului este studierea bolilor profesionale care prevalează la angajaţii din sfera medicală.

Obiectivele studiului:

1. Determinarea bolilor profesionale caracteristice personalului medical.
2. Determinarea categoriilor de personal medical cel mai expus bolilor profesionale.
3. Elaborarea măsurilor de prevenire şi combatere a factorilor de risc care contribuie la apariţia bolilor profesionale la lucrătorii din sfera medicinei.

Materiale:

- Raport asupra evaluării strategiei comunitare de sănătate şi securitate în muncă 2002-2006, prezentat de Agenţia Europeană pentru Securitate şi Sănătate în muncă;
- Raport asupra evaluării strategiei comunitare de sănătate şi securitate în muncă 2007-2012, prezentat de Agenţia Europeană pentru Securitate şi Sănătate în muncă;
- Datele Consiliului Internaţional al Asistenţilor Medicali privind prevenirea leziunilor cutanate cauzate de înţepăturile de ac, Luxemburg, 2001;

- Datele Organizației Internaționale a Muncii/ Organizației Mondiale a Sănătății *Ghid comun cu privire la serviciile de sănătate și HIV/SIDA*, 2005;
- Date furnizate de Eurostat – Ancheta asupra forței de muncă 1999 *Accidente de muncă și problemele de sănătate datorate locului de muncă*;
- Chestionarul adresat personalului medical.
  - ✓ Terapeuți – 45
  - ✓ Chirurgi – 45
  - ✓ Asistente medicale în secțiile de terapie – 45
  - ✓ Asistente medicale în secțiile de chirurgie – 45

Total – 180 persoane anchetate

Metode:

Istorică – studierea, compararea și înțelegerea proceselor sănătății personalului medical și dezvoltarea sistemului de sănătate și securitate în muncă;

statistică – determinarea și aprecierea obiectivă a stării de sănătate și influența factorilor de risc printre lucrătorii din sfera medicinei;

matematică – calcule matematice în baza diferitelor formule specifice, utilizate cu scopul aprecierii eșantioanelor studiate pe parcursul cercetării;

sociologică – utilizarea anchetei și interviului, care a permis studierea opiniei lucrătorilor medicali cu privire la prezența factorilor de risc în activitatea lor și influența lor asupra stării de sănătate și a stărilor de anxietate;

de comparare – s-au efectuat comparații la nivel de categorii de personal medical (terapeuți, chirurgi, asistente în secțiile de terapie și de chirurgie) și la nivel de instituții medico-sanitare (Spitalul Clinic Municipal *Sfânta Treime*, Spitalul Clinic Republican și Spitalul Clinic Raional Cantemir).

Rezultate obținute. În anchetele propuse personalului medical (45 de terapeuți, 45 de chirurgi, 45 de asistente în terapie și 45 de asistente în chirurgie), au fost incluse întrebări cu privire la bolile: tractului gastrointestinal, sistemului nervos central, dermatologice, infecțioase, oculare, endocrine și din sfera traumatismelor.

În baza lor, pentru tot lotul de persoane anchetate (180), avem următoarele rezultate: patologia cu ponderea cea mai mare (de 99%) pentru personalul medical anchetat este patologia tractului gastrointestinal. Este urmată de: infecțiile respiratorii acute (98%), patologia cardiacă (96%), patologia oculară (93%), traumatisme (91%), dermatita alergică (87%), patologia sistemului nervos central (76%) și diabetul zaharat (48%).

În ceea ce privește patologia sistemului nervos central, din anchetele propuse personalului medical rezultă că ponderea cea mai mare pentru cefaleele zilnice o au asistentele din secțiile de terapie, cu 25% din totalul de persoane anchetate, urmate de asistentele din secțiile de chirurgie cu 21,11%. Chirurgii au o pondere de 18,33% pentru această patologie, iar terapeuții – de 11,66%.

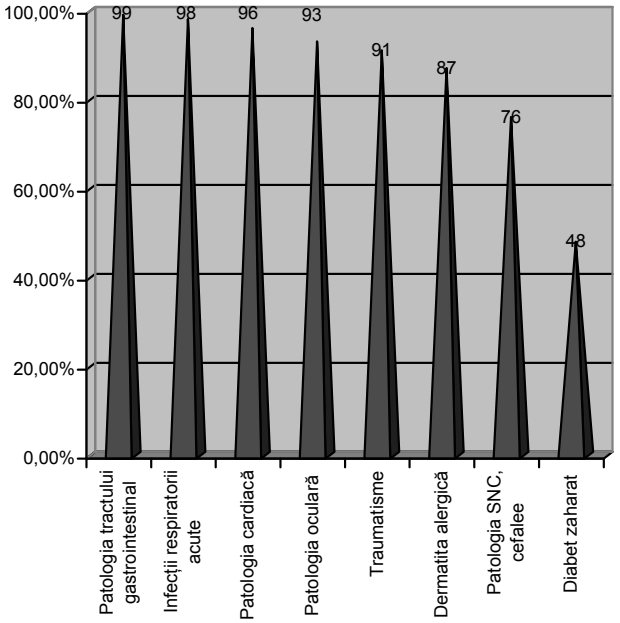


Figura 1. *Caracteristica bolilor profesionale specifice personalului medical din Republica Moldova*

În ceea ce privește patologia cardiacă, în baza anchetelor rezultă că ponderea cea mai înaltă pentru hipertensiune arterială de gradele I și II la personalul medical o au chirurgii, cu o pondere de 25% din cele 180 de persoane anchetate. Sunt urmați de asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 24,44%, de asistentele medicale din secțiile de terapie cu 23,88% și de terapeuți cu 22,22%.

În conformitate cu rezultatele anchetelor, ponderea cea mai mare pentru dermatita de contact o au chirurgii, cu 22,77% din totalul de persoane anchetate. Pe locul doi se află asistentele medicale din secțiile de chirurgie cu 22,22%, urmate de asistentele din terapie cu 21,66% și de terapeuți cu 20%.

Concluzii

1. Rezultatele studiului demonstrează că apariția bolilor profesionale în activitatea lucrătorului medical este inevitabilă, atât în țările lumii, cît și în Republica Moldova.

2. Bolile profesionale specifice lucrătorilor din sfera medico-sanitară din Republica Moldova sunt variate. Cu toate acestea, studiul dat ne demonstrează că ponderea cea mai înaltă o au patologiile tractului gastrointestinal și infecțiile respiratorii acute. Aceste maladii sunt în mare parte consecințe ale principalilor factori de risc din timpul muncii: stresul neuropsihosenzorial și suprasolicitarea fizică.

3. Specialiștii din Republica Moldova susțin necesitatea creării unui Centru al Medicinei Muncii, care ar supraveghea condițiile de lucru și starea

de sănătate ale lucrătorilor medicali. Astfel, studiul dat trebuie să constituie un semnal de alarmă pentru instituţiile medico-sanitare publice, care monitorizează sănătatea şi securitatea personalului medical.

Bibliografie

1. Organizaţia Internaţională a Muncii/ Organizaţia Mondială a Sănătăţii. *Ghid comun cu privire la serviciile de sănătate şi HIV/SIDA*, 2005, p. 56.
2. Petran M. *Manual de Medicina Muncii*, Cluj-Napoca: Editura Medicală Universitară *Iuliu Haţieganu*, 2000, p. 121.
3. Comunicarea Comisiei comunităţilor europene către Parlamentul European. *Îmbunătăţirea calităţii şi productivităţii în muncă*. Strategia Comunitară 2007-2012 privind sănătatea şi securitatea în muncă. Bruxelles, 21.02.2007.
4. Departamentul de Muncă al SUA. 2000. http://osha.europa.eu/publications/reports/7606507
5. Organizaţia Mondială a Sănătăţii. *Raport privind sănătatea în lume*. Capitolul 4. *Riscuri profesionale selectate.* http://www.who.int/wh2/2006/chapter 4/eu/index 8. html

Prezentat la 28.06.2013

POPULAȚIA VÂRSTNICĂ ȘI CONSECINȚELE MEDICO-SOCIALE

Anatol NEGARĂ, Tudor GREJDEANU, Natalia BLAGA-LISNIC, Felicia LUPAȘCU-VOLENTIR, Leonid MARGINE,
Centrul de Geriatrie şi Gerentologie,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Medico-social particularities of aging population as a Public Health problem

In this work the author touches on certain social, medical and economic aspects of the aging population.

In the content of the article are developed the consequences of population aging phenomena which is closely linked to the following particularities: demographic, medical, social as well as strategies in the improvement and protection of aging population's state of health.

Резюме

Медико-социальные особенности возрастного населения как проблема общественного здоровья

В этой работе описываются социальные, медицинские и экономические факторы, влияющие на здоровье возрастного населения. В работе изложены последствия демографических, медицинских и социальных затрат государства от возрастного населения.

Introducere. Îmbătrânirea demografică este un proces ireversibil, care afectează întreaga populaţie, atât prin condiţionările sale, cât şi prin multiplele consecinţe. Procesul de îmbătrânire a populaţiei se datorează îndeosebi scăderii natalităţii – îmbătrânirea „de bază", şi mai puţin creşterii duratei medii a vieţii – îmbătrânire „de vârf", noţiunile referindu-se la baza şi vârful piramidei vârstelor. Asistăm deci, astăzi, mai ales în ţările dezvoltate, la fenomenul spectaculos al „răsturnării piramidei vârstelor".

În ultimii ani, se evidenţiază schimbări esenţiale în structura demografică a populaţiei, fenomen ce se datorează modificărilor înregistrate de evoluţia principalilor indicatori ai migraţiei naturale a populaţiei – natalitatea şi mortalitatea, caracterizaţi printr-o tendinţă constantă de scădere a natalităţii şi fertilităţii, pe de o parte, şi prin scăderea mortalităţii generale (mai ales a mortalităţii infantile, a copiilor şi adulţilor tineri), pe de altă parte, fenomen cunoscut sub denumirea de „tranziţie demografică" [1].

Discuţii. În cadrul planurilor naţionale de asigurare a serviciilor de sănătate, elaborarea şi fundamentarea programelor de sănătate, planificarea resurselor şi optimizarea reţelei sanitare, cunoaşterea reală a stării de sănătate a populaţiei pe diferite grupe de vârstă şi sex au un rol primordial. În acest sens, este necesară organizarea şi desfăşurarea cercetărilor ştiinţifice de studiere a stării sănătăţii diferitelor categorii de populaţie.

Îmbătrânirea populaţiei reprezintă un fenomen global, legat în mod direct de aspectele cotidiene ale vieţii umane şi vizează problemele de care depinde prosperarea economică: investiţiile şi cheltuielile, piaţa forţelor de muncă, pensiile, impozitarea şi transferul proprietăţii altei generaţii. Acest proces are consecinţe şi asupra structurii morbidităţii şi mortalităţii populaţiei, componenţei familiilor, condiţiilor de viaţă. Numărul persoanelor vârstnice creşte în lume anual cu 2%, cu mult mai repede decât sporul natural al populaţiei. Creşterea rapidă a numărului populaţiei va necesita reglementări economice şi sociale de perspectivă în majoritatea ţărilor [3, 4, 5].

Consecinţe importante generează procesul de îmbătrânire a populaţiei pe planul protecţiei sociale şi al asistenţei medicale acordate persoanelor vârstnice, care reprezintă cel mai numeros grup de populaţie ca adresabilitate, fiind în acelaşi timp categoria populaţională în rândul căreia modificările de vârstă produc creşteri importante ale mortalităţii şi invalidităţii şi la care se produce tranziţia de la patologia infecţioasă, specifică vârstelor tinere, la

patologia cronică degenerativă a vârstelor înaintate. Îmbolnăvirile la vârstnici au o prevalenţă ridicată, manifestând o accentuată tendinţă spre cronicizare şi boli asociate [1].

Fenomenul îmbătrânirii demografice se evaluează cantitativ prin proporţia populaţiei de 60 de ani şi peste (în %) din totalul populaţiei. Numărul persoanelor vârstnice a crescut în lume fără încetare – de la mai puţin de 100 milioane înainte de cel de-al Doilea Război Mondial la peste 200 milioane în anul 1950, apoi circa 460 mil. în 1990 şi 672,1 mil. în anul 2005. Se presupune că aceste cifre vor creşte până la 1,2 mlrd. către anul 2025 şi până la 2 mlrd. către anul 2050, când pentru prima dată în istoria omenirii ponderea vârstnicilor va fi mai mare decât ponderea copiilor [2].

Procesul de îmbătrânire demografică are numeroase consecinţe şi implicaţii. Astfel, modificarea raportului dintre populaţia activă şi cea pasivă determină o creştere a dependenţilor pe seama adulţilor neproducători, fenomen care creează probleme dificile de ordin medical şi social-economic.

O altă manifestare a procesului de îmbătrânire a populaţiei planetei este creşterea numărului femeilor în populaţia persoanelor vârstnice bătrâne. Deoarece durata vieţii femeilor este mai mare decât la bărbaţi, în prezent la 81 bărbaţi vârstnici revin 100 femei, iar printre cei mai bătrâni oameni la 100 femei revin doar 53 bărbaţi. Raportul între bărbaţi şi femei de vârstă înaintată este mai redus în regiunile dezvoltate (71 bărbaţi la 100 femei), decât în cele mai slab dezvoltate (88 bărbaţi la 100 femei).

Dinamica creşterii numărului populaţiei vârstnice în Republica Moldova, comparativ cu populaţia tânără şi cea adultă, precum şi faţă de populaţia totală, relevă că în timp ce populaţia totală a crescut, pe parcursul a circa 70 de ani (1930-2003), cu 126,3%, populaţia în vârstă de 60 de ani şi peste a sporit cu 345%; în acelaşi timp, populaţia tânără a cunoscut o tendinţă continuă de scădere [6].

Pentru Republica Moldova, procesul de îmbătrânire demografică a început să devină tot mai actual pe parcursul ultimului deceniu, raportul de dependenţă al populaţiei vârstnice fiind de 21,6 în anul 2003 [7].

Problema îmbătrânirii, a limitelor naturale ale vieţii preocupă omenirea din cele mai vechi timpuri şi pe cele mai diverse planuri: biologic, social, filozofic, etic etc. Ea capătă astăzi o însemnătate majoră, angajând variate sectoare ale vieţii sociale, deoarece omenirea este din ce în ce mai cointeresata în rezolvarea problemelor multiple şi complexe pe care le ridică vârstnicii, contingent de populaţie în continuă creştere.

Procesul de îmbătrânire evoluează tot mai mult, de aceea pe ordinea de zi se pune tot mai insistent o nouă problemă umană – aceea a creşterii numărului şi a proporţiei persoanelor foarte vârstnice, de 75 de ani şi peste, în totalul populaţiei în vârstă de 60 de ani şi peste. Această tendinţă este o formă specială a procesului de îmbătrânire demografică, ce ar putea fi denumită „îmbătrânire a bătrânilor". În Republica Moldova, în afară de intensificarea procesului de îmbătrânire demografică a populaţiei, se conturează o tendinţă de îmbătrânire a populaţiei vârstnice prin creşterea relativă a numărului persoanelor de vârsta a patra sau a „marilor" bătrâni. Astfel, faţă de anul 1930, în anul 2004 ponderea persoanelor cu vârsta de 75 de ani şi peste a sporit de la 0,82% până la 3,7% [2].

În republică, în prezent nu există o acoperire corespunzătoare cu fonduri a proceselor de îmbătrânire a populaţiei. Criza economică şi efectele restructurării societăţii creează probleme dificil de rezolvat în ceea ce priveşte asigurarea unei protecţii economico-sociale minime, în cadrul căreia ponderea cea mai importantă a beneficiarilor o deţin persoanele vârstnice. După pensionare se accentuează mult diminuarea veniturilor. Starea de sănătate a acestui segment de populaţie prezintă o serie de particularităţi, ce se regăsesc la grupe populaţionale similare cu cele din alte ţari ale Europei.

La această categorie de vârstă, pe prim-plan se evidenţiază consecinţele medico-sociale ale îmbătrânirii, care includ următoarele probleme mai importante: morbiditatea şi starea de sănătate în aceste grupe de populaţie; nivelul mortalităţii specifice acestor grupe, cauzele de deces şi tendinţele acestui fenomen; accesul la serviciile de sănătate şi modul în care unităţile de profil asigură nevoile de asistenţă medico-socială a persoanelor vârstnice [6].

Starea de sănătate a persoanelor longevive este consecinţa unui cumul de factori determinanţi, între aceştia mai importanţi fiind: nivelul de îmbătrânire demografică; calitatea vieţii, susţinută de nivelul pensiilor şi al altor măsuri de suport social şi economic, de existenţa unei legislaţii de protecţie socială, de alimentaţie, de condiţiile de locuit etc.; resursele financiare disponibile pentru programele de sănătate ce privesc prevenţia bolilor cronice, reforma sistemului de sănătate, reţeaua de servicii medicale şi sociale, diversitatea şi calitatea acestor servicii.

Elaborarea unei politici demografice trebuie să se bazeze pe o cunoaştere fundamentală a evoluţiei tuturor fenomenelor sociale, economice şi demografice, care influenţează direct sau indirect reproducerea populaţiei, cu tendinţele actuale şi posibilele transformări în dezvoltarea lor.

Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci ea trebuie cucerită; a ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viață activă, în mijlocul familiei. Starea de sănătate a populaţiei de vârsta a III-a este direct influenţată de bunăstarea socială.

În ultimul deceniu, în aprecierea stării de sănătate a vârstnicului, se insistă tot mai mult pe metode epidemiologice şi pe autoevaluarea sănătăţii. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-şi evalua singur starea funcţională şi raportul dependenţă/independenţă în legătură cu activitatea zilnică. O stare bună de sănătate, pe parcursul întregii vieţi, este elementul determinant al unei bătrâneţi sănătoase, satisfăcătoare.

Consecinţele fenomenului de îmbătrânire a populaţiei pot fi:

1. *demografice:*
- creşterea numărului populaţiei vârstnice;
- creşterea numărului familiilor fără copii şi cu persoane vârstnice.

2. *medicale:*
- polimorbiditate;
- creşterea consumului medical (Organizaţia Mondială a Sănătăţii consideră că doar 10% din tineri au o afecţiune și doar 2% din vârstnici sunt sănătoși).

3. *sociale*
- pierderea autonomiei;
- incapacitatea funcţională parţială sau totală, de unde nevoia de servicii sociale adecvate.

Populaţia vârstnică este mare consumatoare de prestaţii medicale, având și o vulnerabilitate crescută la stresul fizic sau social.

Strategii de menţinere și protecţie a populaţiei vârstnice. Aceste consecinţe ale îmbătrânirii populaţiei impun gândirea și aplicarea unor strategii pe termene mediu şi lung, care să vizeze:

1. Realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor care pot să rămână la domiciliu, integraţi în familiile lor, precum și a celor care trebuie îngrijiţi în instituţii speciale rezidenţiale.

2. Organizarea de instituţii de îngrijire pe termen lung, unde să se acorde asistenţă socială (case de retragere pentru pensionari, pentru bătrâni), sau sociomedicală, pentru persoane cu afecţiuni cronice dependente (cămin/spital pentru bolnavi cronici sau unităţi pentru afecţiuni psihice). În ţările Europei de Vest, numai 20% din vârstnici sunt internaţi în acest tip de unităţi, restul sunt îngrijiţi în familie sau la propriul lor domiciliu.

3. Organizarea de reţele comunitare ambulatorii de servicii de îngrijire și ocrotire a vârstnicilor la domiciliu (centre de îngrijire de zi, de noapte, de asistenţă medico-socială la domiciliu, de asistenţă socială specifică vârstnicului, unităţi ambulatorii sau reţea de asistenţă terminală).

4. Facilităţi comunitare pentru familiile ce au în îngrijire vârstnici cu probleme sociale sau medicale.

Concluzii

1. Elaborarea unei politici demografice bazate pe o cunoaștere fundamentală a evoluţiei tuturor fenomenelor sociale, economice și demografice, care influenţează direct sau indirect reproducerea populaţiei, cu tendinţele actuale și posibilele transformări în dezvoltarea lor.

2. Starea de sănătate a persoanelor vârstnice este consecinţa unui cumul de factori determinanţi, între aceștia mai importanţi fiind: nivelul de îmbătranire demografică; calitatea vieţii așa cum este susţinută de nivelul pensiilor și de alte măsuri de suport social și economic.

3. Evoluţia morbidităţii generale și specifice, precum și a morbidităţii la persoanele de vârsta a III-a este mult influenţată de o serie de factori socio-economici: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinţei sau locuinţă improprie nevoilor specifice vârstei, dependenţa sociofinanciară, lipsa afecţiunii din partea celor dragi, lipsa înţelegerii, toleranţei, pierderea oricărui ţel, a unui sens în viaţă.

4. Consecinţele de impact generează procesul de îmbătrânire a populaţiei pe planul protecţiei sociale și al asistenţei medicale acordate persoanelor vârstnice, care reprezintă cea mai numeroasă grupă de populaţie ca adresabilitate la servicii de sănătate.

Bibliografie

1. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. *Sănătate Publică*. Cluj-Napoca: Ediţia Medicală Universitară *Iuliu Haţieganu*, 2002, 274 p.
2. Duda Rene. *Gerontologie medico-socială*, Iaşi: Ed. Junimea, 1983, 185 p.
3. Enăchescu D., Marcu Gr. M. *Sănătate Publică şi Management Sanitar*, colecţia Medicinalis, Bucureşti: Editura All, 1995, 320 p.
4. Melnic B. *Omul. Geneza existenţei umane*. Chişinău, 1998, 220 p.
5. Legare J. *Consequences economiques, social et culturelles du vieillissement de la population*. In: Caselli G., Vallin J., Wunsch G. (red) Demographie: analyse et synthese, Paris, 2004.
6. Paladi Gh., Penina O. *Unele aspecte demografice ale procesului de îmbătrânire demografică în Republica Moldova*. În: Materialele Simpozionului Internaţional "Probleme demografice ale populaţiei în contextul integrării europene", Chişinău, 2005, p. 16-23.

Prezentat la 2.07.2013

PROBLEME DE SĂNĂTATE SPECIFICE POPULAȚIEI DE VÂRSTA A III-A

Anatol NEGARĂ, Tudor GREJDEANU, Natalia BLAGA-LISNIC, Felicia LUPAȘCU-VOLONTIR, Leonid MARJINE, Alexandru LAVRIC, Gabriela ȘORIC,
Centrul Național de Geriatrie și Gerontologie
din Republica Moldova,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Problems of public health of the adult population

In this work the author touches on certain social, medical and economic aspects of the aging population.

In the content of the article are developed the consequences of population aging phenomena which is closely linked to the following particularities: demographic, medical, social as well as strategies in the improvement and protection of aging population's state of health.

Резюме

Проблемы общественного здравоохранения взрослого населения

В этой работе описываются социальные, медицинские и экономические факторы, влияющие на здоровье возрастного населения. В работе изложены последствия демографических, медицинских и социальных затрат государства от возрастного населения.

Introducere. Îmbătrânirea este un proces sau un cumul de procese de involuţie somatică şi funcţională ireversibile, esenţial individuale, şi nu globale. Există diferenţe între ţări privind vârsta legală de pensionare și de începutul vârstei a III-a, atât pentru sexul feminin, cât și pentru cel masculin.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii, în 1964, a recomandat vârsta de 60 de ani ca limită pentru încadrarea persoanelor în categoria vârstnicilor, populaţia, în general, sau a unei ţări, în special, putând fi împărţită după vârsta fiziologică în trei categorii: populaţia infantilă (cu vârste cuprinse între 0 și 14 ani); populaţia adultă (cu vârste între 15 și 59 ani) și populaţia vârstnică (ce cuprinde persoane cu vârsta de 60 de ani și peste).

Discuţii. Este cunoscut faptul că, dintre factorii psihosociali cu rol sanogenetic, armonia vieţii de familie, generatoare de satisfacţii și realizări, este unul dintre elementele-cheie ce influenţează favorabil durata vieţii. Longevitatea, în forma ei activă, nu ni se oferă, ci ea trebuie cucerită. A ști să o cucerești, a ști să îmbătrânești, este deopotrivă o știință și o artă, iar secretul acestei reușite este viaţă activă, în mijlocul familiei.

Longevitatea se obţine numai dacă există și se menţine o „stare de bine" a individului. Acest lucru este realizat numai în familie și de către familie, care are obligaţia realizării unui climat – atât de dorit, de benefic și meritat – celor pe care îi preţuim pentru ceea ce au fost și sunt: părinţii și bunicii sau străbunicii.

Starea de sănătate a populaţiei de vârsta a III-a este direct influenţată de bunăstarea socială. În ultimul deceniu, în aprecierea stării de sănătate a vârstnicului se insistă tot mai mult pe metode de epidemiologie și pe autoevaluarea sănătăţii. Autoevaluarea se bazează pe capacitatea individului de a-și aprecia singur starea funcţională și raportul dependenţă /independenţă în legătură cu activitatea de zi cu zi.

Evoluţia morbidităţii generale și a celei specifice, precum și a morbidităţii la persoanele de vârsta a III-a este influenţată de o serie de factori socioeconomici, ca: sărăcia, singurătatea, lipsa locuinţei sau locuinţa improprie nevoilor specifice vârstei, dependenţa sociofinanciară, lipsa afecţiunii din partea celor dragi, lipsa înţelegerii, toleranţei, pierderea unui sens în viaţă, depresia etc.

Consecinţele fenomenului de îmbătrânire a populaţiei:

1. *demografice:*
- creșterea numărului populaţiei vârstnice;
- creșterea numărului familiilor fără copii și cu persoane vârstnice.

2. *medicale:*
- polimorbiditate;
- creșterea consumului medical.

3. *sociale:*
- pierderea autonomiei;
- incapacităţii funcţionale parţiale sau totale, de unde nevoia de servicii sociale adecvate.

Fenomenul de îmbătrânire este asociat cu creșterea morbidităţii, în special cu alură cronică, cu incapacitate de muncă fizică și psihică, ce au o durată din ce în ce mai lungă, terminându-se cu dependenţa familială și socială, dependenţa însemnând ajutorul necesar chiar și în activităţile de bază ale vieţii cotidiene: igiena personală, deplasarea (chiar și în locuinţă), îmbrăcatul/dezbrăcatul, alimentaţia, igiena și gospodărirea în locuinţa proprie.

Datorită duratei medii de viaţă mai mare cu 6-8 ani la sexul feminin faţă de cel masculin, femeile vârstnice reprezintă o pondere mare a acestei subpopulaţii, cu o situaţie și mai grea decât a bătrânilor, datorită unor cauze social-economice și medicale, cum ar fi: pensiile mai mici, procent mult mai mare de văduve, pondere mai mare de boli cronice cu incapacitate de muncă și cu dependenţă.

Aceste consecinţe ale îmbătrânirii populaţiei necesită aplicarea unor strategii pe termen mediu și lung, care să vizeze:

1. Organizarea de reţele comunitare ambulatorii de servicii de îngrijire şi ocrotire a vârstnicilor la domiciliu (centre de îngrijire de zi, de noapte, de asistenţă medico-socială la domiciliu, de asistenţă socială specifică vârstnicului, unităţi ambulatorii sau reţea de asistenţă terminală).

2. Organizarea de instituţii de îngrijire pe termen lung, unde să se acorde asistenţă socială (case de retragere pentru pensionari, pentru bătrâni), sau sociomedicală, pentru persoane cu afecţiuni cronice dependente (cămin/spital pentru bolnavi cronici sau unităţi pentru afecţiuni psihice).

3. Realizarea unor programe de screening pentru identificarea vârstnicilor care pot să rămână la domiciliu, integraţi în familiile lor, precum şi a celor care trebuie îngrijiţi în instituţii speciale rezidenţiale.

4. Facilităţi comunitare pentru familiile ce au în îngrijire vârstnici cu probleme sociale sau medicale.

Sarcinile instituţiilor sociale ce oferă servicii destinate populaţiei vârstnice:

1. Îngrijirile trebuie să fie de tip „întrerupt", în sensul că aceste îngrijiri trebuie acordate sub aspectul procurării hranei, asigurării ajutorului în menaj, a ajutorului în autoîngrijirea zilnică, şi nu preluarea în totalitate a sarcinilor persoanelor vârstnice.

2. Stimulente materiale pentru persoanele sau familiile care au obligaţia de a îngriji vârstnici la domiciliu.

3. Îngrijiri de tip „nursing", realizate de cadre cu pregătire medie, ce se deplasează la domiciliul vârstnicului, asigurând asistenţă medicală şi socială.

4. Integrarea vârstnicului în viaţa comunităţii şi stimularea implicării lui.

Planificarea centrelor populate cu populaţie vârstnică. Impactul mediului asupra sănătăţii vârstnicilor este factorul care impune măsuri urbanistice adecvate nevoilor specifice ale acestor grupe de populaţie, pentru că:

1) îmbătrânirea populaţiei necesită crearea unui mediu urban diferit de al tinerilor;

2) vârstnicii necesită un stil compact al mediului urban: distanţe scurte şi sigure, nevoile socioeconomice ale vârstnicilor să poată fi satisfăcute în cartiere restrânse; spaţiile publice trebuie să fie proiectate astfel încât accesul vârstnicilor la ele să fie facil; transportul public să permită independenţa vârstnicilor pentru a participa la viaţa comunităţii;

3) reglementări de trafic rutier adaptate specificului vârstnicului, pentru evitarea accidentelor.

La bătrâneţe scade abilitatea funcţională şi apar handicapuri, condiţii patologice (tulburări de locomoţie, incontinenţă urinară, demenţă senilă, scăderea auzului şi văzului). De aceea, locuinţa bătrânilor trebuie să fie adaptată condiţiilor lor şi nevoilor mai mari de ajutor.

Locuinţa este vitală pentru sănătatea fizică şi psihică a vârstnicilor, pentru că, petrecând mult timp acasă, o locuinţă adecvată nevoilor poate reduce asistenţa instituţionalizată. Calitatea standardului de viaţă şi sănătate a vârstnicilor este strâns legată de calitatea locuinţei în care trăiesc. Situaţia locuinţelor şi politica locuinţelor pentru vârstnici sunt domenii prioritare în sistematizare.

Există state în care locuinţele pentru vârstnici sunt o problemă publică şi s-au găsit diverse variante de rezolvare a acestor probleme. Se iau în consideraţie, în cadrul sistematizării, aspecte privind: poziţia locuinţei, proiectul, integrarea cu alte grupuri de vârstnici, accesul la asistenţă medicală şi socială, alte servicii ca: zone de cumpărături, transport public, agrement.

Pentru realizarea acestor deziderate, ***strategia legislativă*** trebuie să fie dublă:

1. Măsuri legislative care să stabilească standarde definite de experţi în probleme ca: balustradele, reperele scărilor şi ascensoarele pentru uzul cărucioarelor şi să permită timp suficient pentru acces;

2. Legislaţie privind dirijarea resurselor financiare pentru promovarea locuinţelor corespunzătoare (având în vedere resursele financiare proprii reduse ale vârstnicilor).

Este important ca vârstnicul să fie informat asupra drepturilor legislative de care se bucură în acest domeniu.

Concluzii

1. Este cunoscut faptul că, dintre factorii psihosociali cu rol sanogenetic, armonia vieţii de familie, generatoare de satisfacţii şi realizări, este unul dintre elementele-cheie ce influenţează favorabil durata vieţii.

2. Longevitatea, în forma ei activă, trebuie cucerită; a şti să îmbătrâneşti este deopotrivă o ştiinţă şi o artă, iar secretul acestei reuşite este viaţa activă în mijlocul familiei.

3. În societatea contemporană, se înregistrează o tendinţă de creştere a numărului de familii compuse numai din soţ, soţie şi copii şi scăderea numărului de familii lărgite pe verticală sau orizontală, sau pe ambele sensuri, ce cuprind şi vârstnici (părinţii cuplului, bunicii şi rudele în vârstă etc.).

Bibliografie

1. Duda Rene. *Gerontologie medico-socială*, Iaşi: Ed. Junimea, 1983, 185 p.
2. Enăchescu D., Marcu Gr. M. *Sănătate Publică şi Management Sanitar*, colecţia Medicinalis, Bucureşti: Editura All, 1995, 320 p.

3. Duda Rene. *Sănătate Publică şi Management*. Iaşi: Moldtip, 1996, 220 p.
4. Melnic B. *Omul. Geneza existenţei umane*. Chişinău, 1998, 220 p.
5. Borzan Cristina Maria, Mocean Florea. *Sănătate Publică*, Cluj-Napoca: Ed. Medicală Universitară *Iuliu Haţieganu*, 2002, 274 p.

Prezentat la 02.07.2013

TRAUMATISMUL – PROBLEMĂ MEDICO-SOCIALĂ MAJORĂ PENTRU REPUBLICA MOLDOVA

Mihai MOROŞANU,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Traumatism – important medical and social problem for the Republic of Moldova

The development of traumatism among the population of the Republic of Moldova is one of the important indicators of health, which appears frequently during the last 15 years. It is connected with elaboration and using of new productional technologies and it appears as usual characteristics of epidemy.

The problem of traumatism appears at the international level so we want to evaluate the level of this problem and possibilities of it's monitoring in the Republic of Moldova. Traumatism is the very important social – hygiene problem. The decision of this problem is connected with the Public Health improvement, with decreasing of the level of labor inability, invalidity, mortality, average longitude of life. The medical and social analysis of traumatism are done under the consideration of accidents gender and age particularities professions, character and localization of traumas, the place of medical care, consequences of traumas.

Keywords*: The reasons of traumatism, the epidemiological traumatism, medical and social analysis of traumatism, domestic traumatism, productional traumatism.*

Резюме

Травматизм – важная медико-социальная проблема для Республики Молдова

Распространение травматизма среди населения Республики Молдова остается одним из важнейших показателей здоровья и часто проявляется в последние 15 лет в связи с разработкой и внедрением новых промышленных технологий, принимая привычные характеристики эпидемии. Акцентуация проблемы травматизма на мировом уровне побудило нас провести оценку уровня распространения и возможности мониторизации данной проблемы в Республике Молдова.

Травматизм является важной социально-гигиенической проблемой, решение ее неразрывно связано с улучшением состояния здоровья населения, со снижением уровня временной нетрудоспособности, инвалидности, смертности, с увеличением средней продолжительности жизни. Медико-социальный анализ травматизма осуществляется с учетом: обстоятельств несчастных случаев; возрастно-половых особенностей, профессии; характера травм; локализации травм; места оказания медицинской помощи; последствий травм.

Ключевые слова*: причины травматизма, эпидемия травматизма, медико-социальный анализ травматизма, бытовой травматизм, производственный травматизм.*

Introducere. Răspândirea traumatismului în rândurile populaţiei RM este unul dintre importanţii indicatori de sănătate, care în ultimii 15 ani se manifestă cu rate sporite, odată cu dezvoltarea şi implementarea noilor tehnologii industriale, habituale, agricole în viaţa cotidiană, preluând caracteristicile unei epidemii. Pe lângă factorii de risc ai cataclismelor naturale, în apariţia şi răspândirea traumelor printre populaţie unul dintre importanţii factori de risc ramâne factorul uman.

Traumatismul provoacă pagube economice enorme pentru economia naţională a ţării. Printre cele mai răspândite cauze ale traumatismului putem menţiona următoarele: tehnice, oraganizaţionale, sanitaro-igienice, individual-comportamentale.

Conform unor date ale OMS, în ultimul deceniu, din cauza diferitelor traumatisme decedează anual până la 3,0 milioane de persoane.

Dacă în RM, în anul 2007, nivelul mortalităţii postraumatice constituia 16 persoane la 100000 populaţie, apoi către anul 2010 el a crescut până la 25 persoane la 100000 populaţie. Accentuarea problemei creşterii traumatismului la nivel mondial ne-a determinat să efectuăm o evaluare a nivelului de răspândire şi de distribuţie a traumatismului în RM.

Material şi metode. Metodele de cercetare: *statistică, istorică, epidemiologică, demografică.* Forme de implementare – acte legislative şi normative, standarde igienice comportamentale, recomandări metodice, comunicări stiinţifice; publicaţii ştiinţifice la tematica elucidată.

Rezultate obţinute. Au fost analizate datele morbidităţii, mortalităţii şi invalidităţii prin traume pe parcursul anilor 2007-2010. Menţionăm că în această perioadă incidenţa traumatismului urban este de 2,1 ori în anul 2011 şi de 2,7 ori în anul 2010 mai mare decât incidenţa traumatismului rural (*figura 1*).

Analizând dinamica răspândirii morbidităţii prin traume pe parcursul anilor 2007-2011, putem menţiona o distribuire neuniformă, fapt ce arată

că profilaxia traumatismului în RM este la un nivel nesatisfăcător (*figura 2*).

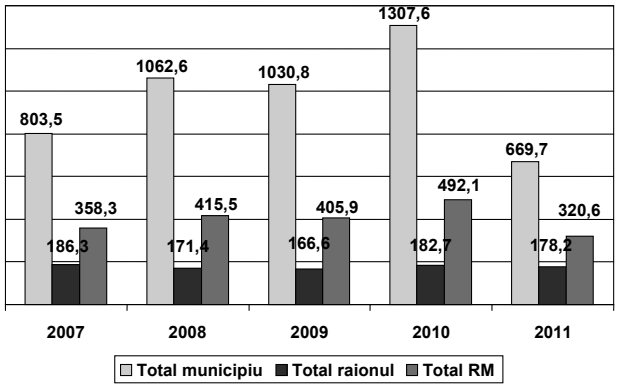


Figura 1. *Incidenţa traumelor la 10000 locuitori*

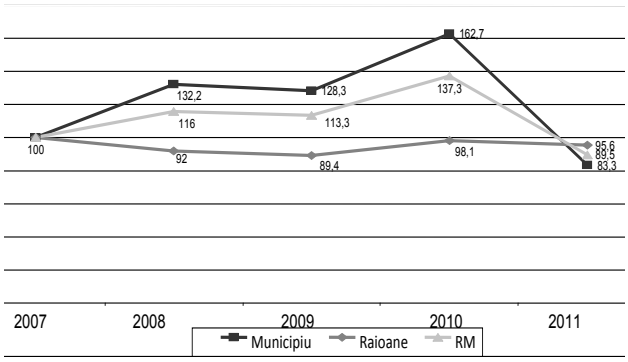


Figura 2. *Dinamica incidenţei traumelor (%)*

Datele primare analizate confirmă faptul că zilnic, în anii 2007, 2008, 2009 şi 2011, în Republica Moldova sunt traumatizate peste 300 de persoane, pe când în anul 2010 – 480 persoane.

Analiza răspândirii traumatismului în diferite regiunii ale ţării conform datelor statistice a demonstrat că cele mai afectate regiuni sunt UTA Găgăuzia, cu o incidenţă a morbidităţii traumatice de peste 200 de cazuri la 10000 populaţie anual, după care urmează raioanele de centru, cu o incidenţă de până la 200 de cazuri la 10000 populaţie (*figura 3*).

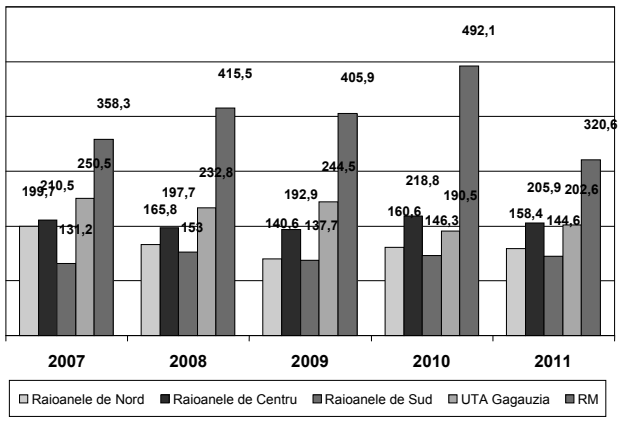


Figura 3. *Incidenţa traumelor pe regiuni ale RM (la 10000 populaţie)*

Analiza dinamicii incidenţei traumatismului printre populaţia adultă a demonstrat că el este în creştere faţă de anul 2007, atât în medie pe RM (de la 16,5% în anul 2008 până la 33,5% în 2010), cât şi printre populaţia din municipii (de la 34,2% în anul 2008 până la 57,6% în 2010) (*figura 4*).

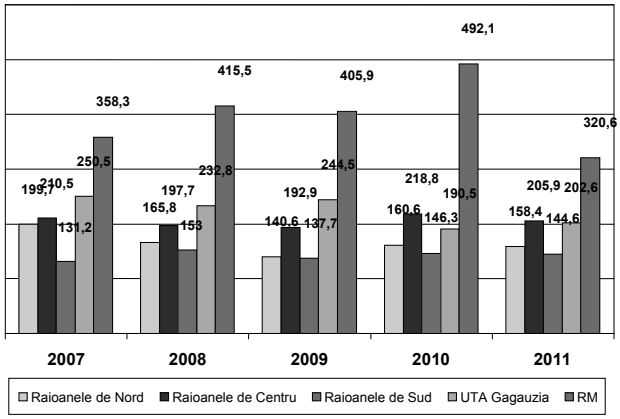


Figura 4. *Incidenţa traumelor la adulţi (la 10000 populaţie)*

Printre populaţia din raioane, acest indicator este în descreştere cu 10,5% în anul 2009 până la 0,2% în 2010. În anul 2011 a fost o tendinţă de scădere a incidenţei traumatismului faţă de 2007 în toate teritoriile cercetate.

Analiza incidenţei traumelor printre adulţi în regiunile Republicii Moldova a demonstrat că faţă de anul 2007 ea este în creştere permanentă în raioanele de centru (de la 50,0% în anul 2009 până la 65,4% în 2010), pe când în celelalte 3 zone este în descreştere faţă de anul 2007.

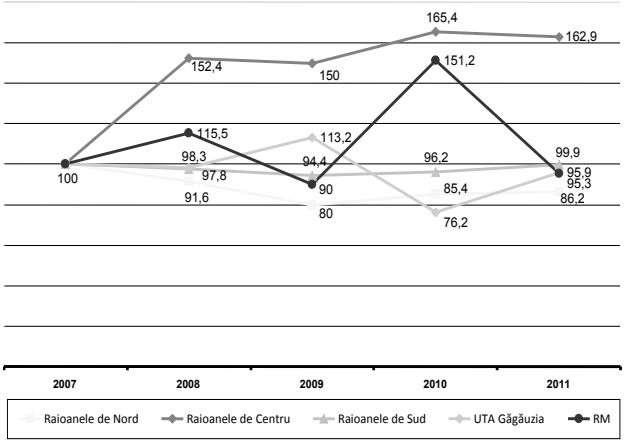


Figura 5. *Dinamica incidenţei traumelor la adulţi pe regiuni (%)*

A fost analizată incidenţa traumelor printre copii pe aceeaşi perioadă de timp. Valorile relative şi cele medii ale acestui fenomen ne-au demonstrat că incidenţa traumelor printre copii este de la 1,3 ori până la 1,5 ori mai mare printre copii decât printre adulţi.

Dacă printre copiii din raioanele Republicii Moldova incidenţa traumatismului este de la 1,1 ori până la 2,2 ori mai mare decât printre adulţi, atunci printre copiii din municipii acest indicator este de la 1,3 ori până la 2,3 ori mai mare. Acest fapt confirmă vârsta copilăriei şi oraşul ca factori de risc în răspândirea traumatismului (*figura 6*).

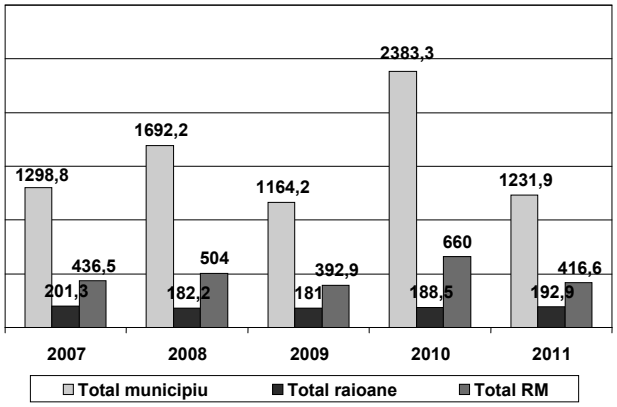


Figura 6. *Incidenţa traumelor la copii (la 10000)*

Analizând traumatismul printre copii, în populaţia din raioane şi în cea din municipii, constatăm că traumatismul printre copiii din municipii este de la 6,4 ori până la 12,6 ori mai mare decât printre cei din raioanele ţării. În aspect regional, cea mai înaltă incidenţă a traumelor printre copii este în UTA Găgăuzia şi în raioanele de centru, unde depăşeşte cifra de peste 200 cazuri la 10000 copii (*figura 7*).

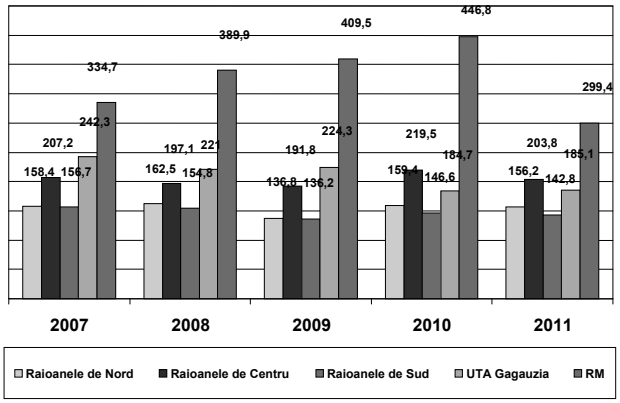


Figura 7. *Incidenţa traumelor la copii pe regiuni*

Un alt indicator care accentuează caracteristicile traumatismului este nivelul de răspândire a invalidităţii ca urmare a traumelor suportate. Cel mai înalt nivel al invalidităţii primare este printre populaţia UTA Găgăuzia, care depăşeşte cifra de peste 50 invalizi la 10000 populaţie, şi în raioanele de Nord ale RM, care depăşeşte nivelul de 40 cazuri la 10000 populaţie. Analiza invalidităţii primare pe regiunile ţării a confirmat o creştere substanţială de la 35,8% în anul 2011 până la 81,2% în 2009 faţă de anul 2008 în UTA Găgăuzia; o sporire de la 3,0% în anul 2011 până la 33,3% în 2010, cu 13,3% şi în 2011 – cu 11,7% în raioanele de Nord ale Republicii Moldova (*figura 8*).

Dinamica acestui fenomen (invaliditate prin traume) este în descreştere în anii 2009-2011 faţă de 2008, cu o creştere neesenţială de până la 2,5% în anul 2009, faţă de 2008 în UTA Găgăuzia, în zonele Nord şi Centru.

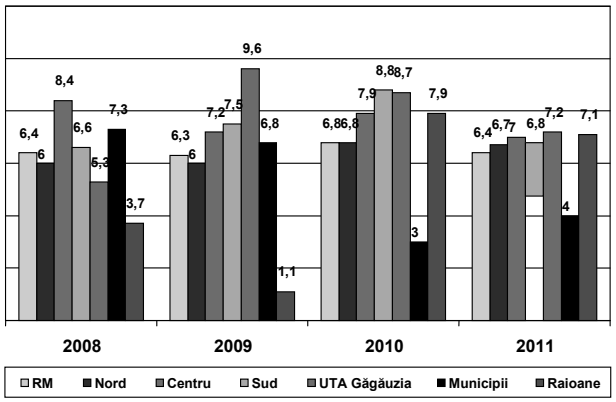


Figura 8. *Invaliditatea primară a populaţiei prin traume (la 10000 de populaţie)*

Analiza invalidităţii cauzate de traume printre copii a confirmat creşterea acestui fenomen de la 5,8% în anul 2011 până la 6,2% în anii 2009 şi 2010 faţă de anul 2008 pe RM, de la 3,0% în anul 2009 până la 7,2% în 2011 faţă de 2008 pe municipii şi de la 5,0% în 2011 până la 6,1% în anul 2010 faţă de anul 2008 pe raioanele Republicii Moldova.

Nivelul înalt al mortalităţii ca urmare a traumelor suportate are un impact demografic negativ. A fost analizat nivelul mortalităţii prin traume a populaţiei. Acest indicator, pe parcursul anilor 2007-2011, prezintă o stabilitate: de la 0,9 cazuri la 10000 populaţie în anul 2011 până la 1,2 cazuri în 2010, menţinându-se la cifra de 1,1 cazuri în anii 2007-2009 (*figura 9*).

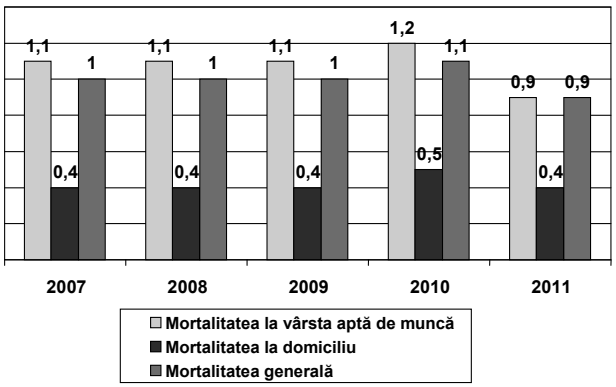


Figura 9. *Mortalitatea populaţiei ca urmare a traumelor (la 10000 populaţie)*

Mortalitatea în vârsta aptă de muncă din cauza traumelor se menţine la nivelul de 0,9 cazuri în anul 2011; 1,1 cazuri în 2010 şi 1,0 cazuri la 10000

populaţie în anii 2007-2009. Aceste cifre confirmă că în vârsta aptă de muncă, din cauza traumelor decedează de la 91,0% până la 100,0% din totalul celor traumatizaţi.

La domiciliu sau la locul incidentului au decedat fiecare a 2-a persoană traumatizată. Cele relatate confirmă impactul medical, economic şi demografic al traumatismului ca problemă medico-socială. Sunt confirmate ca factori de risc urbanismul şi vârsta copilariei. Este confirmat nivelul scăzut al profilaxiei traumatismului în regiunea Centru şi în UTA Găgăuzia, precum şi nivelul scăzut al asistenţei medicale de urgenţă la locul solicitării în caz de traume.

Concluzii. Pe parcursul perioadei studiate, incidenţa traumatismului urban este de la 2,1 ori în anul 2011 până la 2,7 ori în 2010 mai mare decât incidenţa traumatismului rural. Analiza raspândirii traumatismului în diferite regiunii ale ţării conform datelor statistice a demonstrat că cele mai afectate regiuni sunt UTA Găgăuzia, cu o incidenţă de peste 200 de cazuri la 10000 populaţie anual, după care urmează raioanele de centru, cu o incidenţă de până la 200 de cazuri la 10000 populaţie.

Analiza incidenţei traumelor printre adulţi pe regiunile Republicii Moldova a demonstrat că faţă de anul 2007 ea este în creştere permanentă în raioanele de centru – de la 50,0% în anul 2009 până la 65,4% în 2010, pe când în celelalte 3 zone este în descreştere faţă de anul 2007.

Bibliografie

1. *Anuarul Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova, anul 2011*. http://www.ms.md/sites/default/files/rapoarte/anuar_2011.pdf
2. *Anuarul Statistic al Sistemului de Sănătate din Moldova, anul 2012,* 43 p. http://www.cnms.md/ro/rapoarte/anuar-statistic-medical
3. Dalbokova D., Krzyzanovski M., Lloyd S. *Children's health and the environment in Europe: a baseline assessment*, WHO, 2007.
4. Opopol N., Bahnarel I., Pantea V. *Sănătatea populaţiei – scop primar al dezvoltării durabile.* În: Medicina preventivă – strategie oportună a sistemului de sănătate. CNSPMP, Chişinău, 2005.

Prezentat la 10.06.2013

PROBLEMELE MEDICO-SOCIALE ŞI DE REABILITARE A PERSOANELOR CU DIZABILITĂŢI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Dumitru TINTIUC, Leonid MARGINE, Tudor GREJDEANU, Alexandru LAVRIC,
Catedra *Medicină Socială şi Management Sanitar*
„Nicolae Testemiţanu"

Summary

Medical problems of social and rehabilitation of persons with disabilities in Republic of Moldova

In this study, a comprehensive analysis of the local and universal literature in the specialty was done. Also, the were studied the provisions of laws and regulations on these issues.

The Social opinion poll for the society's attitude towords people with disabilities was provided.

***Keywords**: people with disabilities, handicap, disability, nonviability.*

Резюме

Медико-социальные и реабилитационные проблемы людей с ограниченными возможностями в Республике Молдова

В данном исследовании проведен комплексный анализ местной и универсальной литературы по специальности. Также изучены положения законодательных и нормативных актов по данным вопросам.

Проведен социальный опрос населения на предмет отношения общества к людям с ограниченными возможностями.

***Ключевые слова**: люди с ограниченными возможностями, гандикап, инвалидность, нежизнеспособность.*

Actualitatea temei

Peste 600 de milioane de persoane din întreaga lume au un anumit tip de dizabilitate şi doar o mică parte din aceste persoane beneficiază de educaţie, reabilitare şi reintegrare în muncă şi în societate. Situaţia din Republica Moldova la acest compartiment de asemenea este nesatisfăcătoare. Actualmente, sunt înregistraţi 179815 persoane cu dizabilităţi, dintre care 14034 sunt copii. Republica Moldova se situează la un nivel mediu european cu 4,9% persoane cu dizabilităţi. Doar 1,9% dintre aceste persoane sunt încadrate în câmpul muncii [14].

Majoritatea dintre aceştia întâmpină zilnic anumite bariere sociale, medicale sau politice, fiind abuzate şi discriminate. Fiecare a zecea persoană cu handicap locuieşte într-o instituţie rezidenţială, fiindu-i lezat dreptul de a avea o familie. Fiind considerate bolnave şi neputincioase, persoanele cu handicap, în particular cele cu handicap intelectual, practic sunt excluse din sistemul educaţional, sunt lezate în dreptul de a fi angajate în câmpul muncii. Persoanele cu handicap intelectual sunt discriminate mai frecvent decât cele cu handicap fizic, în baza faptului că populaţia manifestă şi o anumită frică faţă de comportamentul lor considerat a fi imprevizibil. Puţin sunt mediatizate temele de integrare socială şi comunitară a persoanelor cu handicap, despre rolurile lor valorizante în familie şi comunitate, despre relaţiile dintre persoanele cu handicap şi alţi membri ai comunităţii [13].

Material şi metode de cercetare

Pentru realizarea obiectivelor trasate în acest studiu, ca material de cercetare au fost folosite anchetele a 150 de persoane interogate conform chestionarului. De asemenea, au fost aplicate următoarele metode de cercetare: *istorică* – studierea evoluţiei istorice a fenomenului de handicap; *documentară* – studierea şi analiza literaturii ştiinţifice de specialitate; *statistică* – examinarea numărului persoanelor cu handicap, a structurii şi gradului lui, a procentului celor instituţionalizaţi în instituţiile sociale şi speciale, a numărului acestor instituţii etc.; *matematică* – pentru calculele matematice efectuate în lucrare; *sociologică* – diferite metode de anchetare folosite pentru obiectivizarea opiniilor diferitelor pături sociale interesate.

Rezultate obţinute

Noţiuni de deficienţă, incapacitate, handicap

Organizaţia Mondială a Sănătăţii a adoptat, în anul 1980, o clasificare menită să aducă unele precizări terminologice privind noţiunile *deficienţă*, *incapacitate*, *handicap*.

Termenul de ***deficienţă*** corespunde oricărei absenţe, pierderi sau alterări a unei structuri sau funcţii anatomice, fiziologice, psihologice. Deficienţa implică exteriorizarea stării patologice la nivelul unui oarecare organ. Principalele categorii de deficienţe sunt cele intelectuale, psihice, de limbaj şi vorbire, auditive, oculare, viscerale, ale aparatului de susţinere, estetice, ale funcţiilor generale etc. [11].

Termenul de ***incapacitate*** corespunde oricărei reduceri (parţiale sau totale) a posibilităţilor de a îndeplini o activitate într-un mod sau în limitele a ceea ce se consideră a fi normal pentru o fiinţă umană. Principalele categorii de incapacităţi sunt cele de comportament, comunicare, igienă personală, deplasare, control al membrelor, dexteritate motrice, aptitudini speciale, situaţii particulare.

Termenul ***handicap*** se referă la pierderea sau limitarea şanselor unui individ de a lua parte la viaţa comunităţii la un nivel egal cu ceilalţi semeni. Astfel, handicapul se caracterizează printr-un anumit grad

de dificultate sau incapacitate de a efectua anumite sarcini şi prin observarea unor deprinderi, într-o sferă sau alta a dezvoltării: fizică, intelectuală, senzitivă, afectivă, comportamentală. Gradul de dificultate, care apare la o anumită persoană în îndeplinirea unor activităţi, se evaluează în raport cu cerinţele mediului, cu normele sociale, făcând posibilă aprecierea nivelului său de autonomie personală [8].

Aşadar, deficienţa vizează calitatea structurii anatomo-fiziologice a organismului uman şi a funcţionalităţii acestuia; capacitarea/incapacitatea priveşte gradul de îndeplinire; handicapul/dezavantajul social rezultă dintr-o deficienţă sau dintr-o incapacitate.

Sunt evidenţiate următoarele categorii de handicap: handicapul fizic (locomotor), handicapul senzorial (vizual, auditiv), handicapul mintal, handicapul emoţional şi de adaptare, autismul, handicapul comportamental, handicapul de limbaj [4].

Probleme sociale ale persoanelor cu dizabilităţi

Prin *Legea* nr. 60 din 30.03.2012 *privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi*, este garantată integrarea în câmpul muncii a acestor persoane [5].

Agenţia Naţională pentru Ocuparea Forţei de Muncă (ANOFM) este organul central abilitat cu promovarea politicilor, strategiilor şi programelor de stat în domeniul ocupării forţei de muncă şi protecţiei sociale a tuturor persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă, inclusiv a persoanelor cu dizabilităţi. Astfel, persoanele cu dizabilităţi care sunt în căutarea unui loc de muncă au dreptul de a beneficia de măsuri active de stimulare a ocupării forţei de muncă prestate de ANOFM: informare, consultare profesională, mediere a muncii, orientare şi formare profesională.

Incluziunea în câmpul muncii a persoanelor cu handicap se realizează la moment prin:

- servicii de orientare şi formare profesională;
- organizarea târgurilor locurilor de muncă;
- informarea persoanelor cu handicap despre piaţa muncii;
- servicii de mediere electronică, inclusiv prin accesarea portalului www.angajat.md;
- suport din partea statului acordat întreprinderilor specializate ale organizaţiilor obşteşti, în cadrul cărora activează 50% şi mai multe persoane cu dizabilităţi (*tabelul 1*).

Tabelul 1

Numărul invalizilor încadraţi în câmpul muncii în perioada 2009-2012

Categoria	2009		2010		2011		2012	
	Au apelat la servicii	Plasaţi în câmpul muncii	Au apelat la servicii	Plasaţi în câmpul muncii	Au apelat la servicii	Plasaţi în câmpul muncii	Au apelat la servicii	Plasaţi în câmpul muncii
Invaliditate gr. III	711	81(11%)	535	71(13%)	476	87(18%)	338	306(90%)
Invaliditate gr. I şi II	191	**	182	**	153	**	176	**

** – nu se duce evidenţa

În *tabelul 1* se evidenţiază un procent mic de persoane plasate în câmpul muncii până în anul 2012. Numărul de invalizi angajaţi în anul 2012 constituie 90% din persoanele care au solicitat plasarea în câmpul muncii şi rezultă din prevederile noii strategii de incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi.

Principalele neajunsuri în angajarea persoanelor cu dizabilităţi în câmpul muncii:

- Nu s-a respectat cuantumul salariului minim garantat de stat;
- În contractele de muncă nu se stabileşte concret regimul de muncă şi de odihnă;
- Prestarea muncii în condiţii grele, fără repaus, măsuri de securitate şi protecţie;
- Contractele individuale de muncă nu sunt semnate de angajatori [13].

În conformitate cu prevederile *Legii* nr. 156-XIV din 14.10.1998 *privind pensiile de asigurări sociale de stat*, persoana încadrată într-un grad de invaliditate beneficiază de o pensie de invaliditate. Circa 132900 de persoane cu dizabilităţi beneficiază de pensii de invaliditate [13]. Copiii cu dizabilităţi cu vârste de până la 18 ani sunt înregistraţi în număr de 14034. Aceste persoane beneficiază de alocaţii sociale (*tabelul 2*).

Tabelul 2

Mărimea alocaţiilor sociale lunare acordate copiilor cu dizabilităţi cu vârste de până la 18 ani

Gradul de severitate	Numărul de copii	Mărimea medie lunară a alocaţiei sociale (lei)
Gradul I	5958 (42%)	303,6 (111%)
Gradul II	6698 (48%)	258,0 (95%)
Gradul III	1378 (10%)	257,8 (94%)
Total	14034 (100%)	273,1 (100%)

Conform datelor din *tabelul 2*, printre copiii cu dizabilităţi cu vârste de până la 18 ani prevalează gradele I şi II de invaliditate. Alocaţia socială pentru copiii invalizi de gradul I are o valoare mai mare.

Problema asigurării accesului copiilor cu cerinţe educative speciale la o educaţie de calitate este foarte acută, întrucât ponderea acestei categorii de copii este în continuă creştere. Astfel, conform datelor Biroului Naţional de Statistică, numărul copiilor invalizi cu

vârste între 0 şi 15 ani a crescut de la 12,2 mii în anul 2006 până la 13,2 mii în 2012.

În Republica Moldova, educaţia copiilor cu cerinţe educative speciale se realizează în următoarele forme:

– educaţie în instituţii speciale;
– învăţarea la domiciliu;
– educaţie în şcolile generale.

Primele două forme sunt aplicate de mult timp, fiind familiare atât cadrelor didactice, cât şi copiilor. Cea mai mare parte dintre copiii cu dizabilităţi se educă anume în şcolile speciale, numărul cărora, pe parcursul anilor 2006–2012, nu a suferit schimbări semnificative.

Conştientizând necesitatea schimbării esenţiale a modului de abordare a problemelor ce vizează educarea copiilor cu necesităţi speciale, încă la începutul anilor '90 ai sec. XX Ministerul Educaţiei şi Tineretului a adoptat un şir de documente cu privire la integrarea copiilor cu cerinţe educative speciale în şcolile convenţionale, însă problema a rămas actuală până astăzi, principalii factori care împiedică integrarea acestor copii fiind atât lipsa condiţiilor fizice, cât şi rezistenţa la schimbare manifestată de unii manageri şcolari şi de o parte din cadrele didactice.

Pentru promovarea educaţiei integrate în şcolile obişnuite sunt necesare: modificarea curriculumului şcolar (curriculumul adaptat, curriculumul diferenţiat); actualizarea manualelor; iniţierea în domeniu a tuturor cadrelor didactice; crearea condiţiilor pentru copii, dotarea şcolilor cu materialele necesare; schimbări în sistemul de notare. În ansamblu, răspunsurile cadrelor didactice referitoare la situaţia reală din şcolile convenţionale relevă un nivel insuficient de pregătire a acestora pentru incluziunea copiilor cu cerinţe educative speciale.

În prezent, în şcolile convenţionale lipsesc condiţii logistice elementare, destinate integrării copiilor cu cerinţe educative speciale: spaţii special amenajate, manuale adaptate, echipamente etc. Pregătirea cadrelor didactice din şcolile convenţionale pentru lucrul cu categoriile vizate de copii este insuficientă, iar motivaţia lor se bazează mai mult pe entuziasm decât pe un mecanism eficient de stimulare a acestor activităţi. Cadrele didactice din localităţile urbane sunt de părere că un impediment major în integrarea copiilor cu cerinţe educative speciale îl reprezintă numărul exagerat de mare de elevi în clasă, fapt ce nu permite acordarea unei atenţii individuale fiecărui elev cu cerinţe educative speciale. În consecinţă, doar un număr mic din aceşti copii beneficiază de servicii educaţionale în şcolile convenţionale, alături de ceilalţi copii [10].

Opinia elevilor din clasele X-XII referitoare la instruirea copiilor cu dizabilităţi în şcolile convenţionale s-a repartizat astfel: 40% din elevi sunt total de acord ca aceşti copii să înveţe în şcolile lor, 32% din ei sunt parţial de acord cu acest lucru, 28% resping această idee [10]. Circa 73% din profesori, 67% din educatorii din şcolile obişnuite declară că nu deţin informaţii vizând strategiile psihopedagogice de învăţare a diferitelor categorii de copii cu cerinţe educative speciale.

Prin Hotărârea Guvernului nr. 523 din 11.07.2011 a fost aprobat *Programul de dezvoltare a educaţiei incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020*. Programul plasează educaţia incluzivă printre priorităţile educaţionale şi prevede asigurarea condiţiilor de incluziune a copiilor dezinstituţionalizaţi din învăţământul rezidenţial, precum şi şcolarizarea şi incluziunea copiilor cu cerinţe educaţionale speciale în instituţiile de învăţământ general.

În conformitate cu prevederile *Programului de dezvoltare a educaţiei incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020* şi în scopul asigurării calităţii educaţiei incluzive în instituţiile de învăţământ general, a fost elaborat *Ghidul privind elaborarea şi realizarea Planului educaţional individualizat şi structurat* – model al Planului educaţional individualizat, aprobate prin Ordinul ministrului nr. 952 din 06.12.2011. Planul educaţional individualizat are drept scop incluziunea copilului în procesul educaţional general şi asigură dezvoltarea psihofizică a copilului în funcţie de potenţialul acestuia. Pe parcursul anului 2011, Ministerul Educaţiei, în parteneriat cu autorităţile administraţiei publice locale şi ONG-urile active în domeniu, au dezvoltat servicii de educaţie incluzivă în 158 de instituţii preuniversitare. Astfel, circa 2% din instituţiile preuniversitare sunt totalmente adaptate pentru accesul la educaţie a copiilor cu dizabilităţi.

Conform datelor Sistemului de cartografiere a instituţiilor de învăţământ, spaţii pentru crearea unor săli de reabilitare există doar în 280 de instituţii de învăţământ (18,6% din numărul total de şcoli); încăperi necesare pentru crearea punctelor medicale, acolo unde ele nu există, pot fi puse la dispoziţie doar de 775 de instituţii (51,5%); ascensoare pentru elevii cu dizabilităţi locomotorii ar putea fi instalate doar în 22 de instituţii (1,5%).

Din cele 14 instituţii de învăţământ superior, doar 9 sunt dotate cu 1-2 rampe, 7 din ele dispun de ascensor şi doar 2 au closete special amenajate şi prevăzute pentru persoanele cu handicap.

Potrivit informaţiei oferite de administraţia instituţiilor vizate, în instituţiile de învăţământ superior îşi fac studiile 5 tineri cu dizabilităţi locomotorii: 3 – Universitatea Pedagogică de Stat *I. Creangă*, 1 – Academia de Studii Economice din Moldova, 1 – Instituţia de Învăţământ Superior Privat *PERSPECTIVA-INT*.

Autorităţile publice centrale şi cele locale, asociaţiile obşteşti şi persoanele juridice de drept public sau de drept privat au obligaţia să faciliteze accesul persoanelor cu dizabilităţi la valorile culturale, la obiectivele de patrimoniu, turistice, sportive şi la locurile de petrecere a timpului liber [5].

Instituţiile subordonate Ministerului Culturii (muzee, teatre, biblioteci) sunt în proces de instalare a căilor de acces în edificiile culturale şi asigură accesul gratuit pentru vizionarea expoziţiilor, oferă ghidaje.

Biblioteca Naţională asigură persoanelor cu dizabilităţi diverse servicii şi facilităţi, precum:

1. Înscrierea gratuită şi acordarea asistenţei speciale la un post informaţional organizat pe holul blocului central;

2. Instalarea balustradelor la pista de pe scările de la intrare în blocul central şi la scările din holurile clădirilor bibliotecii;

3. Accesarea la distanţă, prin intermediul paginii web a bibliotecii, a catalogului electronic, bazelor de date locale, publicaţiilor elaborate de bibliotecă şi a diverselor informaţii referitoare la enciclopedii, dicţionare etc.;

4. Digitalizarea documentelor patrimoniale din colecţiile bibliotecii şi crearea Bibliotecii Naţionale Digitale *Moldavica*, care în prezent conţine peste 2600 de obiecte digitale.

Instituţiile teatral-concertistice asigură persoanelor cu dizabilităţi accesul gratuit la spectacole sau realizează bilete la un preţ simbolic, conform solicitărilor. De asemenea, Filarmonica Naţională, prin intermediul Societăţii invalizilor, anual distribuie persoanelor cu dizabilităţi câte 50 de abonamente muzicale, desfăşurate după un program special, care cuprinde 5 lecţii-concerte. Teatrele oferă gratuit spectacole pentru persoanele cu dizabilităţi, atât pe propriile scene, cât şi în teritoriu.

Participarea persoanelor cu dizabilităţi la activităţi sportive este facilitată de federaţiile sportive precum: Federaţia Sportivilor Nevăzători din Republica Moldova, Federaţia Sportivă a Surzilor din Republica Moldova. De asemenea, activează Comitetul Naţional Paraolimpic, care susţine sportivii cu dizabilităţi în participările la Jocurile Paraolimpice [8].

Probleme de reabilitare medicală a persoanelor cu dizabilităţi

Dizabilitatea la copiii cu vârste de până la 18 ani se determină ţinând cont de gravitatea deficienţelor funcţionale individuale, provocate de afecţiuni, defecte, traume, care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare exprimate în raport cu funcţionarea psihosocială corespunzătoare vârstei şi este de trei grade: *severă*, *accentuată* şi *medie.*

Dizabilitatea la persoanele adulte se determină pornind de la gravitatea deficienţelor funcţionale individuale, provocate de afecţiuni, defecte, traume care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, exprimate în raport cu solicitarea socio-profesională (păstrarea capacităţii de muncă) şi este de trei grade: *severă*, *accentuată* şi *medie*, care coincid respectiv cu fostele grade de invaliditate I, II, III.

La persoanele adulte, dizabilitatea poate apărea ca urmare a:

a) unei afecţiuni generale;
b) unei afecţiuni congenitale sau din copilărie;
c) unei boli profesionale;
d) unui accident de muncă;
e) participării la lichidarea avariei de la CAE Cernobîl;
f) serviciului militar sau a celui special [5].

Păstrarea capacităţii de muncă se evaluează în procente, cu un interval procentual de 5%:

a) dizabilitatea *severă* se caracterizează prin deficienţe funcţionale severe, provocate de afecţiuni, defecte, traume care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare. Capacitatea de muncă este păstrată în intervalul procentual de 0–20%;
b) dizabilitatea *accentuată* se caracterizează prin deficienţe funcţionale accentuate, provocate de afecţiuni, defecte, traume care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată într-un interval procentual de 25–40%;

c) dizabilitatea *medie* se caracterizează prin deficienţe funcţionale medii, provocate de afecţiuni, defecte, traume care conduc la limitări de activitate şi restricţii de participare, iar capacitatea de muncă este păstrată într-un interval procentual de 45–60%.

Persoanele cu deficienţe funcţionale uşoare provocate de afecţiuni, defecte, traume şi având capacitatea de muncă păstrată într-un interval procentual de 65–100% sunt considerate apte de muncă, respectiv nu sunt încadrate în grad de dizabilitate [5].

La determinarea dizabilităţii persoanelor încadrate în câmpul muncii, Consiliul Naţional de Determinare a Dizabilităţii şi Capacităţii de Muncă şi structurile sale teritoriale iau în consideraţie studiile, funcţia deţinută, condiţiile de muncă şi elaborează recomandări pentru exercitarea în continuare a activităţii profesionale.

În *tabelul 3* sunt indicate diferenţele dintre normele aprecierii dizabilităţii de actuala strategie şi fostele norme apreciative, adică este prezentată valoarea procentuală a aprecierii dizabilităţii prevăzute în actele legislative şi normative actuale, comparativ cu prevederle legislative aplicate până

la 01.01.2013. Conform actelor actuale, persoanele cu pierderea vitalităţii până la 40% sunt considerate apte de muncă, pe când conform legislaţiei vechi, persoanele cu pierderea vitalităţii până la 25% erau considerate apte de muncă.

Respectiv, observăm că criteriile vechi erau mai lejere, şi anume: pentru gr. I – 5%; gr. II – 10%; gr. III – 15%.

Tabelul 3

Diferenţele dintre indicii actualei strategii şi normele apreciative ale dizabilităţii aplicate până la 01.01.2013

Gradele de severitate a deficienţei (nou)	Gradele de determinare a dizabilităţii (vechi)	Capacitatea de muncă este păstrată, în % (nou)	Pierderea vitalităţii în % (vechi)	Păstrarea vitalităţii în % (vechi)	Diferenţa (%)
Severă	I	0-20 %	75-100 %	0-25 %	5 %
Accentuată	II	25-40 %	50-74 %	25-49 %	10 %
Medie	III	45-60 %	25-49 %	50-75 %	15 %

Conform Hotărârii Guvernului nr. 567 din 26.07.2011, a fost aprobat *Regulamentul cu privire la asigurarea unor categorii de cetăţeni cu mijloace ajutătoare tehnice*.

Instituţiile medico-sanitare specializate asigură persoanele cu dizabilităţi cu articole şi echipamente specializate de reabilitare. Centrului Republican Experimental de Protezare, Ortopedie şi Reabilitare (CREPOR) din mun. Chişinău i se atribuie competenţa de reabilitare medico-profesională a persoanelor cu dizabilităţi ale aparatului locomotor. Cu suportul specialiştilor implicaţi – terapeut, neuropatolog, kinetoterapeut, logoped, psiholog, lucrător social, profesori de meserii, manageri de caz, manageri pentru angajare în câmpul muncii – această instituţie asigură populaţia Republicii Moldova cu articole de protezare şi ortopedie: proteze, corsaje, pansamente, încălţăminte ortopedică specială, cârje, bastoane şi alte mijloace de locomoţie. Actualmente, la evidenţa CREPOR se află 82 572 de pacienţi cu diverse afecţiuni ale aparatului locomotor [12].

Tabelul 4

Instituţiile medico-sociale de reabilitare profesională conform categoriilor de dizabilitate din Republica Moldova

Centre de reabilitare	Categoria de dizabilitate
CREPOR, mun. Chişinău	Locomotorie
Societatea Orbilor, mun. Chişinău	Senzorială
Asociaţia Surzilor, mun. Chişinău	Senzorială
Somato, mun. Bălţi	Psihoneurologică
Danco, mun. Bălţi	Psihoneurologică
Centrul comunitar de sănătate mintală, mun. Chişinău	Psihoneurologică
Centrul pentru copii cu cerinţe educative speciale *Speranţa*, or. Criuleni	Locomotorie
Internate psihoneurologice: s. Brânzeni, r. Edineţ; s. Bădiceni, r. Soroca; s. Cocieri, r. Dubăsari şi mun. Bălţi	Psihoneurologică
Case-internat: or. Orhei – băieţi, or. Hânceşti – fete	Psihoneurologică

Conform *tabelului 4*, sistemul de reabilitare a persoanelor cu handicap constă din 13 instituţii, dintre care 9 sunt instituţii de profil psihoneurologic. Celelalte profiluri sunt insuficiente pentru reabilitarea complexă a persoanelor cu handicap din Republica Moldova.

Atitudinea societăţii faţă de persoanele cu dizabilităţi

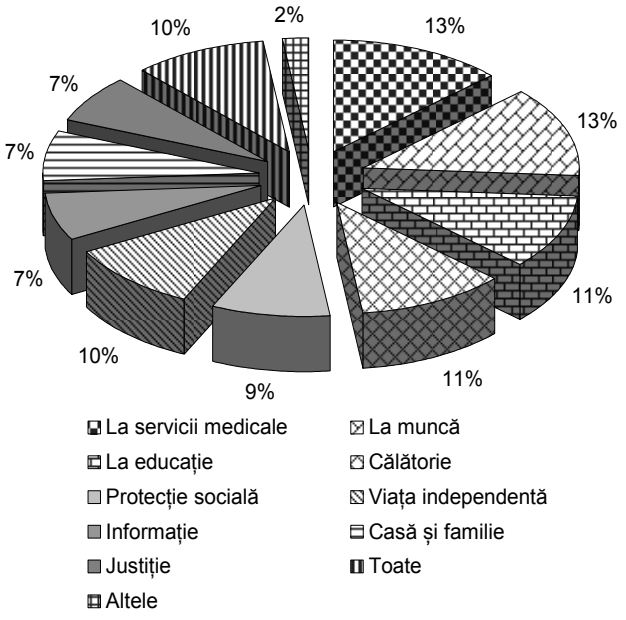
Conform estimărilor noastre, aproximativ 40% din persoanele cărora li s-a propus să răspundă la întrebări au refuzat să vorbească. Chestionarul a fost aplicat pe un număr de 150 de persoane, cu vârste cuprinse între 15 şi 65 de ani, dintre care 55% – femei, 45 % – bărbaţi.

Au afirmat că posedă informaţie despre problemele persoanelor cu handicap 62% din persoanele interogate, 38% nu cunosc aceste probleme.

Au afirmat că ar oferi ajutor unei persoane cu handicap, dacă aceasta i-ar cere ajutorul, 36% din respondenţi, pe când 64% vor fi indiferenţi.

Potrivit percepţiilor populaţiei, persoanele cu handicap sunt discriminate cel mai frecvent la angajarea în câmpul muncii (51%), la locul de muncă

Încălcarea drepturilor de participare a persoanelor cu handicap



Conform diagramei, se evidenţiază mai des încălcarea drepturilor la muncă şi servicii medicale – 13%, urmate de drepturile la educaţie şi călătorie – 11%, viaţă independentă – 10%, protecţie socială – 9% etc.

(21%), în instituţiile educaţionale şi medico-sociale (11%), în viaţa politică (6%), în asistenţa şi protecţia socială şi familială (9%).

26% din cei interogaţi susţin că ar accepta o persoană cu dizabilităţi în calitate de prieten, vecin sau coleg de muncă, pe când 74% nu ar accepta.

În opinia respondenţilor, accesibilitatea presupune lipsa barierelor arhitecturale la intrarea într-o instituţie de menire publică, precum şi accesul independent în instituţie al persoanei utilizatoare de scaun rulant. Cele mai importante instituţii care necesită a fi adaptate sunt cele sociomedicale (farmacii, policlinici, spitale, sanatorii etc.).

Din cauza accesului limitat de participare, persoanelor cu dizabilităţi locomotorii li se încalcă drepturile.

Concluzii

1. Numărul persoanelor cu dizabilităţi în Republica Moldova este sporit, constituie 4,9% din populaţie şi are o tendinţă spre creştere. Principalele cauze ale handicapului sunt: tulburări mentale şi de comportament, boli ale sistemului nervos, malformaţii congenitale, patologiile organelor interne.

2. Strategia *nouă* de determinare şi incluziune socială a persoanelor cu dizabilităţi a standardizat criteriile, principiile la cele europene. Totodată, a restricţionat includerea persoanelor în categoria „persoane cu dizabilităţi".

3. Problemele medico-sociale, de reabilitare şi reîncadrarea persoanelor cu dizabilităţi în viaţă, muncă şi familie sunt probleme prioritare, ţin de interesul comun al lucrătorilor medicali, asistenţilor sociali, administraţiei publice şi, în general, de mentalitatea întregii societăţi.

4. Accesul persoanelor cu handicap la procesul de educaţie, muncă şi odihnă este limitat. Doar 2% din instituţiile educaţionale sunt adaptate totalmente la necesităţile persoanelor cu dizabilităţi. Reîncadrarea în muncă a persoanelor cu statut de „invalid"constituie doar 1,5%.

5. Atitudinea societăţii faţă de persoanele cu handicap în Republica Moldova, în 64% cazuri are un aspect negativ şi se manifestă prin indiferenţă, neimplicare, respingere şi doar în 36% cazuri are un aspect pozitiv şi se manifestă prin implicare, apreciere, compasiune.

Bibliografie

1. Albu Adriana, Albu Constantin. *Asistenţa psihopedagogică şi medicală a copilului deficient fizic*. Iaşi: Editura Polirom, 2000.
2. Bucur N., Lazăr-Atamaniuc L. *Simpozionul Internaţional „Integrarea şcolară şi socială a copiilor cu cerinţe speciale"*, Chişinău, 1998.
3. *Constituţia Republicii Moldova*.
4. *Integrarea socială a persoanelor cu handicap – un imperativ al statului de drept*. Centrul „Viaţa Independentă", Chişinău, 1989.
5. *Legea* nr. 60 din 30.03.2012 *privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilităţi*.
6. Popescu G., Pleşa O. *Handicap, readaptare, integrare*. Bucureşti: Editura ProHumanitate, 1998.
7. Rusu C. *Deficienţă, incapacitate, handicap*. Bucureşti: Editura ProHumanitate, 1997.
8. Racu Aurelia. *Învăţământul special din Moldova. Istorie şi actualitate*. Chişinău, 1999.
9. *Studiul sociologic „Educaţia de bază în Republica Moldova"*, Institutul de Politici Publice, Chişinău, 2008.
10. Tintiuc D. *Sănătate Publică şi Management*. Chişinău, 2007.
11. UNESCO. *Integrarea şcolară a copiilor şi adolescenţilor handicapaţi: teorie şi practică*. Paris, 1994.
12. Hotărârea Guvernului nr. 567 din 26.07.2011 privind aprobarea *Regulamentului cu privire la asigurarea unor categorii de cetăţeni cu mijloace ajutătoare tehnice.*
13. www.mmpsf.gov.md
14. http://www.statistica.md/category.php?l=ro&idc=198&

Prezentat la 11.06.2013

Leonid Margine,
dr. în medicină, asistent universitar
Tel.: 022295433
Mob. 069244059
E-mail: leonid.margine@yahoo.md

METODE DE REABILITARE A PERSOANELOR CU DEFICIENȚE DE VEDERE MODERATE SAU SEVERE

***Tatiana GHIDIRMSCHI*,**
CRDM, Centrul *LOW VISION*;
***Valeriu CUŞNIR*,**
Catedra *Oftalmologie*, USMF *N. Testemiţanu*;
***Constantin EŢCO*,**
Catedra *Economie Management şi Psihopedagogie în Medicină*, USMF *N. Testemiţanu*

Summary

Methods of rehabilitation of persons with moderate and severe visual impairments

According to several researches, about 85% of people with moderate and severe visual impairments overlook residual and could benefit from visual rehabilitation. Modern practices found that the most effective way to reduce the disability associated with impaired involves rehabilitation methods such as prescribing optical correction devices and visual aids: magnifiers, loupes, telescopes, closed-circuit television, spectral filters etc.

Keywords*: visual impairments, optical rehabilitation, optical correction means.*

Резюме

Методы реабилитации людей со сниженным зрением

По оценкам многих исследователей, около 85% людей с умеренными и тяжелыми нарушениями зрения имеют остаточное зрение и оптическая реабилитация является одним их важнейших элементов помощи этим людям. Современная практика установила, что наиболее эффективным способом снижения инвалидности, связанной с нарушениями, является реабилитация такими методами, как назначение оптических средств коррекции, таких как лупы, телескопы, телевизионное увеличивающее устройство; очки со светофильтрами. С их помощью у значительного числа пациентов возможно улучшение зрительного восприятия, распознавание текста, увеличение его контрастности и облегчение зрительной работы.

***Ключевые слова**: нарушение зрения, оптическая реабилитация, оптические средства коррекции.*

Introducere. Văzul este una dintre funcţiile principale ale organismului, care asigură perceperea a mai mult de 90% de informaţie despre mediul înconjurător. Deficienţele de vedere au drept consecinţă limitarea sau stoparea posibilităţilor de instruire generală şi profesională, precum şi pierderea capacităţii de autoservire şi independenţă fizică, aceasta, la rândul său, cauzând prejudicii morale, financiare şi sociale [10, 12]. Conform datelor mai multor cercetări, aproximativ 85% din persoanele cu deficienţe de vedere moderate sau severe au vedere reziduală [1, 2, 4] şi ar putea beneficia de reabilitare vizuală [3, 5, 6]. Iar practicile moderne au constatat ca cel mai eficient mod de a reduce gradul de handicap asociat cu deficienţele de vedere este reabilitarea prin metode cum ar fi prescrierea dispozitivelor de corecţie optică şi ajutor vizual: lupe, telescoape, hiperoculari, sisteme televizate cu circuit închis (STVCÎ), filtre spectrale etc. [1, 3, 4, 7, 10].

Scopul studiului este optimizarea măsurilor de reabilitare a persoanelor cu deficienţe de vedere moderate sau severe prin dispozitive de ajutor vizual (DAV).

Material şi metode. În scopul determinării eficacităţii metodei de reabilitare, a fost efectuat studiul clinic controlat seriat. Studiul a înclus 357 de persoane cu deficienţe de vedere moderate sau severe. Pacienţilor li s-au prescris dispozitive de ajutor vizual de aproape şi la distanţă.

Ansamblul metodelor şi procedeelor de investigaţii şi diagnostic oftalmologic utilizate pe parcursul studiului a inclus tehnici tradiţionale şi metode moderne speciale. Vizometria la distanţă s-a efectuat după Tabelul pentru studiul retinopatiei diabetice în tratamentul timpuriu. Pentru determinarea acuităţii vizuale în apropiere au fost utilizate tabelele pentru prescrierea dispozitivelor de corecţie pentru aproape pentru persoanele cu vedere slabă [1, 8].

Drept unitate de măsură a rezultatului în studiul dat, în cazul prescrierii dispozitivelor de ajutor vizual pentru distanţă, a fost luată creşterea acuităţii vizuale la distanţă. Ial la prescrierea dispozitivelor de ajutor vizual de aproape, drept unitate de măsură a servit măsurarea vitezei de citire în cuvinte pe minut [9, 12].

Viteza de citire a fost calculată în cuvinte pe minut (cpm) după formula *[cuvintele citite corect raportate la timpul de lectură (secunde)] x 60*. În conformitate cu rezultatele unor studii anterioare, „incapacitatea de lectură" corespunde vitezei de citire < 30 cpm [9].

Rezultate obţinute. La toţi pacienţii incluşi în studiu s-a constatat diminuarea acuităţii vizuale (AV) cu corecţie optimă la cel mai bun ochi, variaţiile AV fiind de 0,3–0,02. În studiul dat ne-am condus de clasificarea acuităţii vizuale conform OMS [11]. Repartizarea pacienţilor după AV la distanţă cu cea mai bună corecţie la cel mai bun ochi este prezentată în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Repartizarea pacienţilor după acuitatea vizuală la distanţă cu cea mai bună corecţie la cel mai bun ochi

Acuitatea vizuală la distanţă cu cea mai bună corecţie	Numărul de pacienţi (n=357)	
	Abs.	P ± ES, %
0,3-0,1	105	29,4 ± 2,41
0,09-0,05	159	44,5 ± 2,63
< 0,05 şi >= 0,02	93	26,1 ± 2,32

Conform datelor studiului, pacienţii cu AV 0,09–0,05 au constituit cel mai numeros grup – 159 pacienţi (44,5 ± 2,63%), urmaţi de cei cu AV 0,3–0,1 – 105 (29,4 ± 2,41%) şi de cei cu AV < 0,05 şi ≥ 0,02 – 93 pacienţi (26,1 ± 2,32%).

Pacienţilor incluşi în studiu (357) le-au fost prescrise DAV la distanţă şi de aproape. Pentru distanţă au fost prescrise 137 (38,4 ± 4,16%) telescoape şi filtre spectrale, iar la 342 (95,0 ± 1,18%) persoane le-au fost indicate doar filtre spectrale. DAV de aproape au fost repartizate în felul următor: lupe – 152 (42,5 ± 3,84%), hiperoculare şi telemicroscoape – 103 (28,9 ± 4,47%), sisteme televizate cu circuit închis (STVCÎ) – 102 (28,6 ± 4,46%).

În *tabelul 2* am analizat dinamica acuităţii vizuale la distanţă şi la distanţe intermediare cu telescoape cu filtre spectrale şi cu filtre spectrale separat.

Tabelul 2

Dinamica acuităţii vizuale la distanţă şi la distanţe intermediare după prescrierea telescoapelor şi filtrelor spectrale

Indici	Total			DAV la distanţă						p
	N	M	m	Filtre spectrale			Telescoape şi filtre spectrale			
				N	M	m	N	M	m	
AV la distanţă fără dispozitiv la I vizită	342	0,082	0,005	205	0,106	0,007	137	0,044	0,002	<0,001
AV la distanţă cu dispozitiv la I vizită		0,235	0,01		0,182	0,01		0,321	0,018	<0,001
AV la distanţă fără dispozitiv la II vizită		0,082	0,005		0,104	0,006		0,042	0,002	<0,001
AV la distanţă cu dispozitiv la II vizită		0,362	0,018		0,20	0,01		0,384	0,021	<0,05
Dinamica AV la I vizită		0,153	0,01		0,076	0,008		0,277	0,018	<0,001
Dinamica AV la II vizită		0,008	0,003		0,020	0,008		0,005	0,002	<0,05

Datele prezentate în *tabelul 2* demonstrează că acuitatea vizuală la distanţă şi la distanţe intermediare până a fi prescrise telescoape a constituit în medie 0,04 ± 0,002, p<0,001, ceea ce ne indică existenţa unor deosebiri statistic veridice. După ce au fost prescrise telescoape, acuitatea vizuală la distanţă a crescut considerabil şi a constituit 0,32 ± 0,01, p <0,001, iar peste 6 luni – 0,38 ± 0,02, p<0,05, fapt ce ne dovedeşte că datele sunt statistic veridice.

În grupul în care s-au prescris doar filtre spectrale, acuitatea vizuală la distanţă înainte de prescrierea acestora a constituit în medie 0,1 ± 0,0073, iar după prescriere – 0,18 ± 0, 01. După 6 luni, acuitatea vizuală la distanţă a rămas practic la acelaşi nivel – 0,20 ± 0, 02, p<0,0001.

Analizând creşterea AV la distanţă după prescrierea telescoapelor şi filtrelor spectrale, putem constata următoarele: acuitatea vizuală a sporit în medie cu 0,28 ± 0,018 la prima vizită (p < 0,001), deosebirile statistice fiind veridice, iar peste 6 luni acuitatea vizuală a rămas practic la acelaşi nivel, cu o majorare neînsemnată din punct de vedere statistic (cu 0,005 ± 0,002; p < 0,05).

În cazul pacienţilor cărora le-au fost prescrise doar filtre spectrale, acuitatea vizuală a crescut în medie cu 0,08 ± 0,008 (p < 0,001), deci există deosebiri statistice şi peste 6 luni se constată o creştere neînsemnată – cu 0,002 ± 0,001, p< 0,05.

În concluzie, putem constata că acuitatea vizuală la distanţă, în urma prescrierii telescoapelor împreună cu filtre spectrale, a crescut semnificativ, în comparaţie cu folosirea separată a filtrelor spectrale, p < 0,001.

Pentru activităţi de aproape au fost prescrise 152 de lupe, diverse după puterea optică şi construcţie: cel mai frecvent au fost prescrise lupe cu puterea optică 1,5-3x – 77 (51%) cazuri, urmate de 3,5-5x – 47 (31%) cazuri, apoi de cele cu puterea optică > 5x – 28 (18,4%) cazuri.

În *tabelul 3* am analizat dinamica indicilor vitezei de citire (VC) cu ajutorul lupelor.

Tabelul 3

Dinamica indicilor vitezei de citire în cazul prescrierii lupelor

Indici	Lupă									Total			F	p
	1-3x			3,5-5x			>5x			N	M	m		
	N	M	m	N	M	m	N	M	m					
Viteza citirii fără dispozitiv I vizită	77	2,785	0,41	47	1	0,36	28	0,286	0,29	152	1,781	0,256	9,34	< 0,001
Viteza citirii fără dispozitiv II vizită		2,671	0,37		0,625	0,27		0	0		1,618	0,237	14,10	< 0,001
Viteza citirii cu lupă I vizită		72,99	1,35		58,47	0,78		39,86	2,16		62,532	1,3	112,33	< 0,001
Viteza citirii cu lupă II vizită		76,54	1,26		63,15	0,42		47,62	2,86		67,817	1,239	83,161	< 0,001
Dinamica VC la I vizită		70,2	1,17		57,55	0,95		39,57	2,25		60,773	1,207	106,44	< 0,001
Dinamica VC la a II vizită		73,87	1,15		62,53	0,5		47,62	2,86		66,198	1,141	74,374	< 0,001

Din *tabelul 3* constatăm că, înainte de a fi prescrise lupele, viteza de citire a constituit în medie 1,78 ± 0,28 cpm (F=9,34, p<0,001) la I vizită şi 1,6 ± 0,23 cpm (F=14,10, p<0,001) la II vizită.

După prescrierea lupelor, viteza de citire a crescut semnificativ veridic (F=112,33 p<0,001) şi a constituit în medie 62,53 ± 1,3 cpm:

- pentru lupele cu puterea de magnificare 1-3x – 72,99 ± 1,35 cpm;
- pentru lupele cu puterea de magnificare 3-5x – 58,47 ± 0,78 cpm;
- pentru lupele cu puterea de magnificare >5x – 39,86 ± 2,16 cpm.

Referitor la dinamica vitezei de citire cu lupe după 6 luni, putem constata că în toate cazurile aceasta s-a menţinut la acelaşi nivel sau a crescut nesemnificativ – 67,81 ± 1,23 cpm (F=83,161, p<0,001).

Hiperoculare şi telemicroscoape au fost prescrise în 103 (28,9%) cazuri, dintre care: monoculare – 74 (71,8%), binoculare – 29 (8,1%) cazuri.

După puterea de magnificare, hiperocularele şi telemicroscoapele au fost repartizate în felul următor: 2- 3x – 24 (23,3%) cazuri, 4-5x – 61 (59,2%), > 5x – 18 (17,4%) cazuri.

Referitor la viteza de citire, putem constata că ea depinde veridic de puterea de magnificare a hiperocularelor şi telemicroscoapelor (*tabelul 4*).

Tabelul 4

Dinamica indicilor vitezei de citire în cazul prescrierii hiperocularelor şi telemicroscoapelor

Indici	Hiperoculare şi telemicroscoape									Total			F	p
	2-3x			4 - 5x			> 5x			N	M	m		
	N	M	m	N	M	m	N	M	m					
Viteza citirii fără dispozitiv I vizită	24	2,22	0,87	61	2,042	0,67	18	1,197	0,32	103	1,573	0,29	1,25	>0,05
Viteza citirii fără dispozitiv II vizită		1,15	0,46		0,556	0,24		0,35	1,17		1,048	0,25	8,11	<0,01
Viteza citirii cu hiperocular la I vizită		59,29	1,44		56,42	2,68		47,5	3,44		56,29	1,31	6,90	<0,01
Viteza citirii cu hiperocular la II vizită		63,85	1,42		60,5	2,17		57,73	4,48		62,09	1,37	1,74	>0,05

Datele din *tabelul 4* demonstrează că înainte de a fi prescrise hiperocularele şi telemicroscoapele, viteza de citire la ambele vizite a constituit în medie 1,04 ± 0,25 cpm (F=8,11, p<0,01). După prescrierea dispozitivelor, viteza de citire a crescut semnificativ veridic (F=6,90 p<0,01) şi a constituit în medie 56,29 ± 1,31cpm, iar mai concret: pentru cele cu puterea de magnificare 2-3x – 59,29 ± 1,44 cpm, pentru cele cu puterea de magnificare 4-5x – 56,42 ± 2,68 cpm; pentru cele cu puterea de magnificare > 5x – 47,5 ± 3,44 cpm. În ceea ce priveşte dinamica vitezei de citire cu hiperoculare şi telemicroscoape după 6 luni, putem constata că în toate cazurile aceasta s-a menţinut la acelaşi nivel sau a crescut nesemnificativ – 62,09 ± 1,37cpm, indiferent de puterea lor de magnificare (F=1,74, p >0.05).

Sistemele televizate cu circuit închis (STVCÎ) au fost prescrise în 102 (28,5%) cazuri. Dinamica indicilor vitezei de citire cu STVCÎ este prezentată în *tabelul 5*.

Tabelul 5

Dinamica indicilor vitezei de citire în cazul prescrierii STVCÎ

Indici	STVCÎ						Total			F	p
	Nu s-au prescris			S-au prescris			N	M	m		
	N	M	m	N	M	m					
Viteza citirii fără dispozitiv I vizită	255	1,76	0,198	102	0,35	0,153	357	1,357	0,152	18,50	<0,001
Viteza citirii fără dispozitiv II vizită		1,455	0,18		0	0		1,073	0,138	23,25	<0,001
Viteza citirii cu dispozitiv la I vizită		0,0	0,0		60,495	1,467		60,495	1,467	0,0	>0,05
Viteza citirii cu dispozitiv la II vizită		0,0	0,0		69,4	1,474		69,4	1,474	0,0	>0,05

Din datele *tabelului 5* constatăm că până la prescriere viteza de citire a constituit 0,35 ± 0,153 cpm la I vizită (F=18,50; p<0,001) şi 0 cpm la a II-a (F=23,25; p<0,001). După prescrierea STVCÎ, viteza de citire a crescut până la 60,495 ± 1,467 cpm (F=0,0; p>0,05) la I vizită şi până la 69,4 ± 1,474 cpm (F=0,0; p>0,05) la a II-a vizită pentru întregul grup de pacienţi.

DAV au fost prescrise pacienţilor cu diferite afecţiuni oculare, printre care: distrofii retiniene (22,7%), retinopatie diabetică proliferativă (6,4%), atrofie parţială a nervului optic (16,8%), degenerescenţă maculară legată de vârstă (11,8%), miopie forte cu schimbări la fund de ochi (15,2%), anomalii congenitale (16,5%), glaucom (5,3%) – DMLV. În *tabelul 6* este ilustrat efectul DAV (viteza de citire) de aproape în raport cu afecţiunea oculară.

Tabelul 6

Efectul DAV (viteza de citire) de aproape

Afecţiunea oculară	Viteza citirii						Total		X^2	P
	1–30 cpm		31-60 cpm		>60 cpm		N	%		
	N	%	N	%	N	%				
Distrofii retiniene	7	8,6	20	24,7	54	66,7	81	22,7		
Retinopatie diabetică proliferativă	3	13,0	14	60,9	6	26,1	23	6,4		
Atrofie parţială a nervului optic	2	3,3	28	46,7	30	50,0	60	16,8		
DMLV	1	2,4	17	40,5	24	57,1	42	11,8		
Miopie forte cu schimb. FO	2	3,7	21	38,9	31	57,4	54	15,2	52,73	<0,001
Anomalii congenitale	-	-	31	52,5	28	47,5	59	16,5		
Glaucom	2	10,5	6	31,6	11	57,9	19	5,3		
Altele	-	-	6	31,6	13	68,4	19	5,3		
Total	**17**	**4,8**	**143**	**40,1**	**197**	**55,1**	**357**	**100,0**		

Din datele expuse în *tabelul 6*, putem deduce că, indiferent de afecţiunea oculară, în urma prescrierii DAV la marea majoritate a pacienţilor (95,2%) s-a restabilit capacitatea de a citi (X^2=52,73, p<0,001), efect maximal (>60 cpm) fiind înregistrat în 197 (55,1%) cazuri, efect moderat (30-60 cpm) – în 143 (40,1%) cazuri.

Referitor la tipurile de DAV pentru apropiere, constatăm că viteza de citire a crescut cel mai evident la folosirea STVCÎ – 69,4 ± 1,4 cpm, urmat de lupe – 66, 198 ± 1,37 cpm, apoi de hiperoculare şi telemicroscoape – 62,09 ± 1,23 cpm.

Reieşind din cele expuse, putem concluziona că toate tipurile de DAV au contribuit esenţial la restabilirea capacităţii de citire.

Concluzii

1. Prescrierea DAV pentru distanţă la pacienţii cu deficienţe de vedere moderate sau severe contribuie esenţial la ameliorarea indicilor acuităţii vizuale la distanţă. Utilizarea filtrelor contribuie la redarea confortului vizual.

2. Prescrierea DAV (lupe, hiperoculare, telemicroscoape, STVCÎ) pentru vederea de aproape contribuie la restabilirea capacităţii de a citi. În 95,2% cazuri s-a restabilit capacitatea de a vizualiza texte pentru lectură. Viteza de citire a pacienţilor din studiu înainte de prescrierea dispozitivelor de ajutor vizual a constituit în medie 1-2 cpm, pe când după prescrierea acestora a constituit în medie în cazul prescrierii:

- lupelor – 67,8 ± 1,23cpm;
- hiperocularelor – 62,09 ± 1,37 cpm;
- STVCÎ – 69,4 ± 1,4 cpm.

Durata de citire cu DAV a constituit în medie 22,5 ± 1,45 min.

3. În scopul evitării unor probleme de neacceptare a DAV de către persoanele cu deficienţe de vedere, este important să li se explice că aceste dispozitive au şi limitări, printre care sunt: îngustarea câmpului vizual, piedici de mobilitate, distanţă mică de lucru ş.a. Persoana trebuie instruită cum să le folosească corect.

4. DAV joacă un rol decisiv în reabilitarea persoanelor cu deficienţe de vedere, iar prescrierea lor atât pentru distanţă, cât şi pentru aproape contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii acestor persoane prin redarea independenţei în activităţile zilnice şi acomodarea psihologică la pierderea vederii.

Bibliografie

1. Anne L. Corn. *Foundations of Low Vision: Clinical and Functional Perspectives*. Amer Foundation for the Blind. 1996, 496 p.
2. Bruce I., McKennell A., Walker E. *Blind and partially sighted adults in Britain: the RNIB survey*. London: HMSO, 1991.
3. Copolillo A.T. *Acquisition and integration of low vision assistive devices: Understanding the decision-making process of older adults with low vision*. In: American Journal of Occupational Therapy, 2005, nr. 59, p. 305-313.
4. Culham L.R. *Low vision services for vision rehabilitation in the United Kingdom*. In: British Journal of Ophthalmology, 2002, nr. 86, p. 743-747.
5. Evans B.J., Rowlands C. *Correctable visual impairment in older people: a major unmet need*. In: Ophthalmic Physiol. Opt., 2004, nr. 24(3), p. 161-180.
6. Evans B.J., Rowlands C. *Correctable visual impairment in older people: a major unmet need*. In: Ophthalmic Physiol. Opt., 2004, nr. 24(3), p. 161-180.
7. Margrain T.H., Ryan B., Wild J.M. *A revolution in Welsh low vision service provision*. In: Br. J. Ophthalmol., August 2005, nr. 89(8), p. 933-934.
8. Mitchell Scheiman, Maxine Scheiman, Steven Whittaker. *Low vision rehabilitation: a practical guide for occupational therapists*. SLACK Incorporated, 2006, p. 94-101.
9. Nguyen N.X., Weismann M., Trauzettel-Klosinski S. *Improvement of reading speed after providing of low vision aids in patients with age-related macular degeneration*. In: Acta Ophthalmol., Nov. 2009, nr. 87(8), p. 849-853.
10. World Health Organization. *Consultation on development of standards for characterization of vision loss and visual functioning*. Geneva, 2003 (WHO document WHO/PBL/03.91).
11. World Health Organization. *International statistical classification of diseases, injuries and causes of death, tenth revision*. Geneva, 1993.
12. Егорова Т.С. *Методы и средства оптической компенсации слабовидения*. Автореф. диссерт. докт. мед. наук. Москва, 2004, 25 с.

Prezentat la 27.11.2012

MECANISMELE DE DEPLASARE A RESPONSABILITĂȚILOR PENTRU RISCURILE ÎN SĂNĂTATE

Iurie MALANCIUC,
IMSP SCR Laboratorul ştiinţific *Management în sănătate;*
Galina BUTA,
Catedra *Economie, Management şi Psihopedagogie în Medicină*, USMF *Nicolae Testemiţanu*

Summary

The mechanism of the effective shift responsability în the health sistem

The progressive aging of the population, a sharp increase in low-income, a progressive increase in social vices (alcoholism, drug addiction etc.), and a chronic shortage of funds, leading to a lack of funding in the medicine. The search for solutions of these problems is the crucial point for all countries, including developed ones.

Poverty dramatically reduces availability of funds even for vital medical services. Development of mechanisms designed to reduce costs for certain medical services, increase the ratio of price, changing behavioral attitude of the population towards a healthy lifestyle are the main challenges that confront a health care in many countries is. The shift of responsibility for public health from the medical staff to the patient, is designed to raise the level of public health and to reduce costs for the purchase of medical services. To become more effective the shift of this responsibility should be fixed by law. The mechanisms for the insurance health liability for the lifestyle should be increased. In order to increase the responsibility for maintaining the population health the use of so-called "tax on vices" and co-payments for medical services should be introduced, too.

The health service system should be oriented to the resource serving technologies.

Keywords*: aging of population, lack of medical services because of poverty, «tax on vices», co-payment.*

Резюме

Механизм распределения ответственности за риски в области здравоохранения

Прогрессивное старение населения, резкое увеличение населения с низкими доходами, прогрессивный рост социальных пороков (алкоголизм, наркомания и т.д.), а также хроническая нехватка финансовых средств приводят к недостаточности финансирования здравоохранения. Поисками решения этих проблем занимаются не только страны третьего мира, но и развитые страны. Бедность резко сокращает доступность даже жизненно важных медицинских услуг. Разработка механизмов, призванных сократить расходы для определённых медицинских услуг, увеличение соотношения цена–качество до оптимального, изменение поведенческого настроя населения в сторону ведения здорового образа жизни являются первостепенными задачами. Смещение ответственности от медицинского персонала к пациенту призвано повысить уровень здоровья населения и снизить затраты для приобретения медицинских услуг. Необходимо закрепить её законодательно, пересмотреть механизмы повышения материальной ответственности при страховании за ведение здорового образа жизни, применение так называемого «налога на пороки», введения частичной оплаты за медицинские услуги с целью повышения ответственности за сохранение своего здоровья.

Система здравоохранения должна ориентироваться на применение ресурсосберегающих новых технологий.

Ключевые слова*: старение населения, недоступность медуслуг из-за бедности, «налог на пороки», доплата.*

Introducere. În anul 2000, reprezentanţii a 189 de ţări s-au reunit la New York pentru a adopta Declaraţia Mileniului privind principiile şi valorile ce urmează să fie abordate în secolul XXI, în cadrul relaţiilor internaţionale. Dintre cele 8 priorităţi mondiale ale mileniului actual, trei au în vedere dezvoltarea economică şi abolirea sărăciei, protejarea grupurilor vulnerabile, respectarea drepturilor omului [1].

Astfel, este dezirabilă identificarea cât mai corectă a grupurilor de risc, a indivizilor care sunt cei mai predispuşi unor anumite condiţii defavorabile, pentru a utiliza direct şi în mod eficient resursele sanitare.

În categoria persoanelor defavorizate se încadrează familiile numeroase cu venituri insuficiente, familiile dezorganizate, persoanele cu handicap, invalizii, maturii sau copiii abandonaţi etc. În rândurile acestor persoane apar fenomene precum sărăcia, şomajul, stigmatizarea şi marginalizarea socială, infracţionalitatea, vagabondajul, prostituţia, etilismul, narco- şi toxicomania.

În Strategia Naţională de Dezvoltare „Moldova 2020: Şapte soluţii pentru creşterea economică şi reducerea sărăciei" (aprobată prin Legea nr. 166 din 11 iulie 2012) se menţionează că: „*Sănătatea, de asemenea, reprezintă o parte integrantă a bunăstării sociale a populaţiei, iar starea bună a sănătăţii facilitează dezvoltarea economică, competitivitatea şi productivitatea. Ameliorarea sănătăţii populaţiei va avea un impact decisiv asupra dezvoltării economice şi prosperării sociale doar în condiţiile instalării echităţii în sănătate, a unor progrese reale în asigurarea dreptului la sănătate pentru toată populaţia şi în responsabilizarea întregii societăţi de măsurile de ocrotire a sănătăţii, ce pot contribui la dezvoltarea umană, la bunăstarea socială şi economică. Activităţile de sensibilizare a populaţiei privind factorii determinanţi pentru sănătate şi promovarea prevederilor asupra aspectelor de sănătate în toate politicile va maximiza rezultatele în domeniul sănătăţii*" [2].

Sărăcia şi starea de sănătate a populaţiei

„Acolo unde oamenii sunt condamnaţi să trăiască în mizerie, drepturile omului sunt violate: a ne uni pentru a le respecta este o datorie sacră" (J. Wresinski, Paris, 1987).

În ultimele 5 decenii, progresele realizate în domeniul medical au făcut ca starea de sănătate în lume să se îmbunătăţească considerabil. Cu toate acestea, starea de sănătate a categoriilor de populaţie afectate de sărăcie rămâne precară, iar a celor afectate de sărăcie extremă, îndeosebi. Aproximativ un miliard trei sute de mii de persoane (20% din populaţia mondială) trăiesc în condiţii de sărăcie absolută, având un venit inferior unui dolar pe zi. Aproape jumătate din locuitorii planetei trăiesc în condiţiile unui venit mai mic de 2 dolari/zi.

În R. Moldova, ca, de altfel, în toate ţările excomuniste din Estul Europei, tranziţia economică şi socială a determinat numeroase schimbări la nivelul populaţiei. Creşterea sărăciei în ultimul deceniu este o trăsătură comună acestui grup de ţări, care se datorează, în principal, scăderii producţiei şi creşterii inegalităţilor. Din perspectivă regională (Europa şi Asia Centrală), Moldova cunoaşte niveluri de sărăcie mai pronunţate decât în ţările Europei Centrale.

Un raport al Băncii Mondiale şi al Comisiei Naţionale pentru Antisărăcie şi de Promovare a Incluziunii Sociale (CASPIS), informează cu privire la Moldova că, deşi rata sărăciei a scăzut, ea se menţine la 25,1%, iar cea a sărăciei extreme – la 8,6% din populaţie [3].

În ceea ce priveşte Indicele de Dezvoltare Umană (IDU), Moldova se situează printre ţările având o dezvoltare umană scăzută, cu o valoare a IDU de 0,778 în 2006 [4].

Definiţie, concepte. Conform Băncii Mondiale, este considerată săracă persoana care nu are acces la un pachet minim de bunuri necesare supravieţuirii. Pragul sărăciei a fost stabilit la valoarea de 2 $, iar cel al sărăciei extreme – la valoarea de 1 $/zi/locuitor.

Într-o societate aflată în proces accelerat de îmbătrânire, calitatea vieţii înseamnă din ce în ce mai mult calitatea vieţii celor aflaţi în cea de-a treia perioadă a vieţii. Integrarea lor socială şi o viaţă demnă presupune servicii sociale specifice care, în multe cazuri, sunt deficitare în multe societăţi în tranziţie [5].

Din perspectiva asistenţei medicale, se poate observa că o proporţie înaltă de persoane vârstnice are nevoie de servicii medicale şi sociale care ori nu există, ori sunt inaccesibile.

Problemele specifice ale acestui segment de populaţie au fost abordate cu referire la sistemul de securitate socială, cu accent principal asupra sistemului de pensii. Odată cu înaintarea în vârstă, însă, creşte riscul de boli cronice şi uneori generatoare de handicap, implicit de dependenţă. Fără o asistenţă socială şi medicală de lungă durată, existenţa însăşi a persoanelor vârstnice este compromisă [6].

Problemele sociale (pensionarea, izolarea), cele economice (scăderea veniturilor, sărăcia), cele morale (nerespectarea drepturilor legitime) agravează *problemele de sănătate* ale vârstnicului, fapt care impune sarcini deosebite atât serviciilor de sănătate, cât şi celor de asistenţă socială. Totodată, abandonul grijii faţă de propria sănătate, stilurile nesănătoase de viaţă, *deficitul de acces la serviciile medicale*, *deficitul serviciilor de prevenţie şi tratament ambulatoriu* contribuie la situaţia critică a stării de sănătate a multor vârstnici.

Deoarece situaţia socială şi medicală a bătrânilor se deteriorează treptat din cauza reducerii veniturilor odată cu pensionarea, *politicile sociale* din domeniu *vizează în special* protejarea venitului, perfecţionarea calităţii îngrijirii medicale, sprijinirea persoanelor în vârstă pentru a duce o viaţă demnă şi independentă în mediul propriu [7].

Studierea accesibilităţii serviciilor medicale trebuie efectuată prin două abordări metodologice: *modelul comportamental* şi *modelul organizaţional*.

Modelul comportamental se bazează pe studierea influenţei asupra consumului de servicii medicale a următoarelor variabile: demografia, caracteristicile socioculturale ale populaţiei, viziunile, reprezentările, atitudinea faţă de sănătate, necesitatea în servicii medicale şi reţeaua de instituţii medicale în zona de accesibilitate.

Modelul organizaţional se bazează pe evaluarea influenţei asupra accesibilităţii serviciilor medicale a multitudinii factorilor de macronivel: starea economică a societăţii, politicile în sănătate, orientările valorice ale populaţiei, factorii care determină prioritătile în sistemul de sănătate, organizarea a însuşi sistemului de acordare a asistenţei medicale nu numai la nivelul comunităţii, ci şi în instituţia medicală [8].

Minimul de viaţă se determină după necesităţile minime fiziologice şi sociale, necesare pentru a menţine viabilitatea biologică. La limita sărăciei se ajunge atunci când nivelul venitului este mai jos decât nivelul minim de viaţă, care presupune un venit necesar pentru a procura produsele şi serviciile incluse în "coşul minim de consum". În august 2000, în RM acest coş minim a fost apreciat la 910 lei. După acest minim de viaţă se cere a fi stabilit salariul minim şi alte criterii de apreciere a bunăstării populaţiei.

Statisticianul german din sec. al XIX-lea Ernest Engel a analizat structura bugetelor familiale şi a formulat concluzii denumite ***legile lui Engel***. Apreciind comportamentul consumativ al populaţiei, Engel face următoarele aprecieri:

- Odată cu creşterea venitului, consumul creşte, însă până la o anumită limită, când ritmul sporului consumului încetineşte în raport cu creşterea venitului. Aceasta se poate explica prin faptul că preferinţele consumative se formează în tinereţe, în timp ce venituri mari oamenii obţin în urma realizărilor lor din perioada de maturitate.
- Cu scăderea veniturilor, oamenii mai curând îşi cheltuie economiile şi avutul, decât să se dezică de standardele obişnuite de viaţă.
- Deosebiri în consum s-au evidenţiat la oameni în prima jumătate a vieţii (până la 35-45 ani) şi după atingerea vârstei medii. Engel a observat deosebiri în consum la orăşeni şi la săteni, femei şi bărbaţi, în funcţie de vârstă etc.

Problema diferenţei preferinţelor consumative a fost abordată în ***teoria dirijismului*** a lui ***J. Keynes*** ca lege psihologică fundamentală. Aceasta a fost una dintre legile psihologice luate de Keynes în calitate de argumentare a politicii statului referitor la venituri şi stimularea investiţiilor în economie. Statul trebuie să stimuleze creşterea înclinaţiei către investiţii ca o condiţie a creşterii economice [9].

În consideraţiile referitoare la sărăcie nu trebuie ignorat conceptul de *precaritate*. După ***Joseph Wresinski***, persoanele cu risc de precaritate sunt indivizii care trăiesc în condiţii de insecuritate materială şi socială („*people living in insecure conditions*"). Existenţa noastră este strâns legată de forţa relaţiilor sociale. Ruperea uneia dintre aceste legături sociale (de exemplu, lipsa unui loc de muncă) antrenează fragilizarea celorlalte şi duce la sărăcie şi la precaritate [10].

Precaritatea se referă la absenţa securităţii individului în ceea ce priveşte construirea viitorului, la imposibilitatea acestuia de a-şi asuma obligaţii profesionale, familiale şi sociale, de a beneficia de drepturile sale fundamentale şi este strâns legată de sentimentul de *fragilitate socială*, care apare în cazul lipsei mijloacelor necesare conceperii de proiecte pe termen lung [11].

Concluzii şi propuneri. Analizând dezvoltarea economică a Republicii Moldova, se poate concluziona că eradicarea sărăciei în viitorul apropiat va avea rezultate mai puţin spectaculoase. Pentru a atinge scopul scontat, se cer mecanisme individuale de sporire a accesului păturilor defavorizate ale populaţiei la servicii medicale, cu aplicarea lor la diferite nivele de influenţe. Unul dintre principalele mecanisme, conform practicii ţărilor cu o dezvoltare avansată, este ***deplasarea responsabilităţilor pentru propria sănătate spre pacient***. În complex cu alte măsuri, aceasta are scopul de a eficientiza sistemul de sănătate în condiţii de finanţare insuficientă şi a populaţiei cu un mare decalaj a bunăstării.

O grupare a acestor eforturi poate fi văzută ca măsuri:

1. Aplicate la nivel de stat, cum ar fi:

- Combaterea sistemică a sărăciei şi declinului economic;
- Elaborarea legislaţiei în domeniu, cu deplasarea responsabilităţii pentru sănătate de la sistemul de sănătate către pacient şi administraţia publică locală;
- Îmbunătăţirea continuă a mediului de viaţă, a securităţii consumului de apă şi produse alimentare;
- Promovarea modului sănătos de viaţă, ca un element de bază al culturii naţionale.

2. Sistemul de sănătate activează prin asigurările medicale obligatorii de asistenţă medicală şi fluxul financiar de peste 80% este direcţionat prin CNAM, de aceea şi măsurile principale de eficientizare a utilizării acestor resurse trebuie să fie efectuate de către CNAM. Unele dintre măsurile care ar avea un efect semnificativ sunt:

- Diversificarea Programului unic de servicii medicale pentru diferite categorii de divizare socială şi economică a populaţiei, cum ar fi diminuarea volumului Programului unic pentru cei înstăriţi şi majorarea lui pentru persoanele desemnate ca persoane cu venituri sub „coşul minim de consum";
- Aplicarea taxelor pe vicii asupra persoanelor care ignoră recomandările lucrătorilor medicali de a duce un mod de viaţă sănătos, de a respecta recomandările de conduită şi tratament indicate etc., atât prin majorarea contribuţiilor la primele de asigurare medicală, cât şi prin diminuarea volumului de servicii medicale acordate;
- Implementarea sistemului de coplăţi pentru toate sau doar pentru o parte din serviciile medicale acordate, de pildă: medicamente achitate numai în volum de 80% din cost, ca în Franţa, sau franciza secundară de achitare a nu mai mult de 5-7 zile de spitalizare pentru majoritatea cazurilor etc.

3. Alt nivel de deplasare a accentelor se poate aplica în medicina primară prin aşa măsuri ca:

- Majorarea până la peste 30% din bugetul de timp şi obligaţii ale lucrătorilor medicali antrenaţi în medicina primară a activităţii de profilaxie, de promovare a modului sănătos de viaţă;
- Implementarea tehnologiilor moderne de profilaxie, investigare, diagnosticare timpurie şi tratament bazat pe dovezi;
- Sporirea atenţiei acordate promovării modului sănătos de viaţă în rândurile generaţiei tinere, ca fiind segmentul de populaţie mai receptiv şi mai uşor de şcolarizat.

Bibliografie

1. Hotărârea de Guvern nr. 288 din 15 martie 2005 privind *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului*. În: Monitorul Oficial al RM nr. 45-50 din 25 martie 2005.
2. Strategia Naţională de Dezvoltare *Moldova 2020: Şapte soluţii pentru creşterea economică şi reducerea sărăciei*. În: Monitorul Oficial al RM nr. 245-247.
3. Emlet Hokenstad, 2001, p. 55-64.
4. Бармина Т. В. *Культура поведения пациентов как потребителей медицинских услуг.* Волгоград, 2008, с. 28-29.
5. *Неравенство в отношении здоровья* [Электронный ресурс] Режим доступа: http://www: who.int/whosis/whostat/ (16 января 2013 г.).
6. Poeneanu M. *Îmbatrânirea demografică. O provocare pentru sistemul de sănătate*. www.oeconomica.rofilespdf130.pdf. (accesat18.05.2013).
7. Panait Carmen Lavinia. *Oferta vs cererea de servicii de sănătate în contextual demografic actual din România*. În: Management în sănătate. INANCIARXV/4/2011; p. 13-20.
8. Антропов В.В. *Модели социальной защиты в странах Европейского союза.* В: Мировая экономика и международные отношения, 2005, № 11, с. 8-9.
9. Титова А.О. *Медицинская услуга: общественное благо или товар. Научное пространство Европы – 2009.* В: Материалы V Международной научной конференции, 7-15 апреля 2009 г. Т. 7: Экономические науки. Przemysl, Nauka I studia, 2009, с. 128.
10. Ефименко С.А. *Социологические теории и социология медицины о взаимодействии социальных субъектов.* В: Социология медицины, 2005, № 1, с. 84-85;
11. Шейман И. М. Шишкин С.В. *Российское здравоохранение: новые вызовы и новые задачи.* В: Главврач, 2009, № 7, с. 10-32.

Prezentat la 21.06.2013

PERCEPŢIILE DE COLABORARE A PRIMARILOR CU SERVICIUL DE SUPRAVEGHERE DE STAT A SĂNĂTĂŢII PUBLICE

***Iurie PÂNZARU*,**
Centrul Naţional de Sănătate Publică

Summary

Perception of collaboration between magistrate and State Surveillance Service of Public Health

In this article it is presents different approaches which needs be undertaken by the local public authorities in order to improve the health indicators of village, municipality or city habitants.

In recent years, has grown considerably the interest of mayors and local councilors in cooperation with the State Service for Public Health Surveillance in different sections aimed to improving the lifestyle of the population living in a particular area.

***Keywords**: townhall, magistrate, public authority, local level.*

Резюме

Восприятие сотрудничества мэров с Государственной службой по надзору за общественным здоровьем

В данной статье представлены различные подходы, которые должны быть предприняты со стороны местных публичных органов для улучшения показателей состояния здоровья жителей села, коммуны или города.

В последние годы значительно вырос интерес примаров и местных советников к вопросам сотрудничества с Государственной службой по надзору за общественным здоровьем по различным разделам, направленным на улучшение уровня жизни населения, проживающего на определенной территории.

***Ключевые слова**: мэрия, мэр, государственная власть, местный уровень.*

Introducere. Societatea este cea care indică în ce măsură administraţia publică locală (APL) este responsabilă de activităţile organizate în teritoriul administrat şi, în funcţie de aceasta, dacă este sau nu comparabil nivelul de dezvoltare al altor localităţi.

O problemă majoră pentru primarii aleşi şi funcţionarii publici noi desemnaţi o constituie lipsa materialelor metodice şi a cunoştinţelor în domeniile funcţionării sistemului de sănătate publică, aplicării corecte a legislaţiei, inclusiv a celei ce ţine de activitatea serviciilor desconcentrate din teritorii, de reglementarea şi planificarea corectă a acţiunilor de salubrizare, a comerţului neautorizat, de aplicare a planurilor urbanistice locale, administrarea corectă a zonelor de agrement etc. (5).

În acest context şi pentru o şcolarizare virtuală, în anul 2012 a fost elaborată şi publicată ediţia a II-a a Ghidului pentru Administraţia Publică Locală *Acţiuni comunitare în menţinerea sănătăţii publice*, ca sursă a practicii unitare care expune comentarii privind aplicarea coerentă a Legii nr. 10 din 03.02.2009 *Privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*, a altor acte normative din domeniul sănătăţii publice, care fac distincţii între domeniile de control şi supraveghere şi atribuţiile autorităţilor publice locale [1, 2].

Un primar eficient trebuie să se adapteze exigenţelor transpunerii şi aplicării dreptului comunitar în domeniul sănătăţii publice, să ştie când să apeleze la sfaturile şi experienţa specialiştilor din centrele de sănătate publică (CSP), pentru a soluţiona în timp şi eficient multitudinea problemelor direcţionate spre ocrotirea şi fortificarea sănătăţii publice din comunitate [5].

Ghidul este un instrument al membrilor societăţii pentru a propune şi a cere de la administraţia

publică locală rezolvarea problemelor cu care se confruntă, pentru a atinge indicatori înalţi ai calităţii vieţii în comunitate.

Punctul forte pe care se pune accent în Ghid este faptul că instrumentele şi acţiunile lucrează împreună, pentru a se pune în valoare reciproc.

Lucrarea are drept scop promovarea acţiunilor necesare la nivel local, pentru aprecierea corectă a principiilor şi aspectelor legale care reies din prevederile Legii nr. 10 din 03.02.2009 *Privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*.

Materiale şi metode. Prin metoda istorică au fost studiate şi analizate actele oficiale emise de Guvernul Republicii Moldova, de unele ministere referitor la competenţele APL privind organizarea acţiunilor de menţinere a sănătăţii publice la nivel comunitar. Concomitent, am studiat experienţa României, Finlandei, Franţei, unde APL dispun de autonomie, inclusiv financiară, pentru organizarea măsurilor direcţionate spre crearea condiţiilor optime de viaţă a populaţiei.

Colaborarea cu Congresul Autorităţilor Locale din Moldova (CALM). Pentru a ajuta primarii, alţi funcţionari preocupaţi de activitatea cotidiană în administraţia publică locală şi care trebuie să cunoască principiile de dialog la nivel comunitar cu societatea în diverse aspecte ale sănătăţii publice, Chidul a fost avizat de Congresul Autorităţilor Locale din Moldova şi de Academia de Administrare Publică Locală pe lângă Preşedintele Republicii Moldova, care au susţinut abordarea pe principii noi pentru cei care s-au dedicat activităţilor de primar.

Accentele sunt puse pe principiile de mobilizare a reprezentanţilor APL în atingerea rezultatelor de conducere, organizare, dialogare cu populaţia, care se consideră cea mai fructuoasă orientare în revigorarea calităţii vieţii la nivel individual şi comunitar prin cheltueli minime, dar eforturi din partea fiecărui membru a societăţii pentru diminuarea riscurilor pentru sănătate.

Cu regret, încă mai există cazuri când primarii ori alţi funcţionari din administraţia publică, din lipsă de cunoştinţe, încearcă să impună soluţionarea altor probleme prin implicarea centrelor de sănătate publică, cum ar fi:

- contracararea comerţului ilicit, inclusiv a celui stradal (funcţie atribuită organelor publice locale şi celor de poliţie);
- organizarea paşaportizării fântânilor publice (funcţie a organelor publice locale);
- organizarea măsurilor de deratizare şi dezinsecţie a spaţiului locativ privat (funcţie a deţinătorului de spaţiu);
- lupta cu animalele fără stăpân – maidanezii (funcţie a organelor publice locale şi a serviciului specializat responsabil de evacuarea deşeurilor menajere);
- verificarea funcţionării closetelor din cadrul staţiilor de alimentare cu combustibil (funcţie a deţinătorului de spaţiu);
- problemele de organizare a salubrizării şi igienizării localităţilor (funcţie a organelor publice locale) etc. [3, 4, 6].

Organizarea multiplelor mese rodunde în cadrul CSP teritoriale, a seminarelor cu primarii şi alţi funcţionari publici prezenţi la cursurile de perfecţionare la Academia de Administrare Publică pe lângă Preşedintele Republicii Moldova (2009), în cadrul activităţii cotidiene şi în cazurile urgenţelor de sănătate publică înregistrate şi evaluate la nivelele teritorial şi naţional, cum ar fi gripa aviară şi cea pandemică (H1N1), oreionul etc., a demonstrat vigilenţa şi spiritul de colaborare a întregului sistem de sănătate dirijat cu multă responsabilitate de conducătorii centrelor de sănătate publică, în comun cu administraţia publică locală, care au întreprins acţiuni operative şi eficiente de lichidare sau localizare a focarelor, fără careva consecinţe majore, inclusiv de ordin financiar [2].

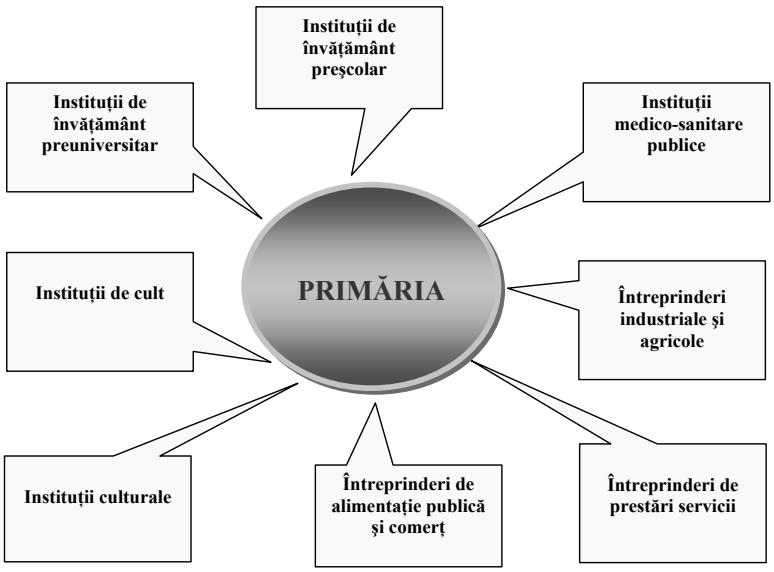
Perspectiva colaborării la nivel local. Fiecare primar ori consilier local trebuie să stabilească propria abordare pentru a comunica cu cetăţeanul. Astfel, este posibil să informeze sau să sensibilizeze opinia publică să obţină o combinaţie din cele trei elemente primordiale: ***promovarea*** sănătăţii, ***prevenirea*** bolilor şi ***protecţia*** sănătăţii (**3„p"**).

Având cei 3 „p" în atingerea scopului de asigurare a condiţiilor optime pentru realizarea maximă a potenţialului de sănătate doar prin efortul organizat al întregii societăţi, în vederea prevenirii îmbolnăvirilor, protejării şi promovării sănătăţii populaţiei, se va îmbunătăţi calitatea vieţii cetăţenilor din fiecare localitate a Republicii Moldova.

Concomitent, pentru a atinge rezultatele scontate în rezolvarea multitudinii de probleme care stau în faţa administraţiei publice locale, este necesar ca fiecare primar, fiecare cetăţean în parte să conştientizeze importanţa şi rolul autorităţilor publice locale şi al societăţii civile în asigurarea şi menţinerea sănătăţii publice. Iată aici putem determina cu siguranţă rolul foarte important al primarului, care construieşte şi menţine puntea de legătură între populaţie şi celelalte servicii „vii" (de supraveghere de stat a sănătăţii publice, veterinar, ecologic, fitosanitar etc.).

Aşadar, asigurarea sănătăţii publice se realizează prin activităţi comune ale autorităţilor publice locale şi societăţii civile, prin elaborarea şi implementarea politicilor de protecţie şi promovare a sănătăţii şi de prevenire a maladiilor.

Modelul de colaborare în asigurarea sănătăţii publice la nivel local



Prin abordarea şi elaborarea modelului de colaborare multisectorială a primăriei cu instituţiile publice din localitate, se pot soluţiona mai multe probleme privind dezvoltarea sănătăţii populaţiei rurale din Republica Moldova.

Ca urmare a publicării ediţiei a II-a a Ghidului, va fi posibilă o colaborare mai bună la nivel local, pentru ca instrumentele şi acţiunile să lucreze împreună şi să se pună în valoare reciproc.

Concluzii. În lipsa unor acte normative, Ghidul pentru Administraţia Publică Locală *Acţiuni comunitare în menţinerea sănătăţii publice* (ediţia a II-a) poate fi utilizat de primari, consilierii locali ca un model pentru organizarea eficientă a măsurilor de creare a condiţiilor optime de viaţă a populaţiei din localităţile Republicii Moldova şi de realizare, în limita competenţei, a prevederilor Legii nr. 10 din 03.02.2009.

Bibliografie

1. Legea nr. 10-XVI din 03.02.2009 *Privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*. În: Monitorul Oficial al RM, nr. 67 din 03.04.2009.
2. Pînzaru Iu. *Ghidul pentru Administraţia Publică Locală „Acţiuni comunitare în menţinerea sănătăţii publice"*, ediţia a II-a, Chişinău, 2012, 156 p.
3. Pînzaru Iu., Eudochia Tcaci, V. Guştiuc. *Rolul autorităţilor publice locale în domeniul asigurării sănătăţii publice*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice cu participare internaţională „CMP Chişinău: trecut, prezent şi viitor", Chişinău, 23.10.09, p.11-15.
4. Pînzaru Iu. *Ghidul primarului „Cum trebuie asigurată bunăstarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei"*, Chişinău, 2005, 44 p.
5. Pînzaru Iu. *Realizarea tendinţelor în promovarea ghidului primarului „Cum trebuie asigurată bunăstarea sanitaro-epidemiologică a populaţiei"*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice consacrate Jubileului de 60 ani ai SSES şi 10 ani ai CNŞPMP, Chişinău, 15.10.2005, p. 339-342.
6. Popa V. *Ghidul primarului*. Chişinău, 2000, p. 7-9.

Prezentat la 16.07.2013

Iurie Pînzaru, dr. în med.,
Centrul Naţional de Sănătate Publică
e-mail: iurie_pinzaru@cnsp.md,
tel. (022)574502

IMPACTUL OBEZITĂŢII ASUPRA SĂNĂTĂŢII PUBLICE

Olga CERNELEV,
Centrul Naţional de Sănătate Publică

Summary

The public health impact of obesity

This paper presents the features of obesity's impact on public health from physical, psychological and socio-economical point of view. The article presents the size and the consequences of overweight on the Moldovan population and on the whole world with the usage of statistical dates of the World Health Organization and the National Bureau of Statistics. In this context, we found that the negative impact of obesity overweight turns into a real public health problem.

***Keywords**: overweight, obesity, public health.*

Резюме

Влияние ожирения на здоровье населения

В статье представлены особенности влияния ожирения на общественное здоровье с физической, психологической и социально-экономической точек зрения. Автор представляет размеры и влияние избыточного веса на молдавское население и в мире с использованием статистических данных Всемирной Организации Здравоохранения и Национального Бюро Статистики. В этом контексте, мы обнаружили, что негативное влияние ожирения превращается в настоящую проблему общественного здравоохранения.

***Ключевые слова**: избыточный вес, ожирение, общественное здоровье.*

Introducere. Prevenţia excesului de masă corporală s-a impus tot mai serios în ultimii ani, din cauza multiplelor dovezi care atestă un impact negativ al obezităţii asupra sănătăţii publice din punctele de vedere fizic, psihic, demografic, social şi economic.

Problema obezităţii este una actuală şi necesită o atenţie sporită, din cauza tendinţei de creştere

globală a acestei boli netransmisibile. Aproximativ 65% din populaţia lumii locuieşte în ţările unde supraponderabilitatea şi obezitatea ucid mai mulţi oameni decât subponderabilitatea [12].

Conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS), obezitatea în Europa a atins proporţii epidemice. În lume, 300 milioane de oameni suferă de obezitate, ceea ce reprezintă 7% din întreaga populaţie a globului pământesc, iar experţii OMS presupun că la finele anului 2025 numărul persoanelor obeze se va dubla [12].

În Republica Moldova, datele studiilor efectuate de Institutul Naţional de Cardiologie denotă o incidenţă de 24,2% de persoane obeze şi de 36,2% de persoane cu supraponderabilitate. De asemenea, în rezultatul sondajului public efectuat de Biroul Naţional de Statistică în anul 2006, s-a constatat că excesul de greutate are o cotă de 34,6%, ceea ce demonstrează faptul că depăşirea limitelor fiziologice ale greutăţii corporale este o problemă gravă şi pentru ţara noastră [1].

Obiectivele lucrării:

- evaluarea impactului obezităţii asupra populaţiei din punct de vedere fizic, psihic şi socioeconomic;
- elaborarea măsurilor de intervenţie profilactică, în vederea reducerii fenomenului obezităţii.

Materiale şi metode. În conformitate cu obiectivele studiului, a fost aplicată metoda de cercetare descriptivă, ce a permis colectarea şi analiza datelor din literatura de specialitate (datele statistice ale OMS, Biroului Naţional de Statistică), precum şi evaluarea tendinţei fenomenului de obezitate în funcţie de impactele fizic, psihic şi socioeconomic asupra individului, familiei şi asupra întregii societăţi.

Rezultate şi discuţii. Obezitatea este o condiţie patologică caracterizată prin acumularea excesivă a grăsimii în organism, cu potenţial de afectare a stării de sănătate a populaţiei. Cea mai utilizată clasificare a obezităţii este cea în funcţie de indicele de masă corporală (IMC), care se calculează prin următoarea formulă: *greutatea în kg/înălţimea în m²* [12].

Până la mijlocul anilor '70 ai sec. XX, mărirea IMC era asociată cu ameliorarea stării de sănătate şi sporirea longevităţii, dar în ultimele decenii s-a observat o schimbare a raportului risc – beneficiu. Astfel, creşterea cantităţii de ţesut adipos a fost recunoscută ca fiind cauza apariţiei diverselor patologii ce pot determina scăderea calităţii vieţii şi decesul prematur în rândurile populaţiei. Dintre aceste patologii fac parte: dereglările metabolice (hiperglicemie, dislipidemie); tulburările endocrine (insulino-rezistenţă, hiperinsulinism, tulburările hormonilor sexuali, ale saţietăţii); afecţiunile digestive (steatoza hepatică, litiaza biliară); afecţiunile respiratorii (apnee obstructivă de somn, probleme de hipoventilaţie, astm bronşic, risc crescut de complicaţii în cursul intervenţiilor chirurgicale în anestezie generală); tulburările psihice; menţinerea greutăţii crescute la vârsta de adult ş.a. [8]

În general, obezitatea este principala cauză a deceselor şi îmbolnăvirilor ce pot fi prevenite. Ea este responsabilă pentru aproximativ 80% din cazurile de diabet zaharat de tip 2, pentru 35% din bolile cardiovasculare şi pentru 55% din cazurile de hipertensiune arterială în rândul adulţilor din Regiunea Europeană. De asemenea, această epidemie neinfecţioasă favorizează apariţia unor forme de cancer, disfuncţii erectile, incontinenţă urinară, insuficienţă renală cronică şi hipogonadism. [1, 4, 5, 12]

Impactul fizic al obezităţii constă şi în vulnerabilitatea persoanelor obeze la complicaţii potenţial fatale, ca, de exemplu, insuficienţa cardiacă prin suprasarcină, tromboembolismul pulmonar, precum şi apariţia complicaţiilor la mamă şi făt. Studiile de specialitate au stabilit că una dintre cauzele determinante ale creşterii în greutate a fătului până la naştere este apariţia diabetului gestaţional la mamă în timpul sarcinii. Diabetul gestaţional are consecinţe periculoase asupra sănătăţii fătului, întrucât nivelul sporit al glucozei din sângele mamei, mai ales în al treilea trimestru de sarcină, duce la o asimilaţie neadecvată a nutrienţilor în corpul fătului şi la mărirea greutăţii lui (macrosomie). Ca urmare, acest lucru determină dificultăţi la expulzie şi, implicit, o naştere periculoasă pentru sănătatea bebeluşului şi a mamei (necesitatea intervenţiei cezariene, complicaţii fizice, durată îndelungată de spitalizare) [15, 16].

O particularitate importantă a obezităţii constă în faptul că pacienţii obezi se îngrijesc mai greu, necesitând uneori asistenţă pentru igiena corporală şi transport. În cazul în care obezii se îmbolnăvesc, diagnosticul se determină într-un mod mai dificil decât la normoponderali, fiindcă abordarea clinică şi imagistică este efectuată printr-un strat de ţesut adipos. De aceea, în cazul persoanelor cu exces de masă corporală este nevoie de instrumentar şi echipament medical special [14].

Fenomenul obezităţii este cu atât mai îngrijorător, cu cât toate aceste probleme nu sunt înţelese de către populaţie, care trebuie conştientizată că o scădere a greutăţii corporale cu doar 5-10% la cei supraponderali:

- scade incidenţa diabetului zaharat;
- scade riscul bolii coronariene;
- reduce riscul apariţiei hipertensiunii arteriale;
- scade riscul osteoartritei;
- reduce colesterolemia totală ş.a. [12].

Pe lângă consecinţele şi riscurile medicale, o altă problemă care afectează calitatea vieţii persoanelor cu obezitate este dezvoltarea afecţiunilor psihice, cum ar fi depresia, dereglările psihoemoţionale, comportamentul periculos (suicid, violenţă, abuz de substanţe).

Individul este influenţat în permanenţă de mediul său de viaţă şi de muncă, astfel încât fenomenul obezităţii creează condiţii pentru excluderea socială, stigmatizarea şi discriminarea sa. Obezii sunt blamaţi pentru aspectul lor fizic şi pentru lipsa de voinţă de a se abţine de la consumul de alimente. Cu toate acestea, putem spune cu siguranţă că nu toate persoanele obeze sunt depresive sau chiar doar nemulţumite de greutatea lor. În mod special, imaginea corporală, sentimentele şi atitudinile legate de propriul corp creează nemulţumire în rândul persoanelor de sex feminin, pe când bărbaţii sau persoanele mai în vârstă dau o importanţă mult mai mică acestei probleme.

Dovezi cu privire la discriminare pot fi găsite în situaţii precum lipsa integrării în comunitate, imposibilitatea de a fi angajaţi în anumite posturi, dezavantajarea lor în sistemul educaţional, forţarea mutării domiciliului, marginalizarea din partea cadrelor medicale şi a atitudinii celorlalţi oameni faţă de ei (Puhl & Brownell, 2008). Un impact negativ al obezităţii care favorizează dezvoltarea de complexe psihologice este reprezentat şi de procuratul îmbrăcămintei, locurile prea mici în mijloacele de transport, cabinele telefonice prea strâmte etc.

De asemenea, este semnificativ impactul obezităţii în rândul copiilor. Excesul de masă corporală la copil duce la marginalizare socială şi scăderea stimei faţă de persoana sa. Copiii realizează impactul obezităţii asupra aspectului lor exterior abia în adolescenţă, când conştientizează importanţa incompetenţei sociale. Aceştia sunt predispuşi la anxietate, au o părere negativă despre ei înşişi şi pot suferi de depresie. De fapt, sentimentul izolării atunci când nu este ales de către colegii lor pentru a participa la sporturi sau anumite distracţii descurajează copiii obezi să devină mai activi fizic. Din cauza consecinţelor psihologice, rezultatele şcolare ale acestor copii pot fi mai slabe, iar aceste dificultăţi pot continua şi la maturitate, având un impact negativ asupra dezvoltării şi a vieţii tinerei generaţii în anii care urmează.

Astfel, efectele psihologice generate de excesul de masă corporală pot avea un impact profund asupra calităţii vieţii indivizilor afectaţi, creându-le insatisfacţie, depresie, frustrare şi, în cele din urmă, autorespingere.

Din punct de vedere al severităţii, povara excesului de greutate poate fi exprimată şi ca o perturbare a funcţionării socioeconomice. Caracterul medico-social al acestei boli netransmisibile este confirmat prin numărul enorm de prejudicii sociale, ca urmare a cărora este afectată economia naţională. Astfel, în anul 2006, în cadrul Conferinţei Ministeriale a OMS şi a Consiliului Europei, a fost recunoscut oficial caracterul epidemic al obezităţii, odată cu remarcarea faptului că obezitatea afectează dezvoltarea socioeconomică a ţărilor care se confruntă cu această problemă de sănătate [17].

Actualmente, obezitatea este considerată o problemă majoră de sănătate publică din cauza agresivităţii şi costurilor pe care le implică. Datele recente estimează că excesul de greutate şi bolile asociate cu obezitatea reprezintă 7% din totalul costurilor asistenţei medicale în UE. În SUA, costurile medicale ale acestei afecţiuni reprezintă 4,3–7% din cheltuielile pentru îngrijiri de sănătate, iar în anul 2012, costul medical anual al obezităţii se estima în jurul sumei de 3.271 dolari pentru o persoană obeză, în comparaţie cu 512 dolari destinaţi persoanelor ce nu suferă de obezitate [11, 13].

Excesul de masă corporală reprezintă o povară financiară pentru societate, atât prin cheltuielile directe, cât şi prin cele indirecte, provocate de boală, de excluderea socială şi moartea prematură.

Costurile directe ale obezităţii constau din resursele folosite în cadrul sistemului îngrijirilor de sănătate. Acestea includ: costurile apărute în urma utilizării excesive a ambulatoriului, spitalizarea, farmacoterapia, testele de laborator, investigaţiile radiologice, precum şi îngrijirile pe termen lung din cauza afecţiunilor favorizate de excesul de greutate (boli cardiovasculare, cancer, osteoartrită). În plus, sistemul îngrijirilor de sănătate are de suportat cheltuieli pentru echipamente speciale utilizate în îngrijirea persoanelor obeze – echipamente de ridicare, ambulanţe bariatrice ş.a. [9].

O altă particularitate a obezităţii constă în costurile sporite suportate de companiile aeriene pentru combustibil şi pentru scaunele din avion care au o lăţime de numai 43–44 cm.

De asemenea, un impact financiar enorm al excesului ponderal se face simţit şi în cazul întreprinderilor de alimentaţie publică, din cauza acţiunilor în justiţie intentate de clienţi pe motivul că acestea determină apariţia obezităţii [2].

Pe lângă costurile directe, există şi costuri indirecte, care implică creşterea mortalităţii înainte de vârsta de pensionare, pensionarea anticipată, absenteismul de la locul de muncă, scăderea productivităţii şi creşterea numărului de pensii pentru dizabilităţi ca urmare a bolilor cronice generate de obezitate [3]. Astfel, în condiţiile afectării populaţiei de povara obezităţii, cresc solicitările şi nevoile de asistenţă medicală, apar noi probleme de patologie, diagnostic şi terapie.

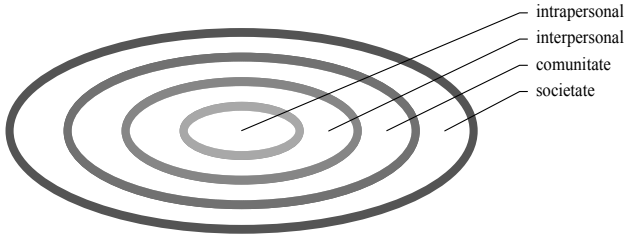
Fenomenul obezităţii se caracterizează printr-un nivel înalt de morbiditate. La vârsta şcolară, excesul de greutate şi bolile asociate acestuia determină întreruperea sau prelungirea duratei de instruire generală şi profesională. Fiind răspândit în rândul persoanelor apte de muncă, acesta cauzează absenteism în producţie cu agravarea capacităţii de muncă. Din acest punct de vedere, se constată o scădere a volumului şi o depreciere a calităţii forţei de muncă.

Un alt factor care plasează obezitatea în rândul problemelor medico-sociale este durata lungă a unui caz de spitalizare, în funcţie de asocierea patologiilor (cancerului, bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat sau hipertensiunii arteriale).

Excesul de greutate determină reducerea nivelului mediu al speranţei de viaţă. Acest fapt se datorează modului nesănătos de viaţă, precum şi creşterii ratelor morbidităţii şi mortalităţii prin bolile asociate fenomenului de obezitate. Cercetătorii au ajuns la concluzia că, în medie, obezitatea reduce speranţa de viaţă cu 6 ani. La un indice de masă corporală de 30-35, speranţa de viaţă scade cu 4 ani, iar la un indice de masă corporală de peste 40, speranţa de viaţă scade cu până la 10 ani. În Republica Moldova, aceasta este de 69,82 ani, fiind una dintre cele mai scăzute în Europa, unde media constituie 79,06 ani [6, 7, 10].

Astfel, prevenirea obezităţii este un factor crucial în rezolvarea problemelor fizice, psihice, precum şi socioeconomice din sistemele de sănătate. În acest scop, am stabilit un şir de măsuri de intervenţie profilactică, având la bază *Modelul socioecologic*:

Modelul socioecologic (Koplan J.P., Liverman C.T., Kraak. *Preventing childhood obesity: health in the balance*)



Măsuri de intervenţie profilactică la nivel intrapersonal:

- Respectarea unui regim alimentar sănătos prin aportul zilnic recomandat de energie şi nutrimente pentru diferite grupuri de populaţie (eliminarea grăsimilor trans din alimente şi înlocuirea lor cu grăsimi polinesaturate; reducerea consumului de sare, zahăr, băuturi răcoritoare cu adaos de zaharuri şi alte produse cu densitate energetică înaltă, sporirea consumului de legume şi fructe ş.a.);
- Practicarea regulată a activităţii fizice (mersul pe jos, ciclismul, grădinăritul etc.);
- Moderarea consumului de alcool şi tutun;
- Monitorizarea riscului cardiometabolic (autocontrolul HTA, valorile glicemiei ş.a.);
- Gestionarea stresului prin terapia de autorelaxare.

Măsuri de intervenţie profilactică la nivel interpersonal:

- Instruirea şi formarea continuă a cunoştinţelor, atitudinilor şi obiceiurilor pentru prevenirea şi controlul obezităţii în familie, printre rude, prieteni ş.a. (alimentaţie sănătoasă, activitate fizică regulată etc.).

Măsuri de intervenţie profilactică la nivel comunitar:

- Colaborarea intersectorială prin parteneriatul public–privat (Ministerul Sănătăţii, MAIA, industria alimentară, Ministerul Educaţiei, Ministerul Transporturilor şi Infrastructurii Drumurilor, Ministerul Tineretului şi Sportului) prin promovarea unei alimentaţii sănătoase a adulţilor şi copiilor în situaţii concrete, de exemplu, în instituţiile preşcolare, şcolare, universitare, la întreprinderi, în locurile de recreere şi odihnă ş.a.

Măsuri de intervenţie profilactică la nivel de societate:

- Promovarea alimentaţiei sănătoase şi a activităţii fizice prin intermediul politicilor publice, programelor şi actelor normative;
- Efectuarea screeningului populaţiei pentru depistarea timpurie a persoanelor şi grupurilor de risc pentru obezitate în funcţie de grupele de vârstă, antecedentele eredocolaterale ş.a.;
- Acordarea serviciilor de consiliere persoanelor din grupele de risc (psihoeducaţia), precum şi sprijinul în reabilitarea, reintegrarea comunitară şi la locul de muncă a persoanelor afectate de obezitate;
- Promovarea alimentaţiei sănătoase şi a activităţii fizice regulate la locul de trai, de muncă, de educaţie şi de odihnă, prin mijloace de informare în masă, reviste ş.a.;
- Instruirea şi perfecţionarea continuă a noilor abilităţi şi cunoştinţe pentru prevenirea şi monitorizarea obezităţii (lucrătorii medicali, psihologii, pedagogii).

Concluzii

1. Impactul obezităţii este o preocupare de maximă importanţă pentru sănătatea publică, deoarece creşterea excesului de greutate duce la consecinţe nefaste din punctele de vedere fizic, psihic, socioeconomic asupra întregii populaţii.

2. Povara obezităţii este demonstrată prin multiple dovezi ce atestă: creşterea prevalenţei excesului

de greutate şi a asociaţiilor morbide, posibilităţile limitate de diagnostic şi tratament existente în prezent şi, nu în ultimul rând, costurile mari de sănătate care demonstrează că obezitatea oamenilor este mai gravă şi mai scumpă decât foamea.

3. Obezitatea este o boală netransmisibilă, morbiditate şi mortalitate prin aceasta pot fi prevenite, iar succesul în lupta cu excesul ponderal depinde foarte mult de intervenţiile implementate pentru prevenire şi control, reducere a complicaţiilor, dizabilităţii şi deceselor premature, precum şi pentru sporirea speranţei de viaţă în rândurile populaţiei.

Bibliografie

1. *Strategia Naţională pentru prevenirea şi controlul bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2012–2020*.
2. Materialele Congresului US nr. 109 (2005–2006) *Personal Responsibility in Food Consumption Act of 2005*.
3. Narbro K., Jonsson E., Larsson B., Waaler H., Wedel H., Sjostrom L. *Economic consequences of sickleave and early retirement in obese Swedish women*. In: Int. J. Obes. Relat. Metab. Disor., 1996, nr. 20(10), p. 895-903.
4. Hedley A.A., Ogden C.L., Johnson C.L., Curtin L.R. *Prevalence of overweight and obesity among US children, adolescents, and adults, 1999-2002*. In: JAMA, 2004, p. 2847-2850.
5. Kathleen Y. Wolin, Kenneth Carson, Graham A. Colditzac. *Obesity and cancer*. In: The Oncologist, 2010, nr. 15(6), p. 556–565.
6. Haslam D.W., James W.P. *Obesity*. In: Lancet, 2005, vol. 366(9492), p. 1197–1209.
7. Whitlock G., Lewington S., Sherliker P. *Body-mass index and cause-specific mortality in 9000000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies*. In: Lancet, 2009, vol. 373(9669), p. 1083–1096.
8. *Romanian Medical Journal*, Bucureşti, volumul LVIII, nr. 1, 2011, p. 290-292.
9. http://abcnews.go.com/Health/Diet/obese-healthcare bariatricambulances/story?id=7981746#.UZnvRX2ol48
10. CIA World Factbook https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/rankorder/2102rank.html
11. *Promoting Heart Health A European Consensus.* February 2004 http://www.escardio.org/about/what/advocacy/Documents/background_doc_promoting_heart_health.pdf.
12. http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/.
13. http://www.insp.gov.ro/cnepss//wp-content/themes/PressBlue/campanii/obezitate%202010/prof/Campanie_obezitate.pdf
14. http://www.forbes.com/sites/rickungar/2012/04/30/obesity-now-costs-americans-more-in-healthcare-costs-than-smoking/.
15. http://www.bitpress.ro/articole/sanatate/3932/obezitateaproblema-de-sanatate-publica.html.
16. http://www.dspbz.ro/docs/noutati/Ziua Europeana impotriva Obezitatii.pdf.
17. http://www.farmaciiledona.ro/dona-info/obezitatea-are-consecinte-nefaste-asupra-fertilitatii-l283.
18. http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?type=TA&reference=P6-TA-2007-0019&language=RO.
19. http://economie.hotnews.ro/stiri-companii-6830886-1-aprilie-pasagerii-obezi-vor-plati-dublu-pentru-bilet-rutele-air-france-klm.htm

Prezentat la 24.05.2013

Olga Cernelev, medic-igienist,
secţia Controlul bolilor netransmisibile, CNSP
tel.: 079719740, e-mail: ocernelev@mail.ru

ACCESIBILITATEA SERVICIILOR MEDICALE PENTRU MIGRANŢII DE MUNCĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

***Artiom JUCOV*,**
Şcoala de Management în Sănătate Publică

Summary

Accessibility of health services for labor migrants from Republic of Moldova

It is obvious that lately more and more people aspire to work abroad. This implies by itself and a change of present values and traditions.The labor migrants often arrive abroad are concerned about winning money,but not for maintaining their health. Returning home, they are seeking in a short time to restore their health to its original state. An impediment for this sense is the accessibility of medical services, because the medical system is not prepared to provide unexpected, qualitative and opportune health care for the extremely high requirements of labor migrants, who often go to the doctor in a deplorable state of health.

***Keywords**: labor migrants, accessibility of medical services, quality health care.*

Резюме

Доступность медицинских услуг для трудовых мигрантов из Республики Молдова

Становится ясно, что в последний период времени все больше и больше людей стремятся работать за границей. Это приводит к изменениям сегодняшних ценностей и традиций. Часто трудовые мигранты, попав за рубеж, обеспокоены зарабатыванием денег, а не поддержанием своего здоровья. Вернувшись домой, они стремятся за короткое время восстановить свое здоровье до его первоначального состояния. Одним из препятствий к этому является проблема доступности медицинских услуг, потому что медицинская система не готова предоставить своевременную, качественную и соответствующую чрезвычайно высоким требованиям трудовых мигрантов медицинскую помощь, которые часто посещают врача в плачевном состоянии здоровья.

***Ключевые слова**: трудовые мигранты, доступность медицинских услуг, качественная медицинская помощь.*

Actualitatea temei. În anul 1995, Organizaţia Internaţională a Muncii estima numărul muncitorilor migranţi şi al familiilor lor la 80-97 milioane de oameni, în 2005 numărul lor fiind, după estimările aceleiaşi organizaţii, de 120 milioane. Organizaţia Internaţională pentru Migraţie şi ONU estimau numărul total al persoanelor care locuiau temporar sau permanent în afara statutului lor de origine în 2005 la 180 milioane [1].

Problematica migraţiei forţei de muncă constituie o dificultate pentru concilierea dreptului suveran al oricărui stat de a-şi proteja propria piaţă a muncii şi a respecta drepturile fundamentale ale omului. Rezultă o anumită tensiune între forţele interne şi cele externe, tensiune care accentuează prejudecăţile, xenofobia şi rasismul, victimele cărora sunt deseori migranţii [1, 2].

În altă ordine de idei, căderea Zidului Berlinului a facilitat procesul de emigrare a populaţiei din statele-membre ale Tratatului de la Varşovia spre Occident. Vecinătatea, relaţiile istorice şi limba – acestea pot fi considerate factori principali care explicau procesele migratoare internaţionale. Astfel, în perioada 1986-1990, din 800.000 de persoane din fosta URSS care au plecat peste hotare, 300.000 de persoane erau de origine germană [1].

După destrămarea URSS, de la 54 până la 65 mil. de oameni (sau aproximativ o cincime din populaţie) au ajuns să fie după hotarele unităţilor lor naţional-administrative. Din ei aproximativ 25,3 mil. de ruşi care, ca o naţie majoritară, constituind aproximativ jumătate din toată populaţia fostei URSS, s-au deprins să se simtă ca la ei acasă în orice parte a fostei uniuni [3].

Migraţia rămâne, indiferent de durata şi distanţa parcursă, o schimbare simultană în spaţiul fizic şi sociocultural. Ea implică nu numai deplasarea dintr-o comunitate în alta, ci presupune distrugerea ataşamentelor structurale din zona de plecare, reorganizarea sistemului relaţional la destinaţie şi asimilare culturală a mediului de primire. Migranţii aparţin unor grupuri închise, cărora le sunt refuzate orice posibilităţi de promovare economică şi socială. Fără a le garanta accesul egal cu autohtonii la beneficii şi servicii sociale, statutul de „străini" le permite doar exercitarea dreptului la muncă, în detrimentul celorlalte drepturi [4].

Chiar şi într-un stat pot fi oscilări între diferite regiuni după nivelul dezvoltării economice, particularităţile climaterice, răspândirea bolilor epidemice, de aceea efectul revoltător al migraţiei interne nu este mai slab decât cel al migraţiei externe. Migranţii nu doar vor traversa aceste hotare ale securităţii epidemiologice, dar prin însuşi faptul traversării lor vor pune la îndoială siguranţa lor, astfel determinarea migraţiei ca o sfidare a securităţii este atribuită fiecărui flux migraţional [5].

Materiale şi metode. Scopul cercetării a fost studierea accesului la servicii medicale al migranţilor de muncă din Republica Moldova. Studiul este unul descriptiv, bazat pe abordarea complexă metodologică a accesibilităţii şi a factorilor care o determină [6, 7].

În plan cantitativ, studiul se bazează pe un sondaj axat pe contingentul pacienților migranți. Au fost chestionaţi 1207 respondenţi din diferite zone ale Republicii Moldova, cuprinzând regiunile Nord, Centru şi Sud ale ţării. Perioada de chestionare a fost ianuarie 2013 – aprilie 2013. Participanţii la studiu au fost persoane recent întoarse de la muncă de peste hotare (în ultimele 3 luni).

În plan calitativ, s-a efectuat cercetarea aprofundată a fenomenului, aspectele abordate fiind decise după etapa de analiză a datelor cantitative [8].

Rezultate şi discuţii. Vârsta medie a migranţilor chestionaţi când au plecat pentru prima dată peste hotare a constituit 28,5±0.9 ani, variind în limitele maxime de 56 de ani şi limitele minime de 18 ani. La întrebarea: cui se adresează pacientul în caz de îmbolnăvire, 800 de respondenţi au notificat că se adresează medicului de familie din localitate (66,3±1,36%), medicului-specialist din raion sau municipiu se adresează 165 din persoanele chestionate (13,7±0,98%), 227 dintre migranţii de muncă incluşi în studiu se adresează medicului-specialist din Chişinău (18,8±1,12%), 15 respondenţi preferă alţi medici decât cei menţionaţi (1,2±0,31%). Reieşind din cele expuse, nu putem omite ideea că persoanele migrante revenite pe o perioadă scurtă de timp în ţară caută cel mai ieftin şi cel mai rapid mijloc de a-şi readuce sănătatea la un nivel cel puţin satisfăcător, dirijând problemele de sănătate doar prin percepţiile şi senzaţiile proprii.

Totodată, medicul de familie din localitate trebuie să cunoască persoanele care pleacă la muncă peste hotare, în vederea acoperirii lor fie profilactice, fie curative. Prezenţa migrantului de muncă pe listele medicului de familie poate servi drept criteriu de calitate la analiza activităţii medicului de familie pe sector. Astfel, din numărul persoanelor migrante de muncă incluse în studiu, 1040 din respondenţi au menţionat că sunt înscrişi pe lista medicului de familie (86,2±0,99%), 166 din respondenţi nu au comunicat nimic despre aceasta (13,7±0,98%) şi doar o singură persoană a negat faptul înscrierii pe lista medicului de familie (0,1±0,09%).

La întrebarea dacă persoana migrantă îşi cunoaşte medicul de familie, 1018 din respondenţi au specificat că îl cunosc şi i s-au adresat (84,4±1,04%), 143 au negat acest lucru (11,8±0,92%), iar 46 dintre migranţii de muncă incluşi în studiu au menţionat că îl cunosc, însă nu i s-au adresat niciodată (3,8±0,55%).

Cauzele adresării la medicul ales pot fi ierarhizate în modul următor: 333 din respondenţi au menţionat ca motiv prioritar profesionalismul înalt al medicului (27,6±1,28%), 256 din chestionaţi au notificat calitatea bună a asistenţei (21,2±1,17%), medicul ales este uşor accesibil pentru 244 migranţi de muncă incluşi în studiu (20,2±1,15%), 135 din cei chestionaţi au specificat asigurarea bună cu medicamente (11,2±0,90%), 125 respondenţi au subliniat condiţiile instituţiei medicale (10,4±0,87%), pentru 79 dintre chestionaţi criteriul de bază a fost asigurarea cu echipamente (6,5±0,70%), 27 au notificat drept criteriu de bază cheltuielile mai mici (2,2±0,42%), 8 persoane migrante au specificat alte cauze, aşa ca legături de rudenie (0,7±0,23%). Tabloul general al cauzelor adresării medicului de familie este redat în *figura 1*.

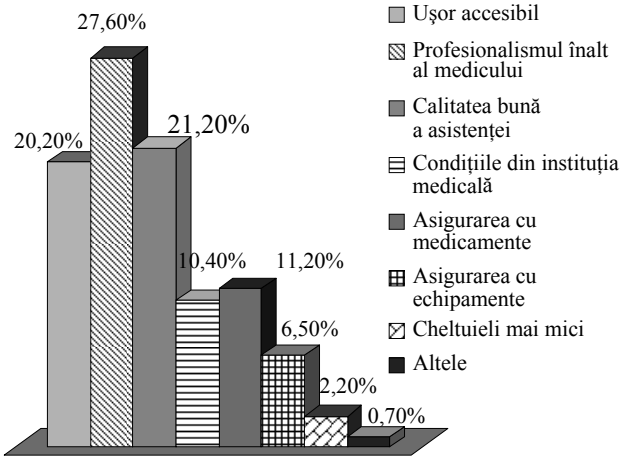


Figura 1. *Motivele adresării la medicul ales (%)*

Pentru migranţii de muncă, criteriul de bază este profesionalismul medicului, competenţa lui în problemele medicale cu care se adresează aceşti migranţi, urmat de calitatea bună a serviciilor prestate.

La întrebarea cât de departe se află oficiul medicului de familie în sectorul căruia se află migrantul de muncă, 1040 respondenţi au răspuns că se află în localitatea în care locuiesc (86,2±0,99%), 166 de persoane incluse în studiu au specificat că oficiul medicului de familie se află în altă localitate decât cea în care locuiesc (13,7±0,98%). Nu a răspuns la această întrebare o singură persoană (0,1±0,09%).

La întrebarea când pacientul-migrant de muncă a vizitat ultima dată medicul de familie, cei mai mulţi (326) au răspuns că s-au adresat medicului de familie cu 2-3 ani în urmă (27,0±1,27%), 281 din respondenţi – cu un an în urmă (23,3±1,21%), 216 persoane chestionate au specificat că ultima vizită a lor a fost cu mai mult de trei ani în urmă (17,9±1,10%), 175 (14,5 ±1,01%) respondenţi s-au adresat medicului de familie cu 7-11 luni în urmă, cu 4-6 luni în urmă medicul de familie a fost vizitat de 92 din respondenţi (7,6±0,76%), cu 2-3 luni în urmă – de 52 din migranţii de muncă (4,3±0,58%), 11 chestionaţi au notificat că s-au adresat medicului de familie cu o lună în urmă (0,9±0,27%), iar o singură persoană (0,1±0,09%) – cu mai puţin de o lună în urmă. Însă 40 (3,3±0,51%) de respondenţi au specificat că nu au vizitat medicul de familie niciodată, 12 dintre migranţii incluşi în studiu (1,0±0,28%) nu ţin minte să se fi adresat medicului de familie, o persoană (0,1±0,09%) nu a comunicat nimic despre vizita sa la medicul de familie.

Cunoaşterea scopului adresării medicului de familie ajută la identificarea problemelor medicale ale migranţilor de muncă. Identificarea acestor probleme permite ierarhizarea lor, divizarea în probleme şi maladii şi stabilirea nucleului adresării după ajutorul medical. Astfel, cei mai mulţi migranţi de muncă, 413 (34,2±1,36%), au observat unele simptome şi semne de boală, s-au adresat periodic medicului de familie în legătură cu o boală cronică 25,3±1,25%, 169 (14,0±0,99%) respondenţi au vizitat medicul de familie în legătură cu vaccinarea, 156 (12,9±0,96%) au avut nevoie de certificate medicale, 107 (8,9±0,81%) din persoanele chestionate au avut nevoie de trimitere la un medic de profil, 49 (4,0±0,56%) respondenţi au menţionat alte motive decât cele de mai sus. 7 migranţi de muncă incluşi în studiu (0,6±0,22%) nu au putut identifica scopul adresării la medicul de familie.

O cauză de neadresare la medicul de familie poate fi plata care este percepută pentru consultaţia efectuată. În urma interogării migranţilor de muncă incluşi în studiu, s-a stabilit că 926 de respondenţi nu au achitat nimic pentru consultaţia oferită (76,7±1,21%), însă pentru 281 consultaţia nu a fost gratuită (23,3±1,21%). Este un fapt regretabil, deoarece o parte din aceşti pacienţi sunt înscrişi pe lista medicului de familie şi achitarea pentru serviciile medicale prestate nu duce la stabilirea unei relaţii durabile.

Stabilirea cauzelor neadresării la medic este un criteriu important în vederea asigurării complianţei pacienţilor-migranţi de muncă. Elucidarea acestor motive ne ajută la elaborarea cât mai eficientă a politicilor publice în domeniul ocrotirii sănătăţii, în vederea acoperirii contingentului de pacienţi-migranţi cu servicii medicale. Cea mai frecventă cauză

de neadresare la medicul de familie a fost faptul că problema de sănătate nu a fost gravă (24,41%), urmată de motivul lipsei de timp (21,98%), 544 de respondenţi nu au avut bani pentru transport (18,65%), alţii au menţionat imposibilitatea de a lăsa casa sau gospodăria (13,32%). Însă au fost şi motive care ţin de valorile personale. Astfel, un motiv în acest sens a fost că persoana nu a vrut să fie văzută mergând la doctor (6,65%); o altă cauză este lipsa de încredere în medici (3,29%) sau imposibilitatea de a lăsa copiii acasă (2,77%). O altă cauză este lipsa poliţei de asigurare (0,61%). Alte motive decât cele specificate mai sus au fost identificate în 241 de cazuri (8,26%). Nu au comunicat nimic la acest capitol 2 respondenţi (0,06%). Reieşind din răspunsurile obţinute, menţionăm că motivele specificate pot fi diferite la migranţii de muncă în diferite situaţii, unele dintre ele fiind combinate.

Un element important este uşurinţa abţinerii îngrijirilor medicale de către migranţii de muncă. Deseori, chiar şi în lipsa impedimentelor, accesul lor la serviciile medicale rămâne a fi unul complicat. Acest lucru poate fi explicat fie prin trăsăturile individuale ale migranţilor de muncă, fie prin cultura şi tradiţiile prezente în familiile lor sau prin starea economică.

La întrebarea despre uşurinţa obţinerii de îngrijiri medicale la necesitate în Republica Moldova, 576 din respondenţi au răspuns că pentru ei aceasta rămâne a fi una simplă (47,7±1,43%), pentru 102 chestionaţi obţinerea îngrijirilor medicale în Moldova este foarte simplă (8,5±0,80%), însă 421 migranţi de muncă incluşi în studiu au specificat că primirea de îngrijiri medicale pentru ei este complicată (34,8±1,37%), pentru 97 respondenţi ea rămâne a fi extrem de complicată (8,0±0,78%). 11 respondenţi (0,9±0,27%) nu au ştiut ce să răspundă în acest sens.

În vederea stabilirii morbidităţii în rândurile migranţilor de muncă, este importantă cunoaşterea accesibilităţii serviciilor de îngrijire medicală de peste hotare în caz de necesitate. În urma studiului, a fost stabilit că obţinerea de îngrijiri medicale peste hotare pentru migranţii de muncă moldoveni este una complicată (50,7±1,43%), pentru 417 din respondenţi accesul la îngrijiri medicale peste hotare este foarte complicat (34,6±1,36%). Însă sunt şi respondenţi pentru care obţinerea asistenţei medicale la necesitate peste hotare este simplă (11,8±0,92%) sau foarte simplă (2,8±0,47%). Nu a ştiut ce să răspundă la această întrebare un singur respondent (0,1±0,09%).

Analiza comparativă a accesibilităţii serviciilor medicale pentru migranţii de muncă în Republica Moldova şi peste hotare este prezentată în *figura 2*.

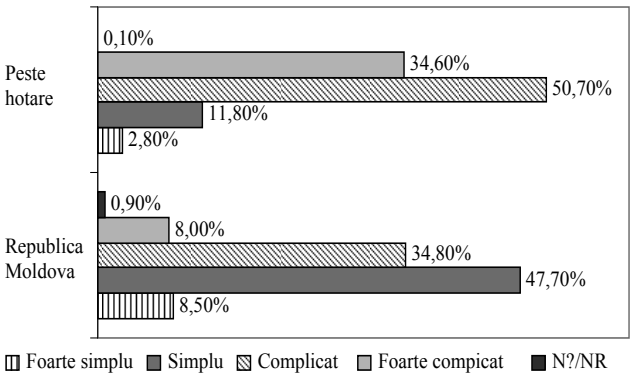


Figura 2. *Compararea accesibilităţii serviciilor medicale pentru migranţii de muncă în Republica Moldova şi peste hotare (%)*

Obstacolele în obţinerea asistenţei medicale în caz de necesitate în Republica Moldova pot fi diferite, ele variind de la cele economice până la cele eticomorale. Este important de a le stabili şi a le grupa, în vederea înlăturării lor ulterioare. Astfel, cel mai frecvent obstacol în obţinerea asistenţei medicale este deplasarea către instituţiile medicale (20,84%), apoi costurile înalte ale asistenţei medicale (19,64%), urmate de lipsa resurselor materiale necesare (17,37%). O altă piedică în accesul la servicii medicale este necesitatea trimiterii de la medicul de familie (12,72%), următorul obstacol este necunoaşterea locului de adresare (9,02%). Un impediment în Republica Moldova pentru migranţii de muncă este lipsa de încredere în profesionalismul medicilor (3,07%), urmat de necunoaşterea medicului de familie (2,65%). Unii migranţi de muncă (12,98%) menţionează alte obstacole – calitatea joasă a serviciilor, lipsa echipamentelor necesare etc. 8 respondenţi (0,16%) nu au comunicat nimic referitor la obstacolele prezente.

Concluzii

1. În urma cercetării am determinat că 2/3 (66,3±1,36%) din migranţii de muncă reîntorşi acasă se adresează pentru asistenţă medicală medicului său de familie; medicului-specialist din raion sau municipiu i se adresează direct 13,7% din respondenţi, iar la medicul-specialist din Chişinău se adresează 18,8%. Acest fapt dovedeşte că migranţii de muncă caută un mijloc ieftin şi accesibil de a-şi satisface necesităţile medicale.

2. Motivele prioritare de accesibilitate (adresabilitate) a medicului ales rămân a fi profesionalismul înalt al medicului (27,6%), calitatea bună a asistenţei (21,2%) şi accesul simplu (20,2%).

3. Accesul la servicii medicale de către migranţii de muncă autohtoni în Republica Moldova rămâne a fi unul simplu (47,7%), în comparaţie cu accesibilitatea serviciilor medicale în străinătate, unde ea rămâne a fi una complicată (50,7±1,43%) sau chiar

foarte complicată (34,6±1,36%). Serviciile medicale din Republica Moldova se caracterizează prin costurile lor mici şi calitatea echivalentă, comparativ cu cele de peste hotare.

Bibliografie

1. Casiadi O., Porcescu S. *Migraţia: subiecte şi subiecţi,* Chişinău, 2008, 338 p.
2. Costea (Moarcăş) Claudia-Ana. *Instrumente de coordonare a sistemelor de securitate socială,* Bucureşti: Editura C.H. Beck, 2011, p. 26.
3. Postolachi V., Chiriac P. *Republica Moldova. Problemele Migraţiei,* Chişinău: CRIO, 2007, 381 p.
4. Суворов А.В. *Политологический анализ динамики миграционных процессов населения Республики Казахстан. Автореферат на соискание ученой степени кандидата политических наук*. Республика Казахстан, Алматы, 2003, с. 11.
5. Drăguţ Aurel. *Migraţia internaţională şi problemele dezvoltării*. Bucureşti: Editura politică, 1981, 88 p.
6. Витковская Галина, Панарин С. *Миграция и безопасность в России.* Москва: Интердиалект+, 2000, с. 341.
7. Spinei L., Lozan O., Badan V. *Biostatistica.* Chişinău, 2009, 186 p.
8. Spinei L. şi alţii. *Epidemiologie şi metode de cercetare*. Chişinău, 2006, 224 p.
9. Spinei L. *Metode de cercetare şi de analiză a stării de sănătate*. Chişinău, 2012, 512 p.

Prezentat la 12.07.2013

Artiom Jucov,
asistent universitar,
Catedra *Medicină de Familie*
Tel:+373 69 907927
E-mail: dr.jucov@mail.ru

ASPECTE MEDICO-SOCIALE ŞI PSIHOLOGICE ALE VIOLENŢEI DOMESTICE ÎN MEDIILE RURAL ŞI URBAN. OPINIA MEDICILOR DE FAMILIE PRIVIND ACEST FLAGEL

Dumitru TINTIUC, Diana VIZITIU,
Catedra *Medicină Socială şi Management Sanitar*
„Nicolae Testemiţanu"

Summary

The medico-social and psychological issues of domestic violence in rural and urban areas families and opinion of general physicians on this scourge

The article includes the outcomes of several studies highlighting the impact that violence can have upon the integrity of every family, and comparative studies results of domestic violence in rural and urban areas. There were analyzed aspects depending on the standard of living and nationality of women which live in families were domestic violence persists. Also, the opinion of the general physicians on the influence of domestic violence on women's health, which obviously shows, the family violence impact on family integrity. Prophylactic measures are outlined by the general physicians in order to prevent this scourge as well as those responsible for the eradication of these cases.

Keywords*: familiy, violence, factors, prevention, medical care.*

Резюме

Медико-социальные и психологические аспекты насилия в семьях, проживающих в сельской и городской местности. Мнение семейных врачей об этом явлении

Статья включает результаты научных исследований, которые характеризуют влияние социально-экономических факторов на благосостояние и насилие в семье, таких как условия жизни, возраст, национальность и др. Также было изучено мнение семейных врачей относительно влияния насилия на здоровье женщин, случаи не обращения женщины за медицинской помощью, что значительно определяет степень влияния насилия на благосостояние семьи. Все указанное диктует необходимость разработки профилактических мероприятий, используемых семейными врачами в целях предупреждения насилия, а также привлечение ответственных лиц за осуществление профилактических мер в семье.

Ключевые слова: *семья, насилие, факторы, профилактика, медицинская помощь.*

Actualitatea temei. Conform art. 1 alin. (1^1) din Legea nr. 217/2003 pentru prevenirea şi combaterea violenţei în familie, *„prevenirea şi combaterea violenţei în familie fac parte din politica integrată de ocrotire şi sprijinire a familiei şi reprezintă o importantă problemă de sănătate publică"* [4].

Studii recente au arătat că violenţa domestică se manifestă peste tot în America şi în întreaga lume (Heise, Pitanguy & Germain, 1994; MacFarquhar, 1994; Robinson & Epstein, 1994) [1]. Un studiu realizat de Centrul Parteneriat pentru Egalitate în anul 2003 arată faptul că în România rata globală a incidenţei violenţei în familie este de 14,3% la nivel naţional, reprezentând o valoare medie care demonstrează că între 12,4% şi 16,2% din populaţia adultă a României a avut experienţe de violenţă în familie de-a lungul vieţii, sub una sau mai multe forme. Violenţa în familie în România are drept factori determinanţi semnificativi alcoolismul, sărăcia, socializarea într-un mediu marcat de violenţă şi modelul patriarhal de organizare a familiei [2].

Violenţa domestică are loc în toate grupurile etnice, rasiale, economice, religioase, de sex, vârstă şi clasă (Masaachussets Coalition of Battered Women Service Groups, 1990) [1]. Agresorii şi victimele lor pot fi tineri sau bătrâni, integri fizic sau handicapaţi,

bogaţi sau săraci, cultivaţi sau analfabeţi, muncitori de rând sau oameni cu studii superioare (Adams, 1989), celebrităţi sau şomeri.

A fi victimă a violenţei în familie reprezintă un risc major pentru sănătatea persoanei în cauză. Pe lângă efectele imediate asupra sănătăţii fizice şi mintale, violenţa creşte riscul de îmbolnăviri în viitor. Studiile arată că femeile care au fost victime ale violenţei fizice sau sexuale, în copilărie sau mai târziu, prezintă risc crescut pentru probleme de sănătate ulterioare.

Furnizorii de servicii de sănătate au posibilitatea de a detecta şi interveni în cazurile de violenţă în familie. Multe victime se simt confortabil să vorbească cu medicul lor de familie sau cu alt specialist despre ceea ce li se întâmplă. Persoanele care suferă abuzuri în familie reprezintă un procent substanţial al celor care se adresează serviciilor medicale. Problemele de sănătate publică pot fi şi rezultatul violenţei în familie, ceea ce se asociază cu prezenţa mai frecventă a acestor persoane în serviciile medicale.

Victimele trebuie să beneficieze de informaţii de bază despre violenţa în familie, să cunoască faptul că aceasta este un fenomen prezent în societatea noastră, că are caracter continuu, ciclic şi creşte în timp ca frecvenţă şi severitate, că are efecte devastatoare pe termen lung asupra copiilor care sunt victime sau martori ai violenţei în familie, că violenţa este o infracţiune şi că există instituţii unde victima poate primi ajutor. Înainte ca victima să părăsească unitatea medicală, trebuie evaluată siguranţa pacientei-victimă a violenţei. Deşi puţini medici şi asistente medicale au fost instruiţi în domeniul violenţei în familie, s-a demonstrat că medicii, ca orice alt personal medical specializat, pot avea un impact pozitiv substanţial asupra victimelor.

Obiectivele studiului. Drept obiectiv al studiului a fost repartizarea cazurilor de violenţă domestică în mediul urban şi cel rural al republicii, în funcţie de relaţiile în familie, bunăstarea familială, nivelul de trai, naţionalitatea şi vârsta femeii, precum şi analiza opiniei medicilor de familie în cazurile de violenţă domestică.

Materiale şi metode. A fost efectuat un studiu electiv în baza unui chestionar propriu, elaborat special, care a cuprins date despre familiile interogate despre nivelul de trai, naţionalitate, relaţiile în familie etc. Pentru prima dată a fost efectuat un studiu al medicilor de familie, care a cuprins date despre opiniile lor privind influenţa violenţei domestice asupra sănătăţii femeii, cauzele şi tipurile de violenţă domestică mai des întâlnite, timpul şi cauzele neadresării femeilor pentru acordarea asistenţei medicale. De asemenea, au fost studiate opiniile medicilor de familie privind persoanele responsabile de combaterea violenţei în familie, precum şi măsurile profilactice folosite de medicul de familie pentru prevenirea acestui flagel.

Rezultate şi discuţii. În urma prelucrării datelor statistice, s-a stabilit că în regiunea Nord a republicii rata violenţei în familie este cea mai mare, comparativ cu regiunile Sud şi Centru. Violenţa domestică în Nord reprezintă o cotă de 26,8% din totalul persoanelor intervievate, pe când regiunile Centru şi Sud reprezintă o cotă de 24,6% şi, respectiv, 18,5%. O diferenţă nu prea mare a frecvenţei violenţei domestice putem remarca şi în oraşele mari ale Republicii Moldova: în Chişinău rata violenţei domestice este de 22,9%, la Bălţi – 23,7%. Analizând aceste rezultate, am putea spune că atât în zona urbană, cât şi în cea rurală frecvenţa violenţei domestice creşte de la Sudul la Nordul republicii.

Rezultatele sondajului efectuat demonstrează veridicitatea studiilor efectuate în alte ţări privind răspândirea violenţei domestice în funcţie de relaţiile în familie. Indiferent de mediu, urban sau rural, în familiile cu relaţii armonioase violenţa descreşte simţitor (*tabelul 1*).

Tabelul 1

Relaţiile în familiile cu sau fără violenţă domestică în condiţiile rurale şi cele urbane, %

Relaţii în familie	Rurale			Urbane		
	Există violenţă domestică	Nu există violenţă domestică	Total	Există violenţă domestică	Nu există violenţă domestică	Total
Foarte bune	6,2	93,8	100	9,4	90,6	100
Bune	22,6	77,4	100	28,7	71,3	100
Satisfăcătoare	31,4	68,6	100	26,9	73,1	100
Rele	71,2	28,8	100	29,9	70,1	100
Foarte rele	73,8	26,2	100	73,2	26,8	100
Fără perspectivă	87,3	12,7	100	83,4	16,6	100

Sursa: calculele autorului

Deoarece s-a demonstrat că bărbaţii sunt cei care folosesc cel mai des formele de violenţă şi sunt o ameninţare fizică pentru femei mai degrabă decât viceversa [3], au fost făcute câteva studii direcţionate nemijlocit asupra femeilor, şi anume: gradul de violenţă în funcţie de vârsta, naţionalitatea şi studiile femeii. Conform rezultatelor raportului familiilor cu sau fără violenţă domestică în funcţie de naţionalitatea femeii, am constatat că, în condiţiile rurale, sunt afectate de violenţa domestică femeile de origine rusă, cu o cotă de 42,9%, femeile de origine ucraineană sunt afectate în proporţie de 32%.

În condiţiile urbane, în pofida nivelului mai bun de educaţie şi situaţiei economice mai bune, rezultatele studiului arată contrariul – un număr mai mare de femei afectate de violenţa domestică.

O cauză a acestui rezultat ar putea fi intimidarea respondentelor din mediul rural. Nu sunt atât de sincere, deoarece le este frică („*în sat toată lumea ne cunoaște*"). Femeile de naţionalitate moldovenească (română) sunt afectate de violenţa în familie în proporţie de 24,1% (mediul rural) şi de 33,4% (mediul urban). Acesta este cel mai mic procent, comparativ cu femeile de alte naţionalităţi de la noi din ţară.

În ceea ce privește nivelul de educaţie al femeii, este interesant că femeile fără studii sunt afectate cel mai mult, indiferent de mediul de trai (urban sau rural). Nivelul de afectare este de 57,1% în mediul rural şi de 91,6% în mediul urban. În familiile în care soţia are studii medii de specialitate, violenţa domestică persistă în proporţie de 25,6% în mediul rural și de 23,0% în urbe.

Tabelul 2

Gradul violenţei domestice în familii cu diferit nivel de trai, %

Nivelul de trai	Rural			Urban		
	Există violență domestică	Nu există violență domestică	Total	Există violență domestică	Nu există violență domestică	Total
Bogați	-	100	100	-	100	100
Asigurați	13,9	86,1	100	4,7	95,3	100
Puțin asigurați	23,6	72,4	100	17,6	82,4	100
La marginea săraciei	37,2	62,8	100	24,5	75,5	100
Săraci	38,2	61,8	100	57,7	42,3	100

Sursa: calculele autorului

Rezultatele obţinute, prezentate în *tabelul 2*, demonstrează că, totuşi, una dintre cauzele importante ale violenţei domestice în ţara noastră este nivelul de trai. În familiile cu un nivel de trai decent practic nu există violenţă.

În urma discuţiilor cu medicii de familie din diferite regiuni ale republicii, putem constata că tipul de violenţă domestică cel mai des aplicat este violenţa psihologică, care reprezintă 38,9% din totalul tipurilor de violenţă. Violenţa fizică, în opinia medicilor de familie, reprezintă o cotă de 26,3%, iar cea de tip economic – 24%. Violenţa spirituală şi cea sexuală constituie 4,6% şi, respectiv, 5,1%, alte tipuri de violenţă constituie 1,1%.

Dacă analizăm dependenţa dintre tipul şi dinamica violenţei domestice conform opiniei medicilor de familie, violenţa fizică în familiile din Republica Moldova, pe parcursul anului 2012, a crescut în proporţie de 33,3%, violenţa psihologică a crescut cu 23,5% şi cea economică – cu 30%. Aceste rezultate denotă faptul că în ţara noastră violenţa în familie este destul de persistentă.

Unele studii au arătat că motivele violenţei în familie sunt, în primul rând, nevoile sociale şi economice, urmate de alcool, droguri, gelozie, incompatibilitate. Conform opiniei medicilor de familie, cea mai răspândită cauză a violenţei domestice este starea materială grea în familie, care constituie 38,2%; stilul de viaţă al bărbatului este o cauză destul de impunătoare – cu 22,5%, această cauză include educaţia bărbatului într-un stil violent, autoritatea lui în familie, alcoolismul etc.; gelozia ocupă şi ea o cotă destul de mare – 22,5%. După părerea medicilor de familie, şi provocările soţiei pot fi o cauză a violenţei în familie (13,1%).

Pentru a eficientiza procesul de prevenire şi de reducere a violenţei în familie, este nevoie de o conlucrare strânsă între anumite instituţii responsabile de eradicarea acestui flagel. În rezultatul sondajului efectuat, s-a stabilit că medicii de familie, în cazurile de violenţă domestică, conlucrează cu poliţia în proporţie de 30,1%; 24,3% din medicii intervievaţi implică şi primăria în rezolvarea acestor cazuri. Există cazuri în care medicul de familie este nevoit să apeleze pentru asistenţă la medicii de alte specialităţi (23,2%), în 18,8% cazuri medicii de familie apelează la organele juridice, alte organe responsabile de aceste cazuri constituie 2,6%. Conform opiniei medicilor de familie, cea mai mare responsabilitate pentru prevenirea violenţei în familie o poartă soţul (23,3%), soţiile la fel constituie o cotă destul de impunătoare – 21,4%; poliţia şi autorităţile locale ocupă o cotă de 17,2% şi 17,1% respectiv.

Studiile arată că femeile abuzate suferă într-o proporţie mare de depresie, anxietate, fobii şi un înalt risc de suicid. Situaţia este gravă atunci când violenţa are loc în cursul perioadei de sarcină, deoarece traumele apar atât la mamă, cât şi la făt. În aşa cazuri, efectele sunt devastatoare – mortalitate infantilă şi chiar moartea maternă. Acest impact este confirmat şi de rezultatul opiniei medicilor de familie din Republica Moldova privind influenţa violenţei domestice asupra sănătăţii femeii. Conform medicilor de familie, 97,7% din intervievaţi susţin influenţa negativă a violenţei domestice asupra sănătăţii femeii.

Chiar dacă impactul violenţei domestice asupra sănătăţii femeii este considerabil, totuşi adresarea pentru acordarea asistenţei medicale este des ignorată de către femeile din aceste familii. În urma intrevievării, medicii de familie au elucidat unele cauze ale neadresării la timp pentru acordarea ajutorului medical: frica faţă de soţ constituie 32,4%, starea materială precară a acestor femei – 21,7%. Am constatat cu regret că 20,3% din femeile abuzate sunt indiferente faţă de sănătatea proprie, aici putem face legătură cu gradul de violenţă domestică în funcţie de nivelul de educaţie al femeii. Este important de menţionat faptul că 19,3% din femeile supuse violenţei în familie nu se adresează la timp pentru

acordarea asistenţei medicale. Conform timpului de adresare a femeilor după ajutor medical opinia medicilor de familie a fost structurată în felul următor: de urgenţă se adresează în 23,3% din cazuri, cele mai multe femei se adresează în primele 2-3 zile după actul de violenţă – 45,1%, mai târziu de 3 zile se adresează pentru acordarea asistenţei medicale 23,1% din femeile abuzate.

Implicarea instituţiilor responsabile de prevenirea şi protecţia victimelor violenţei în familie are un rol foarte important în eradicarea acestui flagel (*tabelul 3*). Conform legislaţiei în vigoare, fiecare specialist ce are tangenţe cu cazurile de violenţă în familie este obligat să întreprindă măsuri pentru a preveni sau a acorda ajutor persoanelor afectate de violenţa domestică. În rezultatul intervievării, am determinat că medicii de familie folosesc următoarele măsuri de profilaxie, pentru a preveni violenţa domestică: convorbiri individuale cu victimele acestui flagel în proporţie de 26,8%; 25,9% din medici discută cu familiile în care persistă violenţa; lecţii tematice sunt citite în proporţie de 17,3%, asigurarea familiilor cu informaţie privitor la violenţa în familie şi impactul asupra sănătăţii – 24,5%; 3,2% sunt măsuri întreprinse doar la adresarea femeilor supuse violenţei domestice; un procent foarte mic primesc consultaţia psihologului (2,3%).

Tabelul 3

Responsabilitatea pentru prevenirea violenţei domestice de diferite tipuri, conform opiniei medicilor de familie, %

Tipuri de violenţă domestică	Responsabili					
	Medicii de familie	Poliția	Autoritățile locale	Soțul	Soția	Total
Fizică	7,4	37,1	25,9	29,6	-	100
Psihologică	22,8	11,4	8,6	5,8	51,4	100
Economică	5,0	-	20,0	70,0	-	100
Altele	16,7	8,3	8,2	50,2	16,6	100

Sursa: calculele autorului

Concluzii. Printr-o cercetare selectivă, în baza chestionarului elaborat, au fost studiate unele aspecte sociale şi psihologice ale violenţei domestice în familiile rurale şi cele urbane şi opiniile medicilor de familie din Republica Moldova.

1. Cercetările au stabilit că în 26,2% din familiile urbane există violenţă, iar în condiţiile rurale acest flagel persistă în proporţie de 32,1%.

2. Rata violenţei domestice este mai mare în regiunea Nord a republicii, comparativ cu regiunile Centru (24,6%) şi Sud (18,5%).

3. Gradul de violenţă depinde de nivelul de trai al familiei: cu cât nivelul de trai este mai bun, cu atât mai puţin persistă violenţa domestică.

4. Au fost elucidate cele mai des întâlnite tipuri de violenţă domestică: fizică – 26,3%, psihologică – 38,9%, economică – 24,0%, sexuală şi spirituală – 5,1% şi 4,6%.

5. Cauzele violenţei domestice, conform opiniei medicilor de familie, sunt: starea materială, stilul de viaţă al bărbatului, provocările soţiei şi gelozia.

6. În rezultatul studiului s-a stabilit că responsabilitatea pentru prevenirea violenţei domestice o poartă, în mare parte, soţul şi soţia, cu o cotă de 23,3% şi, respectiv, 21,4%. Poliţia şi autorităţile locale poartă o responsabilitate în proporţie de 17,2% şi 17,1%, medicul de familie – 14,9%.

7. Pentru eficientizarea eradicării acestui flagel, medicul de familie conlucrează cu poliţia, primăria, medici de alte specialităţi şi cu organele juridice.

8. Au fost elucidate şi unele cauze ale neadresării la timp după ajutor a persoanelor abuzate: frica faţă de soţ, starea materială precară, lipsa poliţei de asigurare, indiferenţa faţă de sănătatea proprie.

Bibliografie

1. *Faţă în faţă*. Centrul de asistenţă şi protecţie a victimelor violenţei, Chişinău, 2001.

2. *Strategia naţională în domeniul prevenirii şi combaterii fenomenului violenţei în familie.* În: Monitorul Oficial al României, nr. 678 din 28.06.2005.

3. *Violenţa domestică şi asistenţa medicală*. Traducere din engleză de Vivia Dolores-Săndulescu, Chişinău, 2003.

4. *Legea nr. 45/2007 pentru prevenirea şi combaterea violenţei în familie.* Republica Moldova, 2007.

Prezentat la 27.06.2013

Diana Vizitiu
Tel.: 079620570

EVALUAREA STĂRII DE SĂNĂTATE A ADULŢILOR CU CIROZE HEPATICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Larisa SOLOMON[1], Larisa SPINEI[2],
[1]Centrul Naţional de Management în Sănătate;
[2]Şcoala de Management în Sănătatea Publică,
USMF *N. Testemiţanu*

Summary

The health of adults with cirrhosis of the Republic of Moldova

The research was based on the official statistics of the National Center for Health Management for the years 1998-2011 on morbidity (incidence, prevalence), disability and mortality in adult population with liver cirrhosis of Moldova. Data were analyzed according to: type of residence: rural and urban per person – by sex, age, place of death, of time – years 1998-2011. During the reporting period the incidence rate increased 1.6 times, while the prevalence rate shows an increase of 1.6 times and amounted in 2011 to 370.3 cases

per 100 000 adults compared with the year 1998 to 228.3 cases. Increasing incidence results in increased permanent incapacity to work caused by liver cirrhosis. During 1998-2011 there was an increasing trend, the increase was 1.6 times from 13.6 cases per 100 000 adults in 1998, up from 22.2 cases in 2011. Liver cirrhosis mortality rate increased 1.2 times, but particularly during the research annual oscillation is different. Rate of fatality for liver cirrhosis showed that of 100 patients with the liver cirrhosis in the 2011 year, practically every 4-rd patient dies.

***Keywords**: liver cirrhosis, adults, incidence, prevalence, invalidity, mortality, rate of fatality.*

Introducere. Domeniul sănătăţii este unul dintre cele mai sensibile barometre ale vieţii sociale. Dorinţa de ameliorare a stării de sănătate a populaţiei este un obiectiv propus de aproape toate programele de guvernare, iar atingerea acestui deziderat impune măsuri care trebuie să aibă la bază o cunoaştere foarte bună a evoluţiei stării de sănătate.

Starea de sănătate a populaţiei este măsurată astăzi prin mai multe metode, dar niciuna dintre aceste metode nu poate aprecia într-o manieră exhaustivă nivelul real al stării de sănătate a populaţiei. Starea de sănătate pune probleme atât de definire, cât şi de măsurare [1, 3].

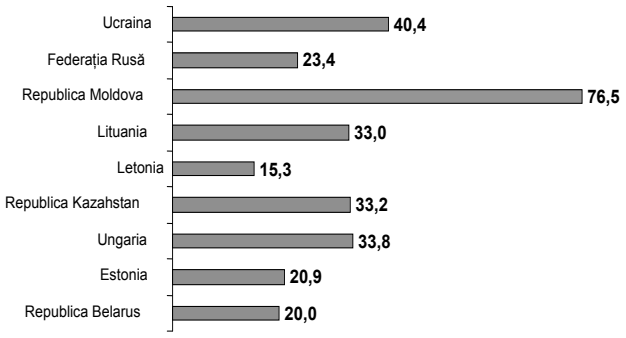
Dintre indicatorii care măsoară absenţa sănătăţii vom menţiona ***morbiditatea*** (incidenţa, prevalenţa, morbiditatea cu incapacitatea temporară de muncă, morbiditatea spitalicească, morbiditatea individuală, morbiditatea succesivă) şi ***mortalitatea*** (generală brută şi standardizată, specifică, proporţională, infantilă) [2, 5].

Necesitatea evaluării sănătăţii populaţiei adulte din Republica Moldova prin prisma cirozei hepatice a fost dictată de sporirea morbidităţii generale, invalidizării timpurii a persoanelor apte de muncă şi mortalităţii prin această maladie în ultimii ani, fiind determinată ca problema sănătăţii publice.

După datele OMS, în anul 2008, numărul absolut al decedaţilor în lume a constituit 56888289 de persoane, dintre care 63,5% revin maladiilor nontransmisibile, 27,5% aparţin maladiilor transmisibile, condiţiilor materne, perinatale şi nutriţionale, iar 9,1% sunt atribuite leziunilor. Din structura maladiilor nontransmisibile, cota majoră de 48% revine maladiilor aparatului cardiovascular, pe locul II s-au plasat neoplasmele maligne cu 21%, pe locul III – bolile aparatului respirator – 11,7%, iar locul IV aparţine bolilor aparatului digestiv – 6,1% cazuri [6, 7, 8].

Tabloul descriptiv al anului 2008, după datele OMS, pentru ţările-membre ale CSI: mortalitatea prin bolile aparatului digestiv prezintă 164401 de decese, dintre care cota majoră de 56,8% aparţine cirozelor hepatice faţă de celelalte patologii, ulcerul peptic – 7,3%, apendicita – 1,4% şi alte boli ale aparatului digestiv – 34,5%.

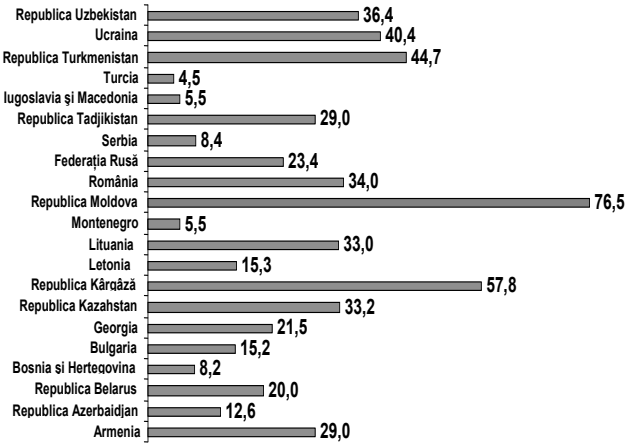
Este îngrijorător şi faptul că Republica Moldova, în clasamentul OMS al ţărilor Eur–C, după rata standardizată a mortalităţii din cauza cirozei hepatice ocupă primul loc (*figura 1*).



***Sursa**: Global Burden of Disease*, WHO, 2011.

Figura 1. *Rata standardizată a mortalităţii din cauza cirozei hepatice în Eur-C, după datele OMS, anul 2008 (la 100 mii locuitori)*

Tot acest loc de frunte aparţine Republicii Moldova şi în clasamentul OMS al ţărilor Regiunii Europene cu venituri mici şi medii, după rata standardizată a mortalităţii din cauza cirozei hepatice (*figura 2*).



***Sursa**: Global Burden of Disease, WHO, 2011.*

Figura 2. *Rata standardizată a mortalităţii din cauza cirozei hepatice în ţările Regiunii Europene cu venituri mici şi medii, după datele OMS, anul 2008 (la 100 mii locuitori)*

Pentru măsurarea poverii globale a bolii, identificarea şi ierarhizarea problemelor de sănătate, evaluarea eficienţei programelor de sănătate, analiza cost-eficienţei intervenţiilor în sănătate, în lume sunt utilizaţi următorii indicatori: *Anii potenţiali de viaţă pierduţi* (**APVP**, eng. **PYLL**), *Anii de viaţă cu rectificare la dizabilitate* (eng. **DALY**) şi *Anii de viaţă cu rectificarea calităţii vieţii* (eng. **QALY**) [1, 3, 5].

APVP sunt o parte a demografiei potenţiale, care are la bază „potenţialul de viaţă" ca fiind „*numărul de ani pe care o persoană, un grup de persoane sau o populaţie îl are de trăit între anumite vârste sau*

până la sfârşitul vieţii". Aceşti ani se pierd în cazul unui deces prematur. **Decesul prematur** este definit ca decesul care apare înaintea vârstei la care persoana s-ar fi aşteptat să supravieţuiască, dacă ar fi făcut parte dintr-un model populaţional cu o speranţă de viaţă egală cu aceea a populaţiei celei mai longevive din lume – populaţia Japoniei. Decesul prematur prezintă interes din punct de vedere al impactului asupra sănătăţii populaţiei. Rolul impactului constă în reflectarea cauzelor de deces care afectează populaţia tânără, economic activă şi care determină cele mai mari pierderi economice. Pierderile economice sunt rezultatul unor pierderi directe (persoana numai produce), dar şi indirecte (dacă persoana este tânără, societatea nu mai recuperează investiţia făcută pentru formarea, educarea ei). APVP este utilizat ca indicator de ierarhizare a cauzelor de deces. Acest indicator a fost inclus în categoria „indicatorilor sociali", utilizabili în planificarea sanitară.

Un DALY reprezintă: un an de viaţă sănătoasă pierdut şi cam 2/3 – mortalitatea şi o 1/3 – incapacitatea PYLD (eng. *Potential Years Lived with Disability*). În anul 1993, Banca Mondială a creat indicatorul QALY, ce cuprinde anii de viaţă salvaţi şi calitatea acestora [5].

Material şi metode. A fost efectuat un studiu integral, în baza statisticii oficiale a Centrului Naţional de Management în Sănătate pentru anii 1998-2011 privind morbiditatea, invaliditatea şi mortalitatea populaţiei adulte din Republica Moldova din cauza cirozei hepatice [4]. Datele primare privind morbiditatea au fost colectate prin extragerea lor din formularele de evidenţă medicală statistică, *Forma 29-săn.* (privind bolnavii cu hepatite cronice şi ciroze hepatice). Au fost studiate 121863 cazuri de îmbolnăvire prin ciroză hepatică la adulţi, cu media anuală de îmbolnăvire de 8704,5 cazuri. Invaliditatea primară a fost analizată în baza *Raportului statistic nr. 27 a consiliului local de expertiză medicală a vitalităţii (CEMV)*, au fost studiate 8659 cazuri de invaliditate din cauza cirozei hepatice, cu media anuală de 618,5 cazuri. În scopul analizei mortalităţii, au fost studiate 44283 certificate de deces ale persoanelor decedate în urma cirozei hepatice, cu media anuală de 3163,1. Datele au fost analizate în funcţie: de loc – Republica Moldova; mediu de reşedinţă: rural sau urban; de persoană – după sex, vârstă, după locul de deces; de timp – anii 1998-2011.

Rezultate şi discuţii. În rezultatul analizei, am constatat stringenţa problemei cercetate în Republica Moldova. În ultimii ani, s-a înregistrat o tendinţă generală de sporire a morbidităţii prin ciroza hepatică. În perioada de referinţă, rata incidenţei a crescut de 1,6 ori: în anul 1998 a constituit 39,0 cazuri la 100 mii adulţi, faţă de 63,7 cazuri în anul 2011. Nivelul prevalenţei demonstrează, de asemenea, o creştere de 1,6 ori, în anul 2011 constituind 370,3 cazuri la 100 mii adulţi, faţă de 228,3 cazuri în 1998 (*figura 3*).

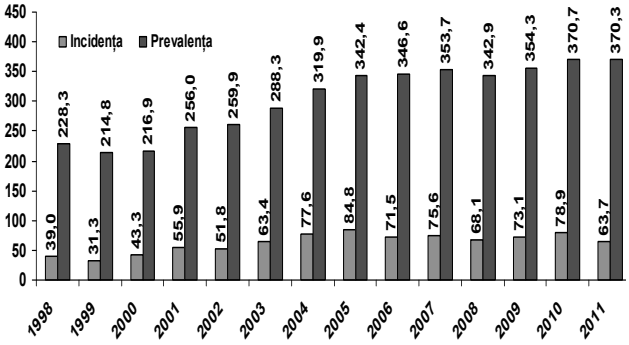


Figura 3. *Evoluţia morbidităţii prin ciroză hepatică în Republica Moldova, anii 1998-2011 (la 100 mii adulţi)*

Pentru a evidenţia unele legităţi în evoluţia incidenţei prin ciroze hepatice, au fost analizate datele după mediul de reşedinţă şi zone economico-geografice. Analiza datelor a fost efectuată pentru perioada 2003-2011, reieşind din organigrama teritorial-administrativă a republicii (trecerea de la judeţe la raioane).

Aşadar, rata incidenţei prin ciroze hepatice în mediul urban a demonstrat o creştere maximă în anul 2005 – 32,6 cazuri la 100 mii adulţi, dar la sfârşitul studiului, în anul 2011, s-a redus cu 11,8 cazuri, comparativ cu nivelul maxim. Prin urmare, nivelul incidenţei în mediul urban este cu mult mai jos decât nivelul general al incidenţei pe republică (*figura 4*).

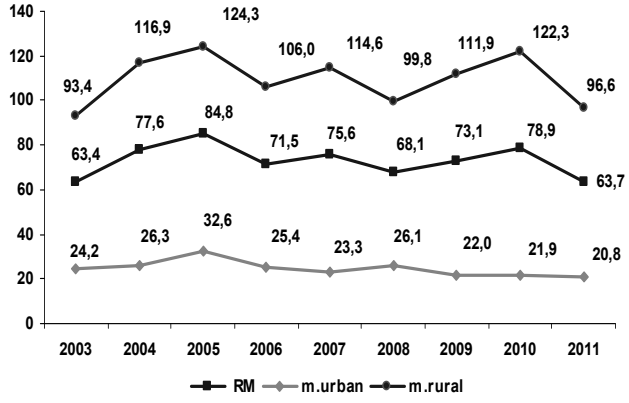


Figura 4. *Evoluţia incidenţei cirozei hepatice în mediul urban şi cel rural, comparativ cu incidenţa generală pe R. Moldova, anii 2003-2011 (la 100 mii adulţi)*

Rata incidenţei prin ciroze hepatice în mediul rural, în perioada respectivă, demonstrează o creştere neuniformă a indicilor – de 1,03 ori, cu înregistrarea nivelului maxim în anul 2005 – 124,3 cazuri la 100 mii adulţi. Analiza incidenţei prin ciroze hepatice în zona rurală denotă aceeaşi legitate de variaţie a ei pe parcursul anilor 2003-2011, doar că rata ei este mai înaltă (*figura 4*).

Sporirea incidenţei are ca urmare mărirea incapacităţii permanente de muncă, cauzate de cirozele hepatice. Pe parcursul cercetării, s-a observat o tendinţă de creştere de 1,6 ori – de la 13,6 cazuri la 100 mii adulţi în anul 1998 până la 22,2 cazuri în anul 2011 (*figura 5*).

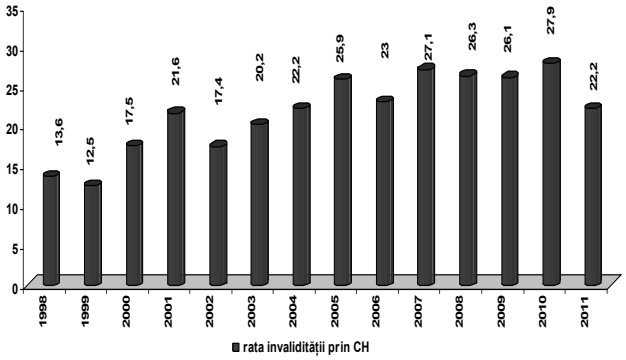


Figura 5. *Evoluţia frecvenţei invalidităţii prin ciroze hepatice în Republica Moldova, 1998-2011 (la 100 mii adulţi)*

În anul 1998, numărul total al persoanelor recunoscute invalizi a constituit 20390 pe republică, dintre care 83,9% persoane în vârstă aptă de muncă. Datele prezentate ne alarmează, reieşind din faptul că persoanele date sunt excluse din sectorul economiei naţionale (nu mai produc) şi societatea nu recuperează investiţiile făcute în formarea şi educarea lor. Repartizarea după mediul de reşedinţă a evidenţiat predominarea mediului urban – 53,4% de cazuri, faţă de mediul rural – 46,6%. Repartiţia invalizilor în funcţie de sex indică o predominare a sexului masculin – 53,6%, faţă de cel feminin – 46,4%. Raportul bărbaţi/femei constituie 1,2:1.

Analizând 1261 de persoane cu grad de invaliditate din grupa bolilor aparatului digestiv, relatăm că în anul 1998 ponderea de 34,8% revine cirozei hepatice. Analiza fenomenului studiat, la începutul cercetării, a scos în evidenţă predominarea persoanelor din mediul rural – 55,6% din numărul total al invalizilor din cauza cirozei hepatice, faţă de 44,4% persoane din mediul urban.

Cercetarea structurii invalizilor din cauza cirozei hepatice în funcţie de gradul reducerii vitalităţii a evidenţiat că ponderea maximă a fost reprezentată de invalizii de grad accentuat (gr. II), care s-a structurat pe medii în modul următor: urban – 67,2%, rural – 72,1% (*figura 6*).

Analiza datelor anului 1998 privind persoanele recunoscute invalizi din cauza cirozei hepatice denotă că, preponderent, în mediul urban este afectată grupa de vârstă 40-49 ani – 34,9%, urmată de grupa 50-59 ani – 33,8%, 15,9% sunt înregistrate în grupa de vârstă 60 de ani şi peste, grupei 30-39 ani îi revin 13,8% şi în minoritate este prezentată grupa până la 29 de ani – 1,5%. Structura contingentului discutat în mediul rural, în funcţie de vârstă, s-a dovedit a fi următoarea: este similar cu tabloul descris pentru mediul urban, cu cota majoră de 43,4% în grupa de vârstă 40-49 ani, urmată de vârsta 50-59 ani în 34,6% cazuri, grupei 30-39 ani îi revin 14,3%, grupei până la 29 de ani – 6,6% şi în minoritate este prezentată grupa de vârstă 60 ani şi peste – 4,4%.

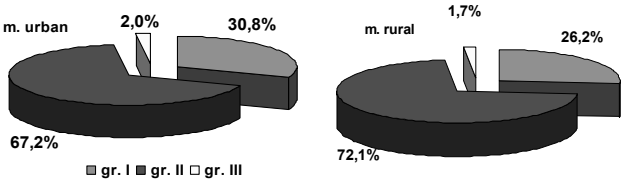


Figura 6. *Repartizarea invalizilor din cauza cirozei hepatice după mediul de reşedinţă şi gradul reducerii vitalităţii, Republica Moldova, a. 1998*

Privind analiza anului 2011, relatăm că numărul total al persoanelor recunoscute ca invalide s-a redus cu 37,8% şi a constituit 12690 de persoane pe republică, dintre care 93,2% sunt persoane în vârstă aptă de muncă (majorarea cu 9,7% în 2011, faţă de anul 1998). Repartizarea după mediul de reşedinţă a evidenţiat predominarea mediului rural în 60,4% de cazuri, faţă de 39,6% în mediul urban, ceea ce, la fel, prezintă schimbări la acest capitol faţă de anul 1998.

Repartiţia invalizilor în funcţie de sex s-a păstrat şi indică predominarea sexului masculin, cu cota de 59,3%, faţă de sexul feminin – 40,7%. Raportul bărbaţi/femei constituie respectiv 1,5:1.

Analizând 855 invalizi din grupa bolilor aparatului digestiv, relatăm că, în anul 2011, ponderea majoră de 73,5% revine cirozei hepatice, ce este în creştere faţă de anul 1998. Rata invalidităţii prin ciroze hepatice în anul 2011 s-a majorat cu 8,6 cazuri la 100 mii locuitori, faţă de anul 1998. La fel ca şi în anul 1998, s-a păstrat predominarea persoanelor recunoscute ca invalide din cauza cirozei hepatice, din mediul rural. Această cotă este de 62,6% din numărul total al invalizilor din cauza cirozei hepatice, faţă de 37,4% din mediul urban. După gradul reducerii vitalităţii, persoanele recunoscute invalide din cauza cirozei hepatice, conform mediului de reşedinţă, s-au structurat în modul următor: ponderea maximă a invalizilor cu grad accentuat (grupa II); în funcţie de mediul de reşedinţă nu se observă o diferenţă semnificativă în structurarea acestora. O excepţie prezentă gradul mediu de reducere a vitalităţii (grupa III), cu o majorare în anul 2011 faţă de 1998.

Analiza persoanelor recunoscute invalide din cauza cirozei hepatice în anul 2011 denotă că, preponderent, în mediul urban şi în cel rural este afectată grupa de vârstă 50-61 ani de sex masculin –

34,9% şi 37,9% respectiv. Pe locul II s-a plasat grupa 40-49 ani, caracteristică mediului urban şi celui rural; locul III revine grupei de vârstă 50-56 ani, sex feminin, indiferent de mediul de reşedinţă. Locul IV – grupa de vârstă 30-39 ani în ambele medii de reşedinţă. Pe locul V în mediul urban s-a plasat grupa de vârsta până la 29 ani, dar în mediul rural – grupa 57 ani şi mai mulţi, sexul feminin. Locul VI în mediul urban aparţine bărbaţilor de vârstă 62 ani şi mai mulţi, dar în mediul rural tot pe această poziţie este vârsta de până la 29 ani; locul VII în mediul urban îl ocupă femeile cu vârsta de 62 ani şi mai mulţi.

Odată cu creşterea morbidităţii, se constată şi majorarea mortalităţii prin ciroze hepatice de 1,2 ori în perioada 1998-2011, însă în particular, oscilaţia anuală pe parcursul cercetării este diferită. Aşadar, răspândirea minimă a fost înregistrată la începutul studiului, în anul 1998 – 82,7 cazuri la 100 mii adulţi, iar răspândirea maximă, în anul 2005 – 130,8 cazuri (*figura 7*).

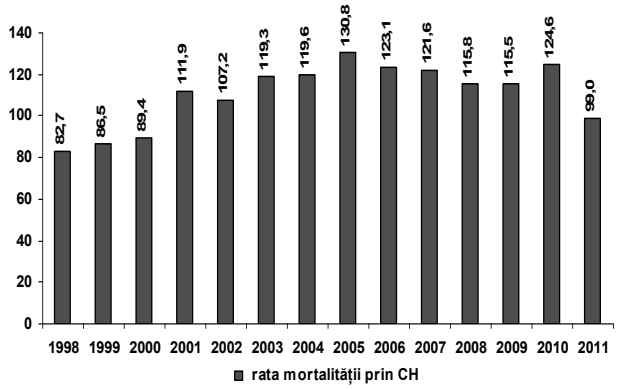


Figura 7. *Evoluţia mortalităţii prin ciroze hepatice în Republica Moldova, anii 1998-2011 (la 100 mii adulţi)*

Analiza fenomenului cercetat în anul 1998 a demonstrat că numărul total al decedaţilor în urma cirozei hepatice a fost de 2677 de persoane. După mediul de reşedinţă, cota majoră revine satelor – 72,2%, iar mediului urban – 28,7%. Analiza după sexe a scos în evidenţă că ponderea sexului feminin constituie 54,2%, iar sexului masculin îi aparţin 45,8% cazuri. Raportul bărbaţi/femei în mediul urban este 1:1,1 (353/392 de persoane), în mediul rural acest raport este de 1:1,2 (873/1059). Din numărul total al decedaţilor supuşi studiului, s-a evidenţiat o afectare preponderentă pentru grupa de vârstă 60-64 ani – 45,1%, urmată de grupa de vârstă 65-69 ani – 16,2%, pe locul III s-a plasat grupa de 55-59 de ani – 12,5%. Ponderea maximă a decedaţilor de sex masculin şi feminin aparţine, la fel, grupei de 60-64 ani, 37,5% şi 51,4%.

Pentru a determina impactul mortalităţii prin ciroze hepatice asupra sănătăţii populaţii, a fost calculat indicatorul Anii potenţiali de viaţă pierduţi (APVP) pentru anii 1998 şi 2011, după formula clasică. Din calculele efectuate, numărul anilor potenţiali pierduţi în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 1998 a constituit **25427,5 ani.**

Reieşind din APVP, poate fi calculat ***numărul mediu de ani pierduţi pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani.*** Decesul prematur este o valoare medie simplă care, cu cât este mai mare, evidenţiază o frecvenţă mai mare a deceselor la vârsta tânără. Deci impactul social al decesului prematur este mai mare.

El se calculează făcând raport între numărul total de ani de viaţă pierduţi şi numărul de decese premature. Astfel, pentru a. 1998 acest indicator a constituit 13,7 ani. Calculul numărului mediu de ani de viaţă pierduţi prin deces prematur pentru un deces prin ciroză hepatică a marcat cifra de 9,5 ani.

Un alt indicator caracteristic mortalităţii este ***rata cazurilor de fatalitate*** („case of fatality"), ce exprimă severitatea bolii. El reprezintă proporţia de decese printr-o anumită cauză de boală care apar în masa bolnavilor cu boala respectivă într-o perioadă de timp (de obicei, 1 an). Este o rată ce se raportează la 100 de bolnavi cu boala respectivă. Calculând rata fatalităţii pentru ciroza hepatică, aflăm că din 100 bolnavi cu ciroze hepatice în anul 1998 au decedat 36,2%, adică fiecare al 2,8-lea bolnav.

Analiza anului 2011 a scos în evidenţă majorarea nivelului general pe republică a fenomenului studiat până la 99,0 cazuri la 100 mii locuitori, faţă de anul 1998. Eşantionul de cercetare reprezintă 2796 decedaţi în 2011. După mediul de reşedinţă, cota majoră aparţine decedaţilor din mediul rural – 71,8%, celor din mediul urban le revin respectiv 28,2% cazuri. Analiza după sex denotă predominarea sexului masculin, cu cota-parte de 51,7%, faţă de sexul feminin – 48,3%. Raportul bărbaţi/femei pe republică este 1,07:1 (1446/1350), în mediul rural – 1:1,003 (1002/1006 de persoane), iar în mediul urban această caracteristică este 1,3:1 (444/344). Reiese că în mediul rural decedează mai frecvent femeile, iar in mediul urban – bărbaţii.

Pentru analiza nivelului mortalităţii în urma cirozei hepatice în zona rurală a republicii, a fost efectuată clasificarea raioanelor pentru anul 2011, în funcţie de rata mortalităţii, în cinci niveluri: *scăzut, submediu, mediu, peste mediu* şi *înalt* (*vezi tabelul*).

Clasificarea raioanelor Republicii Moldova după rata mortalităţii de ciroze hepatice, a. 2011 (la 100 mii adulţi)

Rata mortalităţii	***Nivel***	***Raioane***
46,72 – 64,71	Scăzut	Donduşeni, Sângerei, Soroca
64,81 – 82,80	Submediu	Basarabeasca, Briceni, Cahul, Căuşeni, Comrat, Glodeni, Dubăsari, Floreşti, Râşcani

82,90 – 100,89	Mediu	Anenii-Noi, Cantemir, Criuleni, Cimişlia, Drochia, Edineţ, Făleşti, Leova, Ocnița, Ştefan-Vodă, Nisporeni, Taraclia, Ungheni
100,99 – 118,99	Înalt	Hânceşti, Ialoveni, Ceadâr-Lunga, Rezina, Străşeni, Teleneşti, Vulcăneşti
119,09 – 137,1	Foarte înalt	Călăraşi, Orhei, Şoldăneşti

Distribuţia raioanelor după legitate pentru anul 2011 este prezentată astfel: majoritatea raioanelor fac parte din grupele raioanelor clasate cu nivele submediu (9) şi mediu (13) ale ratei mortalităţii, iar în minoritate sunt prezentate grupe cu nivel scăzut (3), înalt (7) şi foarte înalt (3).

După locul decesului în urma cirozei hepatice, în anul 2010 decedaţii au fost repartizaţi în modul următor: decedaţi în staţionar – 29,9%, la domiciliu – 68,2%, în alt loc – 1,9%. Datele prezentate demonstrează că ponderea deceselor la domiciliu predomină. Aceasta se datorează evoluţiei rapide a procesului patologic şi prezenţei complicaţiilor severe, aşa ca: hemoragia din varicele esofagiene, insuficienţa hepatică progresivă, sindromul hepatorenal, hipersplenism, transformarea malignă etc. Vârsta medie a persoanelor decedate în urma cirozei hepatice în anul 2011 pe republică este de 60,82 ani. În mediul urban a fost de 59,18 ani, respectiv pentru bărbaţi 57,73 ani şi pentru femei – 61,05 ani. Acest indice pentru mediul rural este de 61,46 ani în general, pentru bărbaţi 59,55 ani şi pentru femei – 63,36 ani respectiv.

În anul 2011, cea mai mică vârsta medie a persoanei decedate în urma cirozei hepatice în mediul urban a fost de 44,0 ani şi este caracteristică raionului Ştefan-Vodă, iar mediului rural – pentru raionul Basarabeasca (55, 56 ani respectiv). Totodată, cea mai mare vârsta medie a persoanei decedate în mediul urban a fost de 70,29 ani şi este caracteristic raionului Drochia. În mediul rural acest indice este mai mic (70,11 ani) şi tot aparţine raionului Drochia. Ponderea maximă a decedaţilor de sex masculin şi feminin aparţine grupei de vârstă de 50-59 ani – 455/342 persoane respectiv, anume persoanelor în vârstă aptă de muncă.

La finalizarea studiului, în anul 2011, analogic anului 1998 a fost calculat indicatorul APVP, după formula clasică. Din calculele efectuate, numărul anilor potenţiali pierduţi în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 2011 a constituit 30187,5 ani. Reieşind din APVP, a fost calculat şi ***numărul mediu de ani pierduţi pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani***, pentru anul 2011 cifra calculată fiind de 14,6 ani. Calculul numărului mediu de ani de viaţă pierduţi prin deces prematur pentru un deces prin ciroză hepatică în anul 2011 a constituit 10,8 ani. Calculând rata fatalităţii pentru ciroza hepatică, constatăm că din 100 bolnavi cu ciroze hepatice, în 2011 au decedat 26,7%, adică fiecare al 4-lea (3,8) bolnav.

Concluzii

1. Cirozele hepatice sunt o problemă stringentă pentru Republica Moldova, reieşind din faptul că ele sunt printre principalele cauze ale morbidităţii generale, invalidizării persoanelor apte de muncă şi mortalităţii generale. Ratele incidenţei şi ale prevalenţei demonstrează o creştere de 1,6 ori.

2. Sporirea incidenţei are ca urmare mărirea incapacităţii permanente de muncă, cauzate de ciroze hepatice. Pe parcursul anilor 1998-2011, s-a observat o tendinţă de creştere de 1,6 ori – de la 13,6 cazuri la 100 mii adulţi în anul 1998 până la 22,2 cazuri în 2011. Repartizarea după mediul de reşedinţă a evidenţiat predominarea mediului urban; în funcţie de sex se vede o predominare a sexului masculin. În funcţie de gradul reducerii vitalităţii, s-a evidenţiat ponderea maximă de invalizi de grad accentuat (gr. II) şi în vârstă aptă de muncă.

3. Rata mortalităţii, de asemenea, prezintă o creştere de 1,2 ori – de la 82,7 în anul 1998 la 99,0 cazuri la 100 mii adulţi în anul 2011. După mediul de reşedinţă, cota majoră aparţine decedaţilor în mediul rural. După sex, în anul 1998 decedează mai frecvent femeile, versus sexul masculin în anul 2011. După locul decesului, decedaţii la domiciliu prezintă cota majoră. Vârsta medie a persoanei decedate în anul 2011 este de 60,82 ani. Ponderea maximă a decedaţilor aparţine persoanelor în vârstă aptă de muncă. Numărul anilor potenţiali pierduţi în urma decesului prematur din cauza cirozei hepatice pentru anul 2011 a constituit **30187,5 ani** şi prezintă o tendinţă de creştere cu **4060 ani** faţă de 1998. ***Numărul mediu de ani pierduţi pentru un deces înaintea vârstei de 70 ani*** este în creştere şi constituie 0,9 ani, de la 13,7 ani în anul 1998 până la 14,6 ani în 2011. Şi ***numărul mediu de ani de viaţă pierduţi prin deces prematur pentru un deces prin ciroza hepatică*** a crescut cu 1,3 ani (de la 9,5 în anul 1998 până la 10,8 ani în 2011). Calculând **rata fatalităţii**, constatăm că din 100 bolnavi cu ciroză hepatică, în anul 2011 practic fiecare al 4-lea bolnav decedează, iar în anul 1998 deceda fiecare al 3-lea bolnav.

Bibliografie

1. Zanoschi Georgeta. *Sănătate Publică şi Management Sanitar*. Iaşi: EDIT DAN, 2003, p. 12-18, 26-31.
2. Marcu Aurelia, Marcu G. M., Vitcu Anca-Gabriela. *Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică*. Bucureşti, 2002, p. 34-35, p. 124-142, p. 178-179.
3. *Promovarea sănătăţii şi educaţie pentru sănătate*. Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management. Bucureşti: Editura PUBLIC H PRESS, 2006, p. 7-17.

4. *Sănătatea Publică în Moldova*. Anuar statistic, aa. 2000-2009. Centrul Naţional de Management în Sănătate. Chişinău.
5. Vladescu Cristian. *Sănătatea Publică şi Management Sanitar*. Bucureşti: Cartea Universitară, 2004, p. 78.
6. *Мировая статистика здравоохранения, 2009 год*. ВОЗ, 2009, с. 150-151.
7. Web Site-ul Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, *www.who.int*
8. Bazele de date on-line OMS disponibile pe: *http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_regional/en/index.html*

Prezentat la 06.12.2012

Larisa Solomon,
colaborator ştiinţific CNMS
tel.: 069630779; 022227826
e-mail: solomonlarisa@gmail.ru

MORTALITATEA PRIN MALADIILE PRIORITARE NETRANSMISIBILE ÎN POPULAŢIA REPUBLICII MOLDOVA

M. PALANCIUC, Z. COBÂLEANU, M. PLOPA, O. RABOVILA, C. MEREUŢĂ, S. TODERAŞ,
IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

The population mortality trough the main nontransmissible diseases in the Republic of Moldova

It is analyzed the population mortality trough the main causes of death. Mortality rate , during the first 5 years of reference, indicates a fluctuating trend (1175,2%ooo – 2008; 1181,8%ooo – 2009), followed by an increase up to 1224.9%ooo – 2010 and then a decrease down to 1102%ooo in 2011 and again an increase up to 111.4%ooo in 2012).

The municipal mortality rate is much lower than the republican average, while in districts – is higher.The analysis shows that during the estimated period the mortality rate of cardiovascular diseases is maintained on the first place. On the second place are malignant tumors followed by digestive diseases and on the fourth place are traumas and poisonings.

Keywords*: mortality, cause of death, disease.*

Резюме

Смертность от приоритетных не передающиеся заболеваний в Республике Молдова

В статье анализируется смертность по основным причинам. Уровень смертности за последние 5 лет колебался: 1175,2%ooo – в 2008; 1181,8%ooo – в 2009, 1224,9%ooo – в 2010, 1102%ooo – в 2011 и 111,4%ooo – в 2012 году. Смертность на уровне муниципия ниже среднего по республике, а в районах – выше.

Анализ показал, что в исследуемый период частота смертности от сердечно-сосудистой патологии на первом месте. На втором месте находятся злокачественные новообразования, затем заболевания органов пищеварения и на четвертом месте – травмы и отравления.

Ключевые слова*: смертность, причины смерти, болезни.*

Introducere. Mortalitatea este componenta negativă a mişcării naturale a populaţiei. Studiul acestui fenomen este actual şi capătă amploare mai cu seamă la începutul secolului XXI, deoarece el ne arată starea de sănătate a populaţiei [1, 2, 3]. Actualitatea acestei cercetări constă şi în faptul că fenomenele demografice, în aspectul mişcării naturale, sunt în funcţie directă de nivelul indicatorului înaintat în studiu, demonstrând importanţa prin faptul că:

- mortalitatea reprezintă un fenomen demografic cu implicaţii în creşterea numerică a populaţiei şi în structura pe vârste a populaţiei, în realizarea unui echilibru în structura populaţiei pe grupe de vârstă şi este utilizat în măsurarea stării de sănătate a populaţiei;
- permite identificarea de obiective în cadrul problemelor de sănătate;
- serveşte la procesul de planificare sanitară a resurselor;
- permite evaluarea eficacităţii activităţii sistemului de servicii sanitare.

Mortalitatea este un fenomen puternic dependent de dezvoltarea socioeconomică şi de caracteristicile unei societăţi. Dezvoltarea social-economică determină scăderea mortalităţii, îmbunătăţirea indicatorilor sănătăţii, creşterea longevităţii şi a calităţii vieţii [5, 7, 9].

Cercetări privind aspectele demografice ale evoluţiei mortalităţii au fost efectuate atât de autori autohtoni: Matei C., Paladi Gh., Sainsus V., Gagauz O. (2009.), Matei C. (2010), Grejdianu T. (1999), Negară A., Grejdianu T., Blaja-Lisnic N. ş.a. (2009), Palanciuc M. (2010), Палади Г., Шахотько Л., Гагауз О. (2011), Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna S. (2010), cât şi de autori de peste hotare: Вишневский А. Г., Васин С. А (2011), М. Б. Денисенко, Г. Ш. Бахметов (2011), Meslé F., Vallin J. (2003), Penina O., Meslé F., Vallin J. (2010), Vallin J., Meslé F. (2010) şi alţii [4, 6, 8, 10-13].

Au fost studiate aspectele epidemiologice şi medico-sociale ale stării de sănătate a populaţiei, inclusiv prin prisma diferiţilor indicatori statistici raportaţi la nivelul mortalităţii cauzate de aceştia. Domeniul şi diapazonul cercetărilor savanţilor menţionaţi ne determină să considerăm oportună studierea tendinţelor actuale ale mortalităţii în coraport

cu principalele cauze de deces, necesare factorilor de decizii în ocrotirea sănătăţii.

Scopul este analiza evoluţiei mortalităţii populaţiei Republicii Moldova după principalele cauze de deces şi înaintarea unor recomandări pentru ameliorarea situaţiei create.

Materiale şi metode. În studiu au fost utilizate baza de date a Centrului Naţional de Management în Sănătate şi cea a Centrului Naţional de Statistică pentru perioada 2008–2012. Au fost aplicate următoarele metode de cercetare: analiza descriptivă, calcularea ratelor, proporţiilor, analiza comparativă după diferite criterii de apreciere (municipal, raional şi republican) etc.

Rezultate şi discuţii. Indicatorul mortalităţii generale în Republica Moldova, pe parcursul primilor 5 ani de referinţă, a avut o tendinţă oscilatorie (1175,2%ooo în 2008; 1181,8%ooo în 2009), urmată de o creştere de până la 1224,9%ooo în 2010, apoi de o descreştere de până la 1102%ooo în anul 2011 şi iarăşi o creştere – 111,4%ooo în anul 2012) (*figura 1*). Astfel, este un factor îmbucurător că rata mortalităţii, la nivel pe ţară, precum şi la nivel de raioane şi municipii, a manifestat o descreştere în anii 2011–2012.

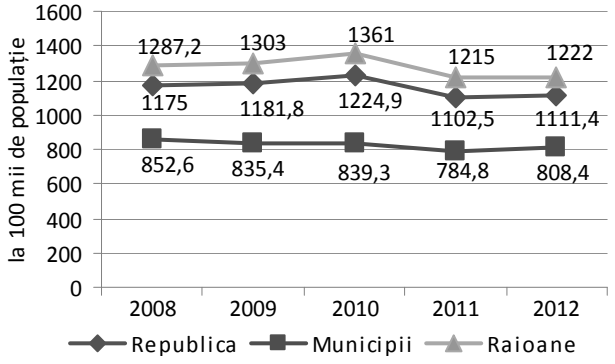


Figura 1. *Rata mortalităţii generale în populaţia Republicii Moldova, 2008-2012*

Aceleaşi tendinţe se constată şi la nivel raional, unde s-au înregistrat valorile: 1287,2%ooo în 2008, 1303,0%ooo în 2009 şi 1361,0%ooo în anul 2010. În anul 2011, ca şi pe ţară, rata mortalităţii înregistrează o scădere de până la 1215,1 la 100 mii locuitori, iar în 2012 atestăm o mică creştere de până la 1222,0%ooo. La nivel municipal, rata mortalităţii generale este mult sub media republicană, oscilând în anii 2008 (852,6%ooo), 2009 (835,4%ooo) şi 2010 (839,3%ooo), fiind urmată de o descreştere de până la 784,8 la 100 mii locuitori în anul 2011 şi o creştere de până la 808,4%ooo în 2012. Cu toate că tendinţa este aceeaşi, la nivel de municipii rata este mult mai joasă faţă de media pe ţară, pe când la nivel de raioane depăşeşte nivelul mediu al acestui indicator.

Analiza mortalităţii după principalele cauze de deces a scos în evidenţă că rata mortalităţii prin ***bolile aparatului circulator***, pe parcursul perioadei estimate, se menţine pe primul loc. Pe locul doi se situează tumorile maligne, urmate de bolile aparatului digestiv, şi pe locul IV – traumele şi otrăvirile (*figura 2*).

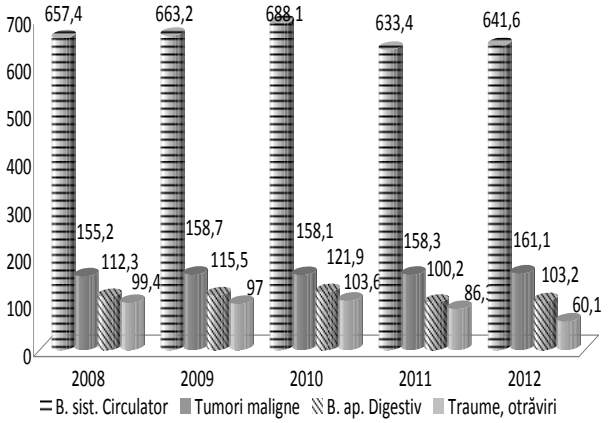


Figura 2. *Evoluţia mortalităţii generale conform principalelor cauze de deces în populaţia Republicii Moldova*

Bolile aparatului circulator au înregistrat o creştere în dinamică a indicatorului: 657,4%ooo (2008); 663,2%ooo (2009), 688,1%ooo (2010), urmată de o descreşte de până la 633,4%ooo în anul 2011, apoi iarăşi o creştere în 2012 până la 641,6 la 100 mii locuitori.

Mortalitatea generală după cauzele de deces diferă în funcţie de teritoriu. Datele demonstrează că la nivel de raioane ponderea (732,4%ooo; 744,3%ooo; 744,0%ooo; 707,9%ooo şi 718,3 la 100 mii locuitori) corespunzător anilor 2008–2012, rata mortalităţii prin maladiile sistemului circulator este mai înaltă faţă de media pe republică (657,4%ooo; 663,2%ooo; 688,1%ooo; 633,4%ooo, 641,6%ooo) corespunzător anilor 2008–2012. La nivel de municipii, se înregistrează aceeaşi dinamică oscilatorie (442,8%ooo – 2008; 432,2%ooo – 2009, 445,7%ooo – 2010, 424,0%ooo – 2011, 431,3%ooo – 2012) (*figura 3*).

Din mortalitatea generală se evidenţiază decesele cauzate de infarctul miocardic. Conform datelor statistice, rata mortalităţii prin infarct miocardic, la nivel de republică (42,4%ooo; 42,2%ooo; 43,7%ooo; 43,1 şi 46,3 la 100 mii locuitori) pe anii de referinţă 2008-2012 practic s-a stabilizat.

La nivel de municipii, mortalitatea prin infarct miocardic înregistrează o rată de creştere în dinamică şi mult mai înaltă faţă de media pe ţară (63,3%ooo; 67,6%ooo, 70,3%ooo) corespunzător anilor 2008 – 2012, urmată de o descreştere de până la 63,5 la 100 mii locuitori în anul 2011 şi 46,3%ooo în 2012.

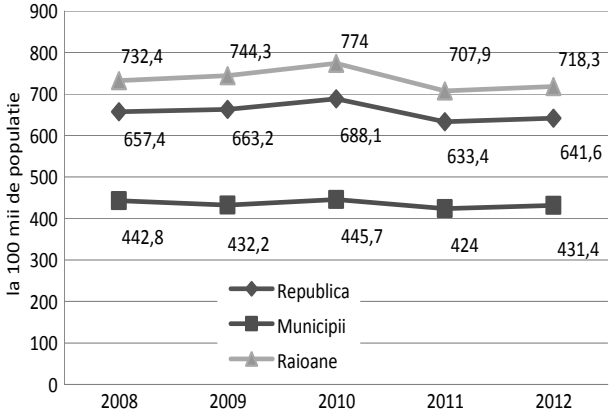


Figura 3. *Evoluţia mortalităţii prin maladiile sistemului circulator în populaţia Republicii Moldova*

Tumorile maligne reprezintă a doua cauză majoră de decese, situate la o distanţă semnificativă (mai mică de patru ori) de cele ale sistemului circulator. Ele manifestă o creştere în anul 2009 (160,5%ooo), faţă de anul precedent (157,4%ooo). Pe parcursul următorilor ani de referinţă, se înregistrează o stabilizare a indicatorului (160,0%ooo în 2010 şi 160,1%ooo în anul 2011, o creştere neesenţială în 2012 – 161,1 la 100 mii locuitori) (*figura 4*). Analiza după mediile de reşedinţă denotă că la nivel de municipii rata mortalităţii prin tumorile maligne a oscilat: 162,4%ooo în 2008; 158,7%ooo în 2009; 160,9%ooo – 2010, urmată de o creştere de până la 164,5%ooo în 2011 şi 156,4%ooo în 2012. La nivel de raioane, indicatorul a deviat între 155,5%ooo (2008); 160,7%ooo (2009) şi 159,4%ooo (2010), urmat de o creştere de până la 164,5 la 100 mii locuitori în anul 2011 şi 162,8%ooo în 2012. Astfel, dacă în anul 2008 cel mai înalt nivel s-a înregistrat în municipii (160,4%ooo), atunci în anul 2012 – în raioane (162,8%ooo).

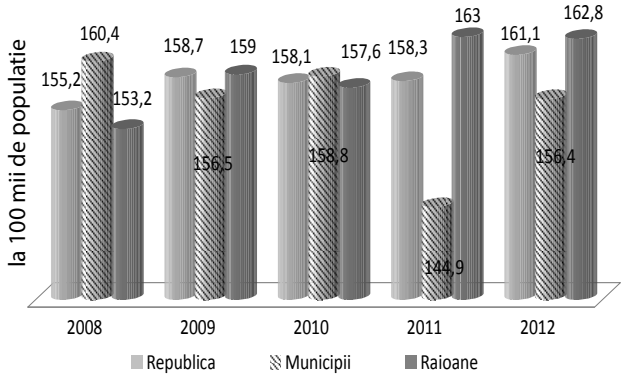


Figura 4. *Evoluţia mortalităţii prin tumori maligne în populaţia Republicii Moldova*

Pe locul trei se află ***bolile aparatului digestiv***, cu o creştere în dinamică: 112,3%ooo (2008), 115,5%ooo (2009) şi 121,9%ooo (2010). În anul 2011 se înregistrează o scădere de până la 100,2 la 100 mii locuitori, iar în 2012 – o creştere de până la 118,4%ooo (*figura 5*).

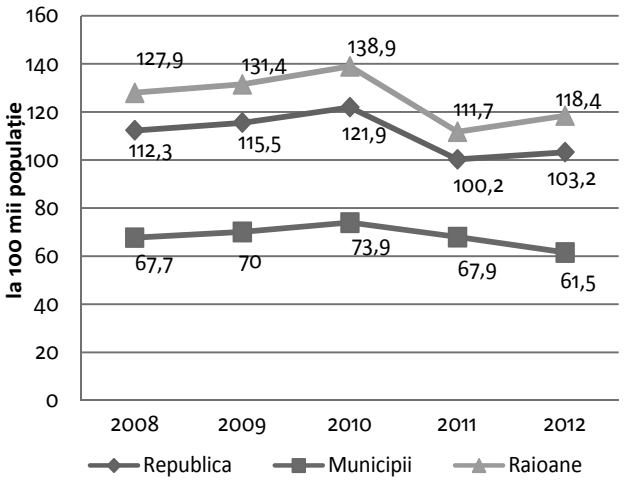


Figura 5. *Evoluţia mortalităţii prin maladiile aparatului digestiv în populaţia Republicii Moldova*

Aceeaşi tendinţă se observă atât la nivel municipal, cât şi la cel raional. Se atestă o diferenţiere pronunţată la nivel de raioane, unde rata mortalităţii prin maladiile aparatului digestiv este mai înaltă faţă de media republicană. În municipii sunt înregistrate valori semnificativ mai joase. Conform datelor statistice analizate, în anii 2008-2010 s-a atestat o tendinţă de sporire a mortalităţii prin hepatite cronice şi ciroze hepatice: 91,2%ooo; 91,6%ooo; 99,2 la 100 mii locuitori . Dacă în anii 2008-2010 s-a înregistrat o majorare lentă a ratei, atunci în 2011 – o scădere atât la nivel de ţară, cat şi la nivel de municipii şi raioane. În anul 2012, la nivel de ţară – 81,6%ooo, de municipii – 41,9 şi la nivel de raioane – 96,1%ooo. Acest tablou se datorează ratei înalte de hepatite cronice şi ciroze hepatice, care repetă aceeaşi legitate.

O pondere mare o are mortalitatea cauzată de ***leziunile traumatice*** şi de ***otrăviri*** (*figura 6*).

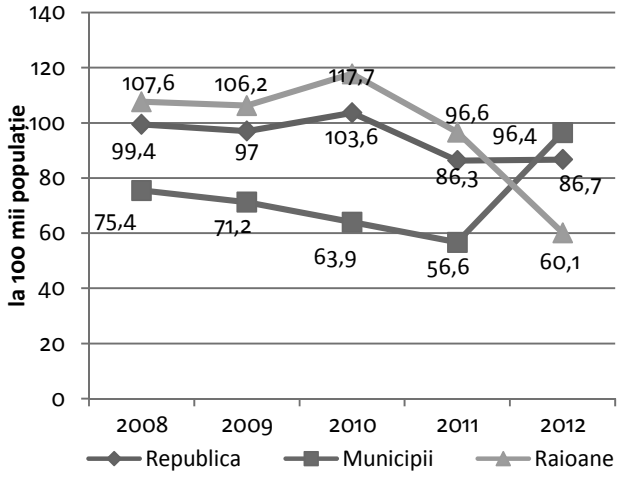


Figura 6. *Evoluţia mortalităţii prin traume şi otrăviri în populaţia Republicii Moldova*

Dacă în anul 2009 pe țară se înregistra o descreștere neînsemnată – de la 99,4%ooo în 2008 la 97,0%ooo în anul 2009, atunci în anul 2010 observăm o creștere de până la 103,6%ooo, urmată de o descreștere de până la 86,3 la 100 mii locuitori în anul 2011 și 86,7% în 2012. Aceeași tendință este atestată și ca medie pe raioane, dar cu un nivel mai înalt față de media republicană (107,6%ooo; 106,2%ooo; urmată de o descreștere în dinamică de la 117,7%ooo în 2010 la 96,6%ooo în 2011 și la 60,1%ooo în 2012). Spre deosebire de aceste două medii de reședință, în municipii se înregistrează o descreștere continuă de la 75,4%ooo (2008) la 71,2%ooo (2009), 63,9ooo (2010) și apoi la 56,6%ooo (2011) și o majorare bruscă de până la 96,4 la 100 mii locuitori (2012).

Analiza mortalității prin ***accidente rutiere*** la nivel de țară atestă o descreștere în dinamică a ratei: 16,5%ooo (2008), 13,5%ooo (2009), 13,2%ooo (2010), urmată de o creștere de până la 13,7%ooo în 2011 și 14,0 la 100 mii locuitori în anul 2012. La nivel de municipii, în anii de referință se înregistrează o scădere de la 14,4%ooo (2008) la 11,3%ooo (2009), 10,8%ooo (2010) până la 7,6%ooo în anul 2011, sau aproximativ de 1,9 ori mai puțin față de anul 2008. În anul 2012, rata a constituit 8,1 la 100 mii locuitori. La nivel de raioane, s-a înregistrat o descreștere, cu ratele respective: 16,5%ooo (2008), 14,3%ooo (2009); 14,0%ooo (2010), urmată de o majorare dinamică: 15,7%ooo (2011) și 16,1 la 100 mii locuitori în 2012.

Concluzii

1. Evoluția indicatorilor mortalității generale, precum și a celei specifice a înregistrat o creștere lentă, urmată de o descreștere în anul 2011 de aproximativ 1,1 față de anul 2008.

2. Analiza mortalității după principalele cauze de deces a scos în evidență faptul că rata mortalității prin bolile sistemului circulator ocupă primul loc în mortalitatea generală.

3. Maladiile sistemului circulator sunt urmate de tumori, afecțiuni ale aparatului digestiv, traume și otrăviri.

4. Majoritatea indicatorilor sunt mai semnificativi în mediul rural, posibil din cauza migrației tinerilor și îmbătrânirii populației rurale.

Propuneri

1. Propunem ca factorii de decizie să acorde atenție maladiilor sistemului circulator prin luarea deciziilor și măsurilor respective.

2. Să țină cont de îmbătrânirea generală a populației Republicii Moldova, în special de faptul că la sate, din cauza migrației masive a tinerilor, au rămas în majoritate bătrâni, și să dezvolte servicii geriatrice.

Bibliografie

1. Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna S. *Analiza stării de sănătate a populației Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici pentru perioada 2005-2009*. Chișinău, 2010, 101 p.
2. Grejdianu T. *Epidemiologia tumorilor maligne la populația din diferite zone economico-geografice ale Republicii Moldova*. Chișinău, 1998, 27 p.
3. Hotărâre cu privire la aprobarea *Programului național strategic în domeniul securității demografice a Republicii Moldova (2011-2025)* nr. 768 din 12.10.2011. În: Monitorul oficial al RM, nr. 182 186/851 din 28.10.2011.
4. Lozan O. *Studiul privind mortalitatea populației urbane în raport de specificul muncii prestate*. În: Curier medical, 1999, nr. 1-3, p. 21–23.
5. Matei C. *Managementul demografic şi problemele securității demografice*. În: Materialele Conferinței ştiinţifice internaţionale „Evoluția demografică şi politica securității demografice", Chişinău: ASEM, UNFPA, 2010, p. 24–33.
6. Meslé F., Vallin J. (avec des contributions de Vladimir Shkolnikov, Serhii Pyrozhkov et Serguei Adamets). *Mortalité et causes de décès en Ukraine au XX esiècle*. Paris: INED, Cahier nr. 152, 2003, 96 + CD-Rom, 3 p.
7. Omran Abdel R. *The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change*. In: Milbank Memorial Fund Quarterly, 1971, vol. 49, nr. 4, p. 509–538.
8. Palanciuc M. *Influența mortalității populației asupra situației demografice în Republica Moldova*. În: Materialele Conferinței ştiinţifice internaţionale „Evoluția demografică şi politica securității demografice". Chişinău: ASEM, UNFPA, 2010, p. 95–100.
9. Penina O. *Tendințele mortalității după cauze de deces în Republica Moldova, anii 1965–2010*. Autoreferatul tezei de doctor în medicină. Chișinău, 2012.
10. Penina O., Meslé F., Vallin J. *The Recent Senility Peak in Former Soviet Countries*. Paper presented at the Seminar European Divergence and Convergence in Causes of Death. First results of the EDICCOD Project, MPIDR, Rostock, 18–19 March 2010.
11. Пенина О., Меле Ф., Валлен Ж. *Причины смерти и продолжительность жизни в Молдове*. Demoscope weekly, 2011, nr. 455–456.
12. *Sănătatea Publică în Moldova, anul 2008*, Chișinău, 2009–2012.
13. Tintiuc D., Leşanu A., Gherman V., Grejdianu T. şi alții. *Mortalitatea prin boli netransmisibile ale populației Republicii Moldova*. În: Materialele Congresului II al specialiştilor în domeniul sănătății publice şi managementului sanitar, 2000, p. 46–49.

Prezentat la 03.06.2013

Mihail Palanciuc, dr. conf. univ.,
Laboratorul *Management în servicii de sănătate*,
Spitalul Clinic Republican
Mob.: 069153216
e-mail: mihailpalanciuc@yahoo.com

MORTALITATEA POPULAȚIEI CAUZATĂ DE TRAUMATISMUL RUTIER ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Mihail PALANCIUC, Veaceslav CEMÎRTAN, Oleg BORDIAN,
IMSP Spitalul Clinic Republican

Summary

Population mortality caused by road traffic accidents in Moldova

The mortality caused by road traffic injuries is a public health problem that is spread worldwide, which has a negative social and economic impact on affected persons, their families and the country as a whole. In March 2010 the United Nations General Assembly proclaimed 2011-2020 the United Nations Decade of Action for Road Safety.

It was found that mortality caused by road traffic injuries correlates with the level of income per capita; the lower the income is, the higher rates of mortality are observed. In Moldova, during 30 years, population's mortality dynamics caused by road traffic injuries have decreased from 25,28 cases per 100.000 inhabitants in 1981 to 11,4 in 2010. At the municipal level the same trend can be observed, but the mortality remains to be higher than in other countries studied.

Keywords*: mortality, road traffic injuries, vehicle, income per capita.*

Резюме

Смертность от дорожно-транспортного травматизма в Республике Молдова

Смертность от дорожно-транспортного травматизма является серьёзной проблемой общественного здоровья во всём мире, которая оказывает отрицательное влияние социального и экономического характера на пострадавших, их семьи и государство в целом. В марте 2010 года Генеральная Ассамблея Организации Объединённых Наций провозгласила 2011-2020 годы десятилетием действий по безопастности дорожного движения.

Было установлено, что смертность от дорожно-траспортного травматизма коррелирует с уровнем дохода на душу населения: чем доход ниже, тем смертность выше. Динамика смертности от дорожно-транспортных проишествий в нашей стране указывает на тенденцию к снижению за последние 30 лет от 25,28 случаев на 100 тысяч жителей в 1981 году до 11,4 в 2010 году. На муниципальном уровне остаётся та же тенденция, но уровень смертности по-прежнему выше, чем в других странах.

Ключевые слова*: смертность, дорожно-транспортный травматизм, транспортное средство, доход на душу населения.*

Introducere. Traumatismul rutier este o problemă de sănătate publică cu o răspândire mondială. Anual, în urma traumelor cauzate de trafic, la nivel global decedează mai mult de 1,3 milioane populaţie şi 20-50 milioane sunt cu traumatisme fără deces, accidentele rutiere fiind cauza principală a mortalităţii tinerilor în vârstă de 15-29 de ani. Traumatismul rutier se plasează pe locul nouă după principalele cauze de deces şi, după prognoze, va ocupa locul cinci către anul 2030 [1].

Această problemă de sănătate publică are un impact larg din cauza sechelelor sociale şi economice care pot influenţa dezvoltarea şi stabilitatea ţărilor. Impactul negativ social şi economic pentru persoanele afectate, pentru familiile lor şi pentru ţară în întregime este foarte mare.

Despre seriozitatea acestei probleme ne vorbeşte şi faptul că la 19-20 noiembrie 2009, la Moscova, Guvernul Federaţiei Ruse a organizat la nivel mondial prima Conferinţă Ministerială privind Siguranţa Rutieră, unde a fost adoptată Declaraţia de la Moscova, care a propus Adunării Generale a Organizaţiei Naţiunilor Unite să declare anii 2011-2020 *Deceniul de acţiune pentru siguranţa rutieră*.

În martie 2010, Adunarea Generală a Organizaţiei Naţiunilor Unite a proclamat perioada 2011-2020 Deceniul de acţiune a ONU pentru siguranţa rutieră, în scopul de a stabiliza şi a reduce nivelul prognozat al mortalităţii din cauza accidentelor rutiere.

Conform acestui document, Guvernul Republicii Moldova elaborează Strategia Naţională pentru Siguranţă Rutieră 2011–2020, care este un document de politici coerente şi unitare în sfera siguranţei rutiere, pe termen lung, care a apărut ca urmare a rezultatelor nesatisfăcătoare ale politicilor existente în domeniu. Aceasta este pusă în aplicare de către instituţiile cu atribuţii în domeniu, organele de specialitate ale administraţiei publice centrale, împreună cu reprezentanţii autorităţilor administraţiei publice locale recunoscute prin lege.

Rigorile înaintate de situaţia creată în lume şi, în particular, în ţara noastră ne-au determinat să ne propunem ca scop studierea mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în lume şi la noi în ţară. Pentru realizarea scopului, au fost trasate următoarele obiective:

- Studierea literaturii naţionale şi celei internaţionale despre nivelul şi dinamica mortalităţii cauzate de traumatismul rutier;
- Elucidarea principalelor cauze care sporesc mortalitatea populaţiei prin traumatism rutier;
- Studierea mortalităţii provocate de traumatismul rutier în mun. Chişinău.

Materiale și metode. Drept materiale de studiu au servit documentele directive ale OMS, rapoartele ONU și ale Republicii Moldova. A fost folosită baza de date a OMS, precum și anuarele Centrului Naţional de Management în Medicină și baza de date a Centrului Naţional de Statistică pe ultimii 10 ani.

Baza de date a OMS *Sănătate pentru toţi* cuprinde o gamă largă de date statistice privind sănătatea publică și este bazată pe programul DPS (sistemul de prezentare a datelor), poate fi folosită în diverse domenii de cercetare, inclusiv pentru crearea bazei de date naţionale. Mortalitatea este exprimată prin coeficientul mortalităţii standardizat după vârstă, care permite analiza în comparaţie cu diferite ţări incluse în bază.

Pentru analiza mortalităţii cauzate de traumatismul rutier am selectat următoarele:

- Date înregistrate despre traume cu deces, cauzate de accidente rutiere;
- Date înregistrate despre traume fără deces, cauzate de accidente rutiere;
- Cazuri de deces după categoriile participanţilor la trafic;
- Numărul de unităţi de transport înregistrate;
- Nivelul venitului pe locuitor și altele.

După nivelul venitului pe locuitor, ţările se repartizează în felul următor:

- ţară cu nivel jos al venitului – până la 935 dolari SUA;
- ţară cu nivel mediu al venitului – de la 936 până la 11455 dolari SUA;
- ţară cu venit înalt – 11456 dolari SUA și mai mult.

Rezultate și discuţii. Au fost studiate materialele raportului OMS despre starea siguranţei traficului rutier în lume, care în premieră include evaluarea situaţiei securităţii la trafic în 187 de ţări, bazate pe date standardizate ale anchetării din anul 2008 [2].

S-a constatat că în ţările cu un venit mic sau mediu, nivelul mortalităţii la trafic este de 21,5 și 19,5 la 100 mii populaţie corespunzător și este mai înalt decât în statele cu venituri mari, unde se înregistrează 10,3 cazuri la 100 mii populaţie. Peste 90% din cazurile de deces la trafic în lume au loc în ţările cu un venit mic sau mediu, cărora le revin doar 48% din parcul mondial de maşini. În ultimii 40-50 de ani, nivelul mortalităţii în multe state cu venit înalt s-a diminuat, dar și în aceste ţări traumatismul rutier rămâne o cauză importantă a mortalităţii, traumatizării și invalidităţii. Mai mult de jumătate din cei decedaţi în accidente rutiere sunt pietoni, bicicliști și motocicliști, formând așa-numitul grup al „participanţilor dificili ai traficului".

Conform prognozelor OMS, către anul 2030 traumatismul rutier va ocupa locul cinci în lista cauzelor de bază ale mortalităţii, faţă de locul nouă în anul 2004. Traumatismul rutier mai este considerat ca una dintre cele trei cauze de bază ale mortalităţii populaţiei în vârste de la 5 la 44 de ani [2].

În studiul efectuat de OMS, participanţii la trafic au fost devizaţi în câteva categorii: conducătorii autovehicolelor, pasagerii autovehicolelor, motocicliști, pietoni, ciclişti etc. Din analiza mortalităţii pe perioada examinată, vedem că în Republica Moldova majoritatea (34%) persoanelor decedate sunt pietoni, urmaţi de pasagerii autovehiculelor (33%) și conducătorii automobilelor (25%). Mortalitatea motocicliștilor și cicliștilor este de 4% și 2% corespunzător.

O pondere înaltă a mortalităţii pietonilor se observă și în așa ţări ca Ucraina (58%), Belarus (40%) și Federaţia Rusă (36%). Ponderea acestora în Germania, Franţa și România sunt de 14%, 12% și 11% corespunzător. În acestea din urmă, pe prim-plan este mortalitatea conducătorilor autovehicolelor, cu o pondere de respectiv 43%, 43% și 52%.

Din analiza structurii unităţilor de transport la 1000 de locuitori, observăm că Republica Moldova înregistrează cel mai mic indicator (118,3 unităţi de transport la 1000 populaţie), urmată de Rusia (271,6), Ucraina (274,4) și Belarus (324,9). Acest indicator este cu mult mai mare în Germania și Franţa (672,1 și 675,7 corespunzător). În toate ţările, majoritatea (peste 72%) în structura unităţilor de transport aparţine autoturismelor.

După veniturile pe locuitor, Republica Moldova se clasează în categoria cu venit mediu, ca și Ucraina, Rusia și Belarus, iar Germania și Franţa sunt ţări cu venit înalt, cu mai mult de 11,456 dolari SUA pe locuitor.

Analiza datelor referitoare la raportul traumatizaţi/decedaţi arată că gravitatea traumatismului în ţările cu venituri medii este mai mare decât în cele cu venituri înalte. Acest indicator indică numărul de cazuri de traumatisme fără deces, care revin la o persoană decedată și cu cât valoarea indicatorului este mai mare, cu atât gravitatea e mai mică și invers. Din cele patru ţări cu venituri medii menţionate mai sus, cel mai sever indicator de gravitate a traumatismului rutier este în Ucraina, unde la o persoană decedată revin 4,1 persoane traumatizate fără deces. În Republica Moldova, valoarea acestui indicator este 5,0 și ţara se plasează pe locul doi, fiind urmată de Belarus (5,25) și Federaţia Rusă (8,8).

În Germania, numărul de decese ce revin la numărul de persoane traumatizate este cu mult mai mic și este exprimat prin indicatorul de gravitate, cu o valoare de 88,5, iar în Franţa – de 16,7. În toate ţările menţionate, rata deceselor este mai mare printre persoanele de sex masculin (74-76%).

După cum vedem, şi în Republica Moldova condiţiile socioeconomice au un impact semnificativ asupra sănătăţii publice, inclusiv în ceea ce priveşte modificările nivelului şi structurii morbidităţii şi mortalităţii. În ultimii ani, în structura mortalităţii după principalele cauze de deces traumele şi otrăvirile se plasează pe locul patru, care include şi traumatismul rutier.

Analiza dinamicii mortalităţii populaţiei cauzate de traumatismul rutier, în ţara noastră, pe parcursul a 30 de ani, demonstrează că, începând cu anul 1981, mortalitatea la trafic înregistra 25,28 la 100 mii populaţie şi s-a aflat în scădere până la 18,51 în anul 1987, urmată de o creştere bruscă până la 31,09 cazuri în anul 1989, după care iarăşi scade, atingând în 2010 cifra de 11,14 la 100 mii populaţie (*figura 1*). În funcţie de sex, dinamica are aceleaşi tendinţe, numai că la bărbaţi nivelul este de 4 ori mai înalt decât la femei – 18,3 şi 4,62 la 100 mii populaţie corespunzător în 2010.

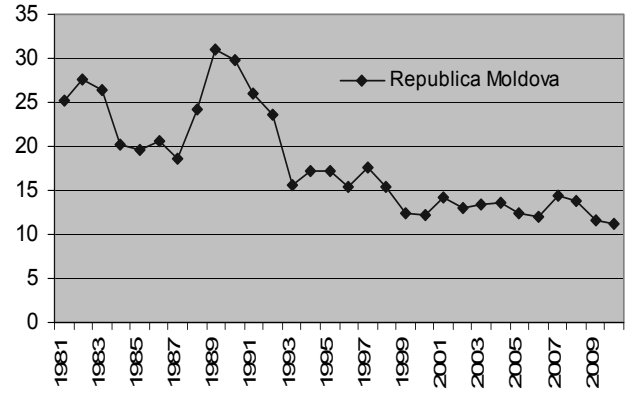


Figura 1. *Dinamica mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în Republica Moldova*

În pofida faptului că dinamica mortalităţii în ultimii 30 de ani arată o scădere, nivelul mortalităţii în rezultatul traumatismului rutier în Republica Moldova este înalt în comparaţie cu alte ţări. Dacă comparăm nivelul cu statele care furnizează informaţie acestei baze de date, vedem că în anul 2010 ţara noastră ocupa primul loc, fiind urmată de România (10,44) şi media Regiunii Europene (9,7). Cea mai mică valoare a acestui indicator, din lista de ţări din baza de date, aparţine Suediei – 2,97 cazuri la 100 mii populaţie.

Analiza datelor statistice despre mortalitatea cauzată de traume şi otrăviri în Republica Moldova, pentru anul 2011, a demonstrat că nivelul mortalităţii cauzate de accidente de circulaţie se plasează pe locul doi, constituind 15,8% din total, pe locul întâi fiind mortalitatea cauzată de suicid, care înregistrează 16,3%. Aceeaşi repartizare este caracteristică şi pentru municipiul Chişinău – 13,3% şi 18,5% corespunzător. În municipiul Bălţi, mortalitatea cauzată de accidente de circulaţie este pe primul loc (14,4%), urmată de mortalitatea în urma suicidului (8,2%) [4].

Comparând nivelul mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în cele trei zone ale Republicii Moldova, vedem că zona Nord şi UTA Găgăuzia înregistrează câte 16,8 cazuri la 100 mii populaţie, urmate de zona Centru cu 16,1 şi zona Sud cu 10,9 cazuri la 100 mii populaţie.

Pentru anul 2011, mortalitatea cauzată de accidente de circulaţie în total pe ţară înregistrează un indice de 13,7 cazuri la 100 mii populaţie. Pe primul loc se plasează raionul Drochia cu 24,5 cazuri la 100 mii populaţie, urmat de raioanele Glodeni şi Teleneşti (câte 24,3), Anenii-Noi (24,1), Sângerei (23,6). Media pe raioane este de 15,7 la 100 mii locuitori.

A fost analizată dinamica mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în municipiile Chişinău şi Bălţi (*figura 2*). Începând cu anul 2003, în ambele municipii nivelul mortalităţii cauzat de traumatisme rutiere era mai înalt decât în perioada de faţă. Acest indice pentru mun. Chişinău în 2003 înregistra 16,8 cazuri la 100 mii locuitori (în mun. Bălţi – 13,4).

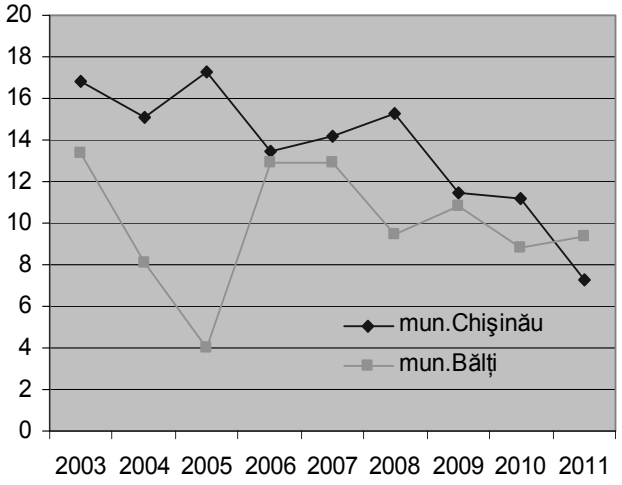


Figura 2. *Dinamica mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în municipiile Chişinău şi Bălţi*

Pentru mun. Chişinău este caracteristică o scădere lentă – de la 12,9 la 100 locuitori în anul 2006, până la 11,2 în 2010 şi, în continuare, până la 7,3 în 2011. Pentru mun. Bălţi este caracteristică o scădere bruscă în anul 2005 până la 12,9 la 100 locuitori, urmată la fel de o creştere bruscă până la 12,9 în anul 2006, apoi de o lentă reducere până la 8,8 în anul 2010, urmată de o creştere – 9,4 în anul 2011.

Pentru municipii, media mortalităţii este de 7,6; în mun. Bălţi – 9,4 cazuri la 100 mii locuitori şi în mun. Chişinău – cel mai favorabil indicator de 7,3 cazuri la 100 mii locuitori. Nivelul mai scăzut al indicatorului mortalităţii cauzate de accidente rutiere în mun.

Chișinău se datorează probabil asistenţei medicale de urgenţă mai oportune și mai calificate.

Concluzii

1. Mortalitatea cauzată de traumatismul rutier corelează cu nivelul de venit pe locuitor: cu cât venitul este mai mic, cu atât mortalitatea e mai mare.

2. În Republica Moldova, majoritatea (34%) persoanelor decedate sunt pietoni, urmaţi de pasagerii autovehiculelor (33%) și conducătorii automobilelor (25%), motocicliști și ciclişti – 4% și 2% corespunzător.

3. În Republica Moldova, numărul de persoane traumate la trafic, raportate la o persoană decedată din această cauză, este 5,0 și se plasează pe locul doi, urmată de Belarus (5,25) și Federaţia Rusă (8,8).

4. Dinamica ultimilor 30 de ani demonstrează că mortalitatea cauzată de traumatismul rutier este în descreștere, dar rămâne totuși mai înaltă decât în ţările incluse în studiu.

5. Nivelul mortalităţii cauzate de traumatismul rutier în zonele Republicii Moldova arată că cel mai înalt indicator este în zona Nord și în UTA Găgăuzia, care înregistrează câte 16,8 cazuri la 100 mii populaţie, urmate de zona Centru cu 16,1 și zona Sud cu 10,9 cazuri la 100 mii populaţie.

6. Pentru municipii media mortalităţii este de 7,6; în mun. Bălţi – 9,4 cazuri la 100 mii locuitori, iar mun. Chișinău înregistrează cel mai favorabil indicator – 7,3 cazuri la 100 mii locuitori.

Bibliografie

1. http://www.who.int/gho/road_safety/mortality/traffic_deaths_number/en/index.ht, accesat 15.11.2012.
2. *Global status report on road safety: time for action*. Geneva, World Health Organization, 2009, www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009, accesat 15.11.2012.
3. *European Health for All Database (HFA-DB)* http://www.euro.who.int/hfadb, accesat 01.12.2012.
4. *Sănătatea publică în Moldova*. Centrul Naţional de Sănătate Publică. http://cnms.md/ro/rapoarte, accesat 07.12.2012.

Prezentat la 26.12.2012

Mihail Palanciuc,
dr., conf. univ.,
Laboratorul *Management în servicii de sănătate*,
Spitalul Clinic Republican
Tel.: +37322574307, mob.: 069153216
e-mail: mihailpalanciuc@yahoo.com

DIAGNOSTICUL TIMPURIU AL TULBURĂRILOR DIN SPECTRUL AUTIST: NOI POSIBILITĂȚI DE ABILITARE ÎN CADRUL INTERVENȚIEI TIMPURII ÎN COPILĂRIE

***Ivan PUIU*[1], *Marina CALAC*[2],**
[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*,
[2]Centrul de intervenţie timpurie *Voinicel*

Summary

Early diagnostic of autistic spectrum disorders: new possibilities of abilitation in the system of early interventions

Earlier identification and diagnosis of autism spectrum disorders (ASDs) can improve opportunities for children to benefit from early intervention and lessen the burden on concerned parents. This review summarizes current knowledge about early signs of autism and early it diagnosis. Many data from different retrospective and prospective studies of high-risk infants indicate that ASD symptoms emerge in the first two years of life, affecting multiple developmental domains, mapping onto symptom dimensions consistent with current diagnostic frameworks including social-communication, and repetitive interests/behaviors but also extending to motor delays and atypical regulation of attention and emotion. Recent findings have shed new light on patterns of symptom onset and progression, and promise to inform early detection and diagnosis. Further attention to effective application of new findings and related challenges in building health system capacity to ensure timely access to specialized assessment and interventions is needed to fully realize the promise of improved outcomes resulting inclusivly from this research.

***Keywords**: autism, autism spectrum disorders (ASDs), earlier identification, early diagnosis, early childhood intervention (ECI).*

Резюме

Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра: новые возможности абилитации в системе раннего вмешательсьва

Раннее выявление и ранняя диагностика расстройств аутистического спектра (РАС) может улучшить развитие ребенка, благодаря своевременной инициации программ раннего вмешательства, а также может уменьшить бремя родителей, связанное с данным нарушением. В этой обзорной статье обобщены современные знания о ранней диагностике и ранних признаков аутизма. Данные многочисленных исследований (ретроспективные и проспективные исследования детей с высоким риском) показывают, что симптомы аутизма появляются в течение первых двух лет жизни. Нарушения затрагивают различные области развития, в том числе социальные связи и интересы, поведение, но также распространяются на двигательную сферу (за-

держка моторного развития), атипическое внимание, нарушения в эмоциональной сфере. Последние достижения привнесли новый взгляд на модели дебюта, на клинические проявления и эволюцию аутизма, которые играют важную роль в выявлении ранних суггестивных признаков и в ранней диагностике нарушений. Требуется дополнительное внимание и бдительность для эффективного применения новых открытий и новых вызовов системы здравоохранения для обеспечения своевременного доступа к комплексной оценке ребенка и своевременного инициирования мер раннего вмешательства, для реализации новых подходов в ранней диагностике аутизма ребенка, в том числе тех, что приведены в данной статье.

***Ключевые слова**: аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), раннее выявление, ранняя диагностика, раннее вмешательство.*

Introducere. Tulburările din spectrul autist (TSA) constituie una dintre cele mai frecvente cauze ale tulburărilor de dezvoltare ale copilului în lumea întreagă, incidenţa lor actualmente fiind estimată la 1:100 copii [1], dintre care băieţi 1 la 54 şi fete 1 la 252 [5, 19]. Studiile denotă că TSA sunt determinate de autism în cca 82% cazuri, de sindromul Asperger – în 5% şi de altele – în 3% cazuri [1]. TSA sunt cauzate de diferite interacţiuni genetice [2], afectările genice fiind foarte eterogene şi depistate în 22 perechi de cromozomi. Problemele intranatale de nutriţie pot avea un impact semnificativ asupra apariţiei tulburărilor de dezvoltare şi TSA [3].

Diagnosticul timpuriu creează oportunităţi pentru copilul cu TSA de a beneficia de servicii de intervenţie timpurie (ITC). Unii autori presupun chiar posibilitatea de a preveni manifestările depline ale autismului în baza plasticităţii creierului şi prin dezvoltarea unor circuite compensatoare, în cazul intervenţiilor iniţiate la vârste mici [6]. Beneficiile prin intervenţia timpurie pot duce la optimizarea funcţiilor adaptive şi cognitive [34] şi, ulterior, pot reduce considerabil costurile familiale şi cele sociale legate de autism pe durata vieţii [8, 9]. Diagnosticul timpuriu permite, la fel, părinţilor să cunoască riscurile de recurenţă pentru copiii născuţi ulterior şi să monitorizeze mai eficient dezvoltarea copilului, pentru a descoperi semnele timpurii de autism [34].

Acest articol de sinteză are ca scop promovarea cunoştinţelor curente în depistarea cât mai timpurie a autismului, a manifestărilor sugestive ale TSA în perioadele de sugar şi copil mic, semne ce ar putea fi folosite cu o mare utilitate de către medicul de familie, pediatrul-consultant şi alţi specialişti din domeniul puericulturii.

Îngrijorarea părinţilor privind dezvoltarea copilului. În pofida multiplelor evidenţe că unele semne de TSA sunt prezente până la vârsta de 2 ani, vârsta medie de stabilire a acestui diagnostic variază de la 3 la 5 ani, iar pentru sindromul Asperger – 11 ani [33]. Totodată, mulţi părinţi exprimă îngrijorări în privinţa dezvoltării copilului pe parcursul primilor 2 ani de viaţă – peste 76-83% până la vârsta de 2- 3 ani [18], fiind într-o aşteptare foarte stresantă în următorii 2-3 ani şi mai mult, până la stabilirea diagnosticului. Dificultăţile diagnosticului sunt legate de faptul că multe semne comportamentale se observă rar (de ex., mişcările stereotipice) sau sunt atipice (de ex., tulburările de comunicare) până la vârsta de 2 ani [23, 33]. Astfel, diagnosticarea timpurie trebuie începută odată cu apariţia îngrijorărilor părinţilor privind dezvoltarea copilului, acesta având nevoie de supraveghere minuţioasă odată cu apariţia primelor suspiciuni.

TSA se caracterizează printr-o eterogenitate clinică excepţională, multe din semne nefiind incluse în cele definitorii ale tulburării. De menţionat că nu există o corelaţie între îngrijorările părinţilor până la vârsta de 6 luni a copilului şi incidenţa detectării ulterioare a TSA, această corelaţie fiind semnificativă pentru îngrijorările părinţilor la vârsta de 12-18 luni şi mai târziu [33]. Printre cele mai frecvente îngrijorări menţionate de părinţi sunt cele de tulburare a vorbirii, contact vizual redus, nivel atipic de reactivitate socială, lipsa jocului şi interacţiunilor sociale, extreme de comportament, tulburări motorii, de somn, alimentaţie şi comportament, dezvoltare atipică (întârziere sau pierdere a achiziţiilor). Mulţi părinţi nu-şi pot exprima verbal îngrijorările.

Semnele clinice timpurii de suspiciune a TSA (până la vârsta de 18 luni) pot fi din domeniul interacţiunilor sociale, fixare atipică a privirii, particularităţi de orientare la chemarea pe nume, de imitare, de surâs relaţional, de reactivitate, de interes social, reducerea expresiei emoţiilor pozitive, tulburări de limbaj, motorii, ale jocului, dezvoltării cognitive [11, 28, 33, 34]. Este foarte dificil de presupus dezvoltarea unei TSA până la vârsta de 6 luni (semnele sunt absente), semnele fiind nespecifice până la vârsta de 12 luni (ele încadrându-se în tabloul subtil al unei dizabilităţi intelectuale) [16, 22]. La aceşti copii se observă reducerea gesturilor în comunicare, urmărirea unui obiect, indicarea cu degetul la obiectul solicitat [11]. Semnele de tulburare a interacţiunilor sociale ar putea fi observate la vârsta de 13-15 luni (de ex., surâsul relaţional) şi de tulburare a comunicării – la 19-24 luni (de ex., folosirea gesturilor). Alte semne timpurii ce ar putea sugera o TSA sunt: perimetrul cranian mare, cu maximul la 6 luni [4], temperamentul atipic, copil mai pasiv, mai iritabil, uşor stresat, cu atenţia vizuală redusă, privire atipică, detaşare lentă de la obiectul fixat cu privirea/fixare vizuală la stimuli

nonsociali, jocurile mai stereotipice (neschimbate) cu obiectele, posturi şi mişcări mai stereotipate (din primele 24 luni de viaţă) [24, 25].

Metodele-standard moderne de screening timpuriu nu sunt încă suficient de eficiente [13, 14, 15], totodată, nici nu sunt utilizate pe scară largă de către medicii de familie şi medicii-pediatri [8]. Doar profesioniştii din domeniu pot detecta TSA până la vârsta de 2 ani.

Achiziţii timpurii de dezvoltare în autism

Achiziții de dezvoltare	Vârsta medie de apariție	Copilul cu autism
Surâsul relațional	6-8 săptămâni	Unii copii cu autism dezvoltă surâsul, caracteristica de bază însă fiind cea de lipsă a corelației dintre surâs și contactul social.
Răspunsul la chemarea pe nume	8-10 luni	Copiii cu autism, de regulă, nu răspund la nume sau răspund doar la multiplele încercări. Inițial, se recomandă de a exclude afectarea auzului.
Acordarea atenției	8-10 luni, cu urmărirea privirii altei persoane; urmărirea unui punct către 10-12 luni	Nu acordă atenție; poate uneori, pentru o clipă, să se uite în direcția dată, dar nu se întoarce cu privirea la punctul inițial.
Comunicarea prin gesturi	12-14 luni – indicarea prin gesturi	Nu indică prin gest.
Vocalizarea	”Da-da”, ”ba-ba” la 6-7 luni; la 8-10 luni vocalizarea implicată în comunicarea cu persoana îngrijitoare	Vocalizare întârziată, către vârsta de 12 luni. Sunete necomunicative, repetitive, izolate apar înaintea încercărilor de comunicare funcțională.

Recomandări (ce trebuie să facă pediatrul şi medicul de familie):

- Supravegherea dezvoltării copilului şi utilizarea metodelor de screening al tulburărilor de dezvoltare la vârsta de 9, 18, 24, 30 de luni sau la momentul exprimării îngrijorării de către părinţi asupra dezvoltării copilului [28].
- Screeningul TSA se recomandă la vârsta de 18–24 de luni. Pentru nivelul primar de asistenţă medicală se recomandă **M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers) – *Fişa de evaluare pentru autism la copilul mic*, Robins şi col., 2001 [21, 27]. La nivelul specializat vor fi folosite alte metode de screening şi depistare: **ADOS** (Autism Diagnostic Observation Schedule – *Fişa de observaţie de diagnostic pentru autism*), **BISCUIT** *(*Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits – *Screeningul trăsăturilor autiste la sugar şi copil*) [17].
- Dacă testul M-CHAT este pozitiv, copilul va fi referit la nivelul 2 de asistenţă medicală. Este important de a scurta la minim timpul de aşteptare al părinţilor de la suspiciune până la stabilirea diagnosticului şi încadrarea într-un program de abilitare. Pediatrul şi medicul de familie trebuie să cunoască posibilităţile comunitare de diagnostic şi abilitare a copilului cu tulburări de dezvoltare.
- Dacă este posibil, iniţial familia va fi trimisă la un centru de intervenţie timpurie, care are menirea de a realiza şi a facilita diagnosticul TSA şi de a oferi servicii centrate pe familie: suport informaţional şi psihologic, de orientare etc. Abilitarea copilului cu TSA are loc în centrele specializare (care la moment folosesc metode de analiză comportamentală aplicată (ABA – Applied Behavior Analysis), cu activităţi terapeutice structurate, orientate, în special, pe domeniile afectate (social, de comunicare, comportament). Studiile denotă o eficienţă semnificativă a intervenţiilor comportamentale comprehensive în TSA [7].

Concluzii

1. Există o necesitate stringentă de a dezvolta sistemul de servicii pentru copiii cu TSA, de elaborare a modelelor de servicii, de implementare a serviciilor intensive de abilitare, de instruire profesională, în special a celor ce oferă servicii de tratament.

2. Statul trebuie să-şi sporească capacităţile pentru acordarea serviciilor de abilitare a copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv TSA [12].

3. Serviciile de abilitare a copilului cu TSA trebuie integrate în sistemul de servicii pentru copil şi familie. Este necesar de a găsi soluţii financiare pentru rambursarea cheltuielilor de tratament şi minimizarea lor, în special, în cazul familiilor defavorizate.

4. Insuficienţa cadrelor, în special a psihiatrilor, şi nivelul redus de cunoştinţe în domeniul diagnosticului timpuriu al TSA şi conduitei acestor pacienţi constituie o barieră importantă în schimbarea spre bine a situaţiei.

5. Există o discrepanţă esenţială între descoperirile ştiinţifice din domeniul autismului şi practicile folosite, fapt care stagnează dezvoltarea serviciilor eficiente pentru aceşti copii [8].

Bibliografie

1. A. Bravo Oro, J. Vázquez Briseño, C.A. Cuello García, R.F. Calderón Sepúlveda, A.M. Hernández Villalobos, C. Esmer Sánchez. *Early manifestations of autism spectrum disorders*. Experience of 393 cases in a child neurological centre. In: Neurología (English Edition), vol. 27, issue 7, September 2012, p. 414-420.
2. Alison M. Kozlowski, Johnny L. Matson, Julie A. Worley. *The impact of familial autism diagnoses on autism*

symptomatology in infants and toddlers. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 151-157.
3. Anne Bradford Harris, Marion Taylor Baer, Cristine M. Trahms, Beth Ogata. *Nutrition for Children with Special Health Care Needs*. In: Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease (Third Edition), 2013, p. 295-315.
4. Aya Fukumoto, Toshiaki Hashimoto, Kenji Mori, Yoshimi Tsuda, Kokichi Arisawa, Shoji Kagami. *Head circumference and body growth in autism spectrum disorders*. In: Brain and Development, vol. 33, issue 7, August 2011, p. 569-575.
5. Centers for Disease Control and Prevention. *Prevalence of autism spectrum disorders — autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008*. In: MMWR Surveillance Summaries, 2012; nr. 61, p. 1–19.
6. Dawson G. *Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder*. Development and Psychopathology, 2008; nr. 20, p. 775–803.
7. Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J. et al. *Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the earlystart Denver model*. In: Pediatrics, 2010, nr. 125, p. 17–23.
8. Jacobson J.W., Mulick J.A. *System and cost research issues in treatments for people with autistic disorders.* In: Journal of Autism and Developmental Disorders, 2000, nr. 30, p. 585–593.
9. Jarbrink K., Knapp M. *The economic impact of autism in Britain*. In: Autism, 2001, nr. 5, p. 7–22.
10. Emilie Delaherche, Mohamed Chetouani, Fabienne Bigouret, Jean Xavier, Monique Plaza, David Cohen. *Assessment of the communicative and coordination skills of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children using social signal processing*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 7, issue 6, June 2013, p. 741-756.
11. Frances de L. Martínez-Pedraza, Alice S. Carter. *Autism Spectrum Disorders in Young Children*. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, vol. 18, issue 3, July 2009, p. 645-663.
12. Georgina Peacock, Sue C. Lin. *Enhancing early identification and coordination of intervention services for young children with autism spectrum disorders:* Report from the Act Early Regional Summit Project. In: Disability and Health Journal, vol. 5, issue 1, January 2012, p. 55-59.
13. Gudrun Nygren, Eva Sandberg, Fredrik Gillstedt, Gunnar Ekeroth, Thomas Arvidsson, Christopher Gillberg. *A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers*. In: Research in Developmental Disabilities, vol. 33, issue 4, July–August 2012, p. 1200-1210.
14. Isabelle Rapin, Roberto F. Tuchman. *Autism: Definition, Neurobiology, Screening, Diagnosis*. In: Pediatric Clinics of North America, vol. 55, issue 5, October 2008, p. 1129-1146.
15. Johnny L. Matson, Alison M. Kozlowski, Mary E. Fitzgerald, Megan Sipes. *True versus false positives and negatives on the Modified Checklist For Autism in Toddlers.* In: Research in Autism Spectrum Disorders. vol. 7, issue 1, January 2013, p. 17-22.
16. Johnny L. Matson, Jonathan Wilkins, Melissa González. *Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: How early is too early?* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 2, issue 1, January–March 2008, p. 75-84.
17. Johnny L. Matson, Kim Tureck. *Early diagnosis of autism: Current status of the Baby and Infant Screen for Children with aUtIsm Traits* (BISCUIT. Parts 1, 2, and 3). In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 3, July–September 2012, p. 1135-1141.
18. Johnny L. Matson, Robert D. Rieske, Kimberly Tureck. *Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism:* Review of available instruments. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 4, October–December 2011, p. 1319-1326.
19. Julie A. Worley, Johnny L. Matson, Megan Sipes, Alison M. Kozlowski. *Prevalence of autism spectrum disorders in toddlers receiving early intervention services*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 2, April–June 2011, p. 920-925.
20. Kristyn Wright, Diane Poulin-Dubois. *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) screening at 18 months of age predicts concurrent understanding of desires, word learning and expressive vocabulary*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 184-192.
21. Lindsey Hoogsteen, Roberta Lynne Woodgate. *Centering Autism Within the Family: A Qualitative Approach to Autism and the Family.* In: Journal of Pediatric Nursing, vol. 28, issue 2, April 2013, p. 135-140.
22. Lonnie Zwaigenbaum, Susan Bryson, Nancy Garon. *Early identification of autism spectrum disorders.* In: Behavioural Brain Research, In Press, Corrected Proof. Available online 12 April 2013.
23. M. Thomas Kishore, Anirban Basu. *Early concerns of mothers of children later diagnosed with autism: Implications for early identification*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 157-163.
24. Marleen Vanvuchelen, Herbert Roeyers, Willy De Weerdt. *Do imitation problems reflect a core characteristic in autism?* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 89-95.
25. Nadia Chabane. *Le diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique*. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, issue 7, September 2012, p. 462-466.
26. Naoko Inada, Tomonori Koyama, Eiko Inokuchi, Miho Kuroda, Yoko Kamio. *Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT).* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 330-336.
27. Neelkamal S. Soares, Dilip R. Patel. *Office Screening and Early Identification of Children with Autism*. In: Pediatric Clinics of North America, vol. 59, issue 1, February 2012, p. 89-102.
28. Patricia J. Prelock, Nickola Wolf Nelson. *Language and Communication in Autism*. In: Pediatric Clinics of North America, vol. 59, issue 1, February 2012, p. 129-145.
29. Santino V. LoVullo, Johnny L. Matson. *Development of a critical item algorithm for the Baby and Infant Screen for Children with autism Traits*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 378-384.
30. Sarah Dababnah, Susan L. Parish, Lauren Turner Brown, Stephen R. Hooper. *Early screening for autism*

spectrum disorders: A primer for social work practice. In: Children and Youth Services Review, vol. 33, issue 2, February 2011, p. 265-273.
31. Sigrídur Lóa Jónsdóttir, Evald Saemundsen, Ingibjorg Sif Antonsdóttir, Solveig Sigurdardóttir, Daníel Ólason. *Children diagnosed with autism spectrum disorder before or after the age of 6 years*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 175-184.
32. Stormi Pulver White, Amy S. Weitlauf, Zachary E. Warren. *Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Progress, Challenges, and Remaining Questions for Families and Professionals*. In: International Review of Research in Developmental Disabilities, vol. 43, 2012, p. 47-85.
33. Vincent Guinchat, Brigitte Chamak, Beatrice Bonniau, Nicolas Bodeau, Didier Perisse, David Cohen, Anne Danion. *Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria*. In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 2, April–June 2012, p. 589-601.
34. Zwaigenbaum L., Bryson S., Lord C., Rogers S., Carter A., Carver L. et al. *Clinical assessment and management of toddlers with suspected ASD: insights from studies of high-risk infants*. In: Pediatrics, 2009, nr. 123, p. 1383–1391.

Prezentat la 17.07.2013

Ivan Puiu,
dr. în medicină,
conf. univ.,
Catedra *Medicină de Familie*, USMF *N. Testemiţanu*
ivanpuiu@gmail.com, tel. +373 69207735

UNELE ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE INTOXICAȚIILOR CU PRODUSE DIN CIUPERCI

Afanasie LEONTE, CSP raional Orhei

Summary

Some aspects of food poisoning with mushrooms

In this article are analyzed statistical data on the food poisoning as a result of using the food inedible mushrooms. Research results showed that mushroom poisonings recorded in Orhei occur annually and carries a familial character.

We also underline the need for a complete organization and implementation of measures for prevention of mushroom poisoning.

***Keywords**: food, poisoning, inedible mushrooms, prevention.*

Резюме

Аспекты пищевых отравлений продуктами из грибов

В статье проанализированы статистические данные относительно пищевых отравлений в результате употребления в пищу несъедобных грибов. Результаты исследований показали, что отравления грибами, зарегистрированные в районе Орхей, имеют место ежегодно и носят семейный характер. Подчеркивается необходимость организации и проведении комплексных мер профилактики отравления грибами.

***Ключевые слова**: пища, отравление, несъедобные грибы, профилактика.*

Introducere. Printre intoxicaţiile alimentare acute de origine nemicrobiană, un loc important îl ocupă cele care au loc în urma consumului de bucate din ciuperci.

În lume există câteva zeci de mii de specii de ciuperci provenite din flora spontană. Dintre acestea, peste o sută sunt considerate toxice, iar mai puţin de 10 specii sunt potenţial letale [1, 5].

Fiind sistematezate după proprietăţile caracteristice nutriţionale, ciupercile care cresc în natură pot fi divizate condiţionat în: comestibile, condiţionat comestibile şi otrăvitoare. Particularităţile caracteristice ale ciupercilor sunt influenţate de specie, de gradul de manifestare a depunerilor atmosferice, de compoziţia solului, precum şi de procesele biologice specifice ce se desfăşoară în ele [3].

Actualitatea intoxicaţiilor alimentare cu nutrimente din ciuperci este determinată şi de faptul că, în anumite condiţii climaterice, ciupercile condiţionat comestibile capătă proprietăţi otrăvitoare, inducându-l pe consumator în eroare.

Material şi metode. Au fost studiate intoxicaţiile alimentare cu produse din ciuperci, care au fost înregistrate în raionul Orhei în anii 2008-2012.

Datele referitoare la cazurile de intoxicaţii alimentare cu produse din ciuperci au fost extrase din formularul nr. 18 *Darea de seamă a centrelor de sănătate publică municipale şi raionale* în raionul Orhei, în perioada 2008-2012 [2].

Pentru obţinerea datelor şi efectuarea studiului, au fost utilizate următoarele metode de extragere a informaţiei: matematică, statistică, de analiză şi studiu, epidemiologică [6].

Rezultate şi discuţii. Perioada studiată evidenţiază particularităţile caracteristice de manifestare a intoxicaţiilor alimentare cu nutrimente din ciuperci. Ele poartă caractere individual şi familial.

În perioada 2008-2012, s-au intoxicat în urma consumului bucatelor din ciuperci în total 56 de persoane, din care 29% au fost copii până la 17 ani. Persoanele decedate alcătuiesc 3,6%. Din numărul copiilor afectaţi, celor decedaţi le revin 6,2%. Mai frecvent s-au înregistrat maladii în rândul femeilor – 71%, bărbaţi – 29%. Cazurile de deces înregistrate în rândul femeilor constitue 4%.

În aspect cronologic, intensitatea îmbolnăvirii persoanelor în urma consumului bucatelor din ciuperci este diferită, fiind înregistrate victime după

cum urmează: în anul 2008 – 35,7, în 2009 – 5,4%, în 2010 – 8,9%, în anul 2011 – 10,7% şi în 2012 – 39,7%. Rezultatele studiului arată că procente mai mari au fost atestate în anii 2008 şi 2012, când au avut loc secete destul de pronunţate, urmate de ploi îndelungate, în urma cărora au crescut ciuperci din abundenţă. Concomitent cu creşterea ciupercilor, s-a majorat şi numărul celor pasionaţi de a culege şi a consuma bucate din ciuperci, mărindu-se şi riscul îmbolnăvirii lor. Situaţia este influenţată de procentul terenurilor împădurite din zonă – locul preponderent de creştere a ciupercilor. În raionul Orhei, terenurile împădurite alcătuiesc 18,5%, media pe republică fiind de 12%.

Este necesar de menţionat că printre intoxicaţiile cu ciuperci proaspete au fost înregistrate şi cazuri de otrăvire cu ciuperci din flora spontană conservate în condiţii casnice, în borcane cu capace ermetice. Datele statistice menţionate nu reflectă situaţia reală, întrucât ele includ formele grave şi cele medii de intoxicaţii, pe când formele uşoare nu sunt luate la evidenţă, precum şi nu toţi bolnavii se adresează după ajutor medical.

Manifestarea formelor severe ale maladiei nu este dependentă de cantitatea de ciuperci consumate, rolul decisiv revenindu-le speciei, gradului de maturitate a ciupercilor, condiţiilor climaterice (când este timp secetos îndelungat, urmat de ploi abundente) de creştere şi culegere a lor, de defectele tehnologice de preparare a bucatelor din ciuperci.

Mai frecvent, la noi în ţară provoacă intoxicaţii ciupercile otrăvitoare, în special buretele viperei *(Amanita phalloides)* şi altele din genul *Amanita*, fiind confundate cu cele comestibile chiar şi de amatori pasionaţi, care ei înşişi, consumându-le, devin victime.

Intoxicaţiile cu bucate din ciuperci duc la manifestarea unei simptomatologii clinice diverse cu posibilă progresare, care reflectă afectarea tuturor sistemelor vitale ale organismului uman. În primele zile este foarte dificil, iar uneori imposibil, de a prognoza evoluţia stării clinice a pacientului. Intoxicaţiile cu bucate din ciuperci duc la tulburări ale sistemelor hepatic, renal, în pancreas etc. [4].

Decesele sunt cauzate de adresarea tardivă a victimelor, de lipsa posibilităţii de a acorda un tratament calitativ bolnavilor, aceştia fiind supuşi adesea tratamentului simptomatic.

Studiile efectuate arată că în diagnosticarea intoxicaţiilor cu bucate din ciuperci are o mare importanţă colectarea minuţioasă a datelor de anamneză: utilizarea în alimentare a ciupercilor, determinarea genului lor, precizarea locului unde au fost colectate.

Cercetând rezultatele anchetării, putem concluziona că folosirea ciupercilor drept produs alimentar constituie pentru o anumită categorie de populaţie nu doar o pasiune, dar poartă în sine un substrat economic, în special pentru grupele de populaţie săracă. Consumul bucatelor din ciuperci de către victime a fost în exclusivitate în scop de nutriţie fiziologică, nefiind atestate cazuri de consum în scop de distracţie.

Cercetările efectuate arată că intoxicaţiile alimentare rezultate din ingerarea ciupercilor creează o serie de probleme care necesită rezolvare, şi anume: nivelul scăzut de cunoaştere sau lipsa cunoaşterei de către victime a ciupercilor consumabile şi a semnelor lor distinctive; informarea slabă a victimelor privind simptomele clinice de manifestare a bolii; adresarea tardivă a bolnavilor după asistenţă medicală; accesul limitat al populaţiei defavorizate (care, de regulă, şi au de suferit) la asistenţa medicală şi indiferenţa consumatorilor faţă de propria sănătate [3].

Organizarea unei alimentaţii sănătoase poate fi asigurată prin folosirea în hrană a produselor alimentare inofensive, corespunzătoare stării de sănătate a individului, care se asigură prin stabilirea – cu concursul medicului de familie – a dietei personale şi respectarea ulterioară a ei.

Concluzie. Studiul realizat confirmă actualitatea problemei intoxicaţiilor alimentare cu nutrimente din ciuperci crescute în flora spontană; necesitatea monitorizării acestor categorii de bolnavi la toate etapele asistenţei medicale şi rezolvarea problemei de aplicare a măsurilor de prevenţie a intoxicaţiilor alimentare, de organizare a alimentaţiei sănătoase a populaţiei la nivel de stat, instituţii medicale, familie, individ.

Bibliografie

1. Guţu N. *Toxicologie*, Chişinău: Ştiinţa, 1996, p. 224.
2. Formularul nr. 18 *Darea de seamă a Centrelor de sănătate publică municipale şi raionale* pe raionul Orhei în aa. 2008-2012.
3. Leonte A. *Unele aspecte ale intoxicaţiilor alimentare cu produse din ciuperci*. În: Curierul Medical, nr. 1, 2005, Chişinău, p. 42-44.
4. Neamţu M. *Intoxicaţii cu ciuperci la copil*. Sibiu, 1996, p. 40.
5. Neamţu M., Barb I., Dobrota L. *Algoritm de diagnostic şi tratament în intoxicaţiile cu ciuperci*. În: Curierul medical, nr. 3, 2010, p. 30.
6. Tintiuc D., Eţco C., Grossu Iu. et al. *Sănătate Publică şi Management*. Chişinău, 2002, 720 p.

Prezentat la 3.06.2013

Afanasie Leonte, doctor în medicină,
şef secţie management în sănătate publică,
CSP raional Orhei, str. Negruzzi, nr. 78
tel. (0235) 21763 E-mail: csporhei@mednet.md

PROFILUL SĂNĂTĂȚII OCUPAȚIONALE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Iurie PÂNZARU,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Occupational morbidity in Republic of Moldova

In the article were analyzed indicators characterizing the health of employees working in harmful and unfavorable conditions in enterprises from Republic of Moldova during the period 2000-2011 years.

In the research process was revealed interrelation between professional morbidity indicators and harmful factors at the workplace.

***Keywords**: professional morbidity, workplace, professional diseases.*

Резюме

Профессиональная заболеваемость в Республике Молдова

В статье проанализированы показатели, характеризующие состояние здоровья работающих во вредных и неблагоприятных условиях труда на предприятиях Республики Молдова за период 2000-2011 г.г.

В ходе анализа была выявлена связь между показателями профессиональной заболеваемости и вредными факторами труда на рабочих местах.

***Ключевые слова**: профессиональная заболеваемость, рабочее место, профессиональные болезни.*

Actualitatea temei. Sănătatea angajaţilor care activează în condiţii nefavorabile şi nocive de muncă constituie o problemă primordială. Ea este una din preocupările specialiştilor din domeniul sănătăţii publice, în contextul evaluării factorilor de risc din mediul ocupaţional şi al influenţei lor asupra stării de sănătate, precum şi a medicilor curativi în privinţa diagnosticării timpurii şi tratării bolilor profesionale.

Necesitatea asigurării unui grad sporit de sănătate şi securitate în procesul de muncă este stipulată în Legile nr. 186 din 10.07.2008 *Securitatea şi sănătatea în muncă* şi nr. 10 din 03.02.2009 *Privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*, ca unul dintre obiectivele principale ale statului şi ale agenţilor economici.

Politica de sănătate şi securitate în muncă, lansată de Comisia Europeană în primul deceniu al secolului XXI, s-a bazat pe o abordare globală a bunei stări la locul de muncă, ţinând cont de evoluţia din sfera muncii şi de apariţia de riscuri noi, înregistrând doar o scădere a ratei accidentelor în muncă [1].

În pofida progreselor înregistrate, în multe ramuri ale economiei naţionale a Republicii Moldova (agricultură, construcţii, transport, industria mobilei etc.) mediul ocupaţional continuă să prezinte un pericol real pentru sănătatea angajaţilor, ca urmare s-au înregistrat de la 76 cazuri de boli profesionale în anul 2000 până la 12 în anul 2010 [2].

Această evoluţie necesită o atitudine mai responsabilă din partea agenţilor economici/patronilor, pentru a identifica măsuri eficiente de prevenire. În acest sens, medicina ocupaţională vine să amelioreze situaţia privind interferenţa consecinţelor patologice generate de muncă şi condiţiile de muncă, de rând cu toate specialităţile clinice (pneumologia, medicina internă, neurologia, psihiatria, hematologia etc.) şi preclinice (biochimia, fiziologia, genetica etc.).

Medicina ocupaţională este dinamică, prin prisma dezvoltării şi diversificării producţiei de tip industrial şi manufacturial, aspect care lărgeşte cadrul etiologic al bolilor profesionale/ocupaţionale. În acelaşi timp, progresele biologiei şi ale medicinei, în special în domeniul geneticii, imunologiei, imagisticii, igienei etc., au o reflectare pozitivă, novatoare în teoria şi practica acestei specialităţi (5).

Lucrarea are drept scop descrierea evoluţiei morbidităţii profesionale în Republica Moldova a angajaţilor expuşi la factorii de risc din mediul ocupaţional, a dinamicii modificărilor în timp, a structurii morbidităţii, precum şi a aspectelor legate de implementarea tehnologiilor şi maşinilor noi.

Material şi metode. A fost analizată şi evaluată morbiditatea profesională din Republica Moldova pentru perioada 2000-2011, în conformitate cu Clasificarea Internaţională a Maladiilor, revizia a X-a a OMS. Materialele au fost colectate din anuarele statistice ale Centrului Naţional de Sănătate Publică [2], fiind supuse analizei matematice şi grafice.

Rezultate şi discuţii. Conform datelor statistice, la 01.01.2012, în Republica Moldova activau 1.173 mii persoane, comparativ cu 1.143 mii în 2010, din ele circa 45% femei.

Dintre cei 1.173 mii angajaţi în 2011, 27,5% erau încadraţi în ramura agriculturii, 19,0% au activat în comerţul cu ridicata şi cu amănuntul, hoteluri şi restaurante, 13,0% – în industrie, câte 5,7% – în ramura construcţiilor, în transport şi comunicaţii, 21,3% – în administraţia publică: învăţământ, sănătate şi asistenţă socială şi 7,6% revin pe seama altor activităţi [3].

Cunoaşterea structurii morbidităţii profesionale are o importanţă deosebită în condiţiile în care aceasta reprezintă efectul influenţei factorilor nocivi din mediul ocupaţional şi care poate fi remediat prin măsuri tehnico-organizatorice [4].

Statistica naţională privind bolile profesionale evidenţiază faptul că, din punct de vedere numeric, acestea nu sunt raportate sistematic, comparativ cu

numărul accidentelor mortale. Bolile profesionale pentru Republica Moldova sunt doar „aisbergul" ce reprezintă o provocare pentru specialiștii din sistemul de sănătate, inclusiv pentru cei care sunt abilitaţi cu funcţie de diagnosticare.

În perioada 2000-2011, în Republica Moldova au fost înregistrate 323 de cazuri de boli profesionale, în rezultatul cărora au fost afectate 366 de persoane (inclusiv 146 femei sau 39,8% şi 220 bărbaţi care constiuie 60,2%). Indicele morbidităţii profesionale a constituit 2,4 la 100.000 angajaţi *(figura 1)*.

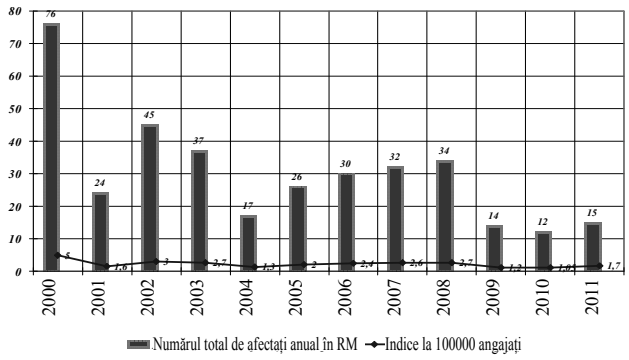


Figura 1. *Dinamica morbidităţii profesionale în anii 2000-2011 (%)*

Bolile profesionale în perioada de referinţă nu au fost diagnosticate în mai multe teritorii administrative (Anenii Noi, Cantemir) sau a fost depistat câte un caz de boală la adresarea nemijlocită a persoanei deja bolnave (Basarabeasca, Călăraşi, Leova, Nisporeni, Şoldăneşti). Atare situaţie e cauzată de lipsa prudenţei specialiştilor în diagnosticarea timpurie a patologiilor profesionale în cadrul examenelor medicale periodice şi de lipsa specialiştilor în domeniul dat în instituţiile medico-sanitare publice/private raionale ori municipale.

Cele mai frecvente patologii profesionale în anii 2000-2011 au fost condiţionate de factorii nocivi şi nefavorabili din mediul ocupaţional, cum ar fi: acţiunea negativă a vibraţiei – în 37,5% cazuri, substanţe chimice toxice – 21,6%, germeni patogeni (micobacteria tuberculozei) – 13,5%, preparate de uz fitosanitar – 11,2%, pulberi – 7,5%, zgomot – 3,2 % şi alţi factori – în 5,5% cazuri *(figura 2)*.

Vibraţia ca factor persistent în mediul ocupaţional rămâne un flagel caracteristic doar pentru economia statelor fostei URSS, care încă mai utilizează pe larg tehnica agricolă şi alte echipamente uzate de timp şi moral învechite, care au efecte nefaste asupra sănătăţii angajaţilor.

Făcând o statistică a repartiţiei cazurilor de boli profesionale după nosologiile înregistrate, se constată că cele mai multe cazuri de îmbolnăvire în perioada 2000-2011 le revin angajaţilor din Ministerul Agriculturii şi Industriei Alimentare – 197 cazuri (70,0%). La angajaţii instituţiilor subordonate Ministerului Sănătăţii au fost înregistrate 64 cazuri (19,9%), ai Ministerului Economiei – 24 cazuri (în rezultatul cărora au avut de suferit 67 persoane) – 7,4%; la angajaţii din sistemul de Educaţie s-au înregistrat 7 sau 2,1%, cazuri, angajaţilor din subordinea Ministerului Transporturilor şi Infrastructurii Drumurilor le revin 6 cazuri (1,8%) şi Ministerului Dezvoltării Regionale şi Construcţiilor – 3 cazuri (0,9%), celelalte 22 (6,8%) revin altor autorităţi publice centrale.

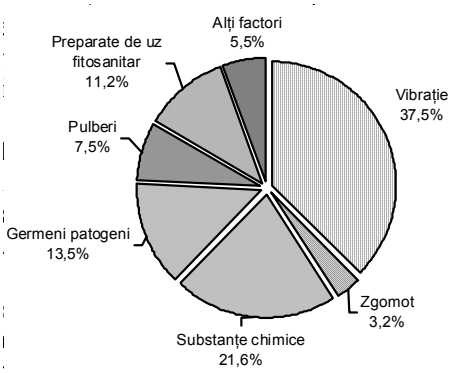


Figura 2. *Ponderea persoanelor afectate în funcţie de factorii nocivi din mediul ocupaţional*

În structura bolilor profesionale (*figura 3*) prevalează osteocondroza cu 32,5% cazuri, urmată de alergii profesionale – 15,0%, bronşită şi astm bronşic – 10,1%, tuberculoză profesională şi hepatite acute virale B, C respectiv cu 9,6% şi 7,9%. Nevrita cohleară şi boala de vibraţie au fost diagnosticate respectiv în 3,0% şi 0,3% cazuri, deşi tehnica agricolă este depăşită şi reparaţiile au loc în afara întreprinderilor specializate.

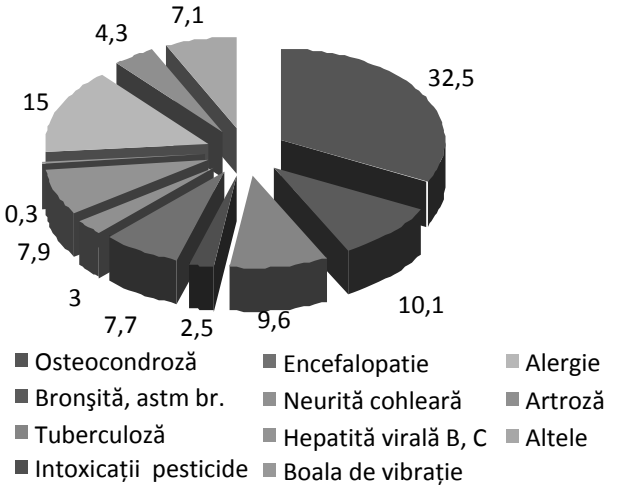


Figura 3. *Morbiditatea profesională în Republica Moldova după formele nosologice (%)*

Riscul profesional de apariţie a bolii se evidenţiază prin prisma cunoaşterii procesului tehnologic, condiţiilor de muncă şi profesiilor implicate în activităţi nocive. Prin studiul nostru au fost cuantificate principalele profesii expuse la factorii de risc: mecanizatorii – în 39,3% cazuri, muncitorii întreprinderilor

industriale – 18,6%, lucrătorii medicali – 17,2% etc. (*figura 4*). Factorii din mediul ocupaţional care au contribuit la apariţia bolilor profesionale în această perioadă au fost estimaţi după cum urmează:

- defecte constructive sau calitatea inferioară a maşinilor/utilajului tehnologic în circa 50% cazuri;
- nerespectarea regimului antiepidemic – 30%;
- utilizarea neraţională a echipamentului de protecţie individuală – 12% cazuri;
- utilizarea în economia naţională a tehnologiilor învechite – 4,0%;
- lipsa sau funcţionarea ineficientă a sistemelor de ventilaţie – 3,0% cazuri etc.

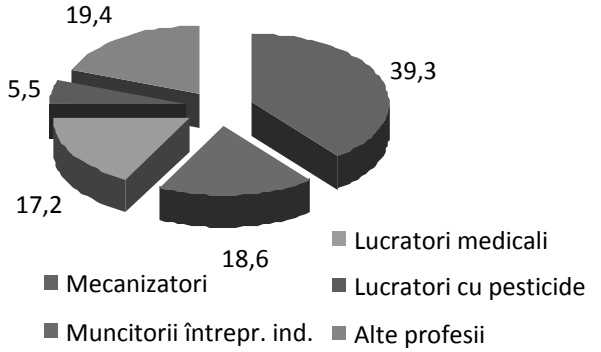


Figura 4. *Ponderea profesiilor afectate de boli profesionale (%)*

Evaluarea situaţiei privind sănătatea ocupaţională în Republica Moldova după anul 2000 determină o tendinţă nefavorabilă prin depistarea tardivă a abaterilor în sănătatea anjajaţilor din ramurile economiei naţionale, din cauza organizării ineficiente a examenelor medicale periodice, nedorinţei angajatorului de a i se stabili diagnosticul de boală profesională, care are urmări de ordin financiar; atitudinea superficială a comisiilor medicale teritoriale în suspectarea/diagnosticarea timpurie a maladiei, cauzată inclusiv de lipsa pregătirii universitare a cadrelor specializate în patologiile profesionale, cel puţin a medicilor de familie ori a altor specialişti.

Concluzii

1. În pofida progreselor din unele ramuri ale economiei naţionale, mediul ocupaţional continuă să prezinte un pericol real pentru sănătatea angajaţilor.
2. Numărul anual de boli profesionale s-a micşorat de la 76 cazuri în anul 2000 până la 12 cazuri în 2011, înregistrate doar la adresarea persoanelor deja bolnave.
3. Sistemul actual de supraveghere a stării sănătăţii angajaţilor în câmpul muncii (examenele medicale, diagnosticul întârziat) este ineficient şi necesită reformare.

Bibliografie

1. Didi Surcel. *Riscuri noi şi emergente, provocarea majoră în relansarea politicii de sănătate şi securitate în muncă*, Sibiu, 2011, p. 7.
2. *Supravegherea de stat a sănătăţii publice în Republica Moldova* (raport naţional), Chişinău, 2012, p. 27-36.
3. *Moldova în cifre*. În: Breviar statistic 2012, Chişinău, 2011, p.15.
4. Todea Andriana, Ferencz Aurelia. *Morbiditatea profesională în România în anul 2007*, Bucureşti, 2008, p. 37.
5. Cocârlă Aristotel. *Medicina ocupaţională*, vol. I, Cluj-Napoca, 2009, 868 p.

Prezentat la 28.02.2013

Iurie Pînzaru, dr. în med.
Centrul Naţional de Sănătate Publică
e-mail: iurie_pinzaru@cnsp.md
Tel. serv. (022)574502

DIMINUAREA EFECTELOR NEGATIVE ALE VALURILOR DE CĂLDURĂ – RĂSPUNSUL SANĂTĂŢII PUBLICE LA PROVOCĂRILE GLOBALE

Nicolae OPOPOL*[1,2]*, Valeriu PANTEA*[1]*,
Ala OVERCENCO*[1]*, Cătălina CROITORU*[1,3]*,
[1]Centrul Naţional de Sănătate Publică;
[2]USMF *N. Testemiţanu*, Catedra *Igienă*;
[3]USMF *N. Testemiţanu*, Catedra *Igiena Generală*

Summary

Mitigation of heat wave negative effects - the public health response to global challenges

Global warming is manifested by the triggering the extreme weather events conditioning the health risk. Adverse health effects of heat waves as one of the consequences of climate change are largely preventable. The results of regional studies give us the scientific basis for elaboration of heat wave early warning system and development of the National Action Plan. Identifying other regional risks related to climate change is necessary to comprehensively estimate the vulnerability of the population and to organize the appropriate response of the public health service to global challenges.

Keywords*: global warming, extreme weather events, public health, risk mitigation.*

Резюме

Снижение негативных последствий волн жары – ответ общественного здравоохранения на глобальные вызовы

Глобальное потепление проявляется увеличением экстремальных погодных явлений, обусловливающих возникновение рисков для здоровья. Вредное воздействие волн жары на здоровье, как одного из последствий

изменения климата, в значительной степени можно предотвратить. Результаты региональных исследований дают научную основу для организации системы раннего предупреждения об опасности жары для здоровья и для разработки национального плана действий. Выявление других региональных рисков, связанных с изменением климата, необходимо для комплексной оценки уязвимости населения и адекватного ответа служб здравоохранения на глобальные вызовы.

***Ключевые слова**: глобальное потепление, экстремальные климатические явления, здравоохранение, снижение рисков.*

Introducere. Studiul impactului temperaturilor extremale ale aerului atmosferic asupra sănătăţii publice la scară regională a devenit o prioritate în toate cercetările biometeorologice. Încălzirea globală se manifestată prin declanşarea fenomenelor climatice extremale, care devin tot mai frecvente şi mai intense, condiţionând riscuri majore pentru sănătatea populaţiei din majoritatea ţărilor. Rezultatele monitoringului global arată că numărul anual al unor asemenea fenomene sporeşte. În ultimele decenii, impactul lor asupra sănătăţii a devenit mult mai pronunţat [2, 5, 10, 11]. Nici o ţară din lume nu este ocolită de impactul fenomenelor extremale ale schimbării climei, dar manifestările sunt mai exprimate în emisfera de Nord a globului pământesc [5].

În ultimele trei decenii, peste o mie de evenimente climatice au afectat ţările regiunii europene a OMS. Directorul general al OMS, Margaret Chan, a numit secolul douăzeci „*secolul provocărilor climatice*" [22]. Investigaţiile multianuale dovedesc că Europa Centrală şi de Est, sau regiunea în care este situată Republica Moldova, de asemenea, se află sub influenţa fenomenelor extremale ale schimbării climei. Aici cele mai frecvente dezastre sunt condiţionate de consecinţele valurilor de căldură, urmate de inundaţii [2, 14, 17, 23].

Efectele adverse asupra sănătăţii ale valurilor de căldură sunt în mare măsură prevenibile [4, 7, 18]. Prevenirea necesită implementarea unui şir de acţiuni la diferite niveluri: de la măsuri generale de adaptare a tuturor activităţilor economice şi asigurarea unei dezvoltări durabile [12], până la crearea condiţiilor respective de habitat şi măsuri concrete privind protecţia sănătăţii populaţiei, pregătirea sistemului de sănătate [3, 6, 8] etc. Acest spectru larg de acţiuni trebuie să includă, de asemenea, şi crearea sistemelor de avertizare meteorologică timpurie [4], planificarea măsurilor speciale în centrele populate etc. Asemenea acţiuni trebuie să fie integrate într-un plan definit de acţiuni privind prevenirea impactului nefast al fenomenelor extremale ale schimbării climei [9].

Materiale şi metode. Studiul de suport pentru argumentarea ştiinţifică a măsurilor privind diminuarea impactului negativ este axat atât pe experienţa acumulată la nivel internaţional, cât şi pe experienţa savanţilor autohtoni privind estimarea impactului valurilor de căldură şi al inundaţiilor asupra sănătăţii populaţiei în perioadele deosebit de calde. În acest scop, au fost utilizate metode statistice, epidemiologice, analitico-descriptive ş.a.

Ca subiect de studiu au servit datele diurne despre adresabilitate (solicitări) pentru asistenţă medicală de urgenţă şi cazurile de deces în rândurile populaţiei (pe grupe de sex, vârstă, reşedinţă şi entităţi nosologice) în perioada 2000-2010, pe un eşantion general în volum de 19.000 de înregistrări despre temperaturile medii maximale, medii minimale şi medii (pe perioada 1961-1990); temperatura zilnică maximală, minimală şi medie (2000-2010 – Chişinău, 2003-2010 – Cahul, Bălţi, Bălţata); temperatura lunară medie maximală, medie minimală şi medie la 4 staţii meteorologice (1991-2010); 38 mii de înregistrări de date despre cazurile de decese (care includ numărul zilnic de decese conform vârstei, sexului, locului de reşedinţă şi cauzei de deces) şi cca un 1 mil. de înregistrări – adresări (solicitări) de asistenţă medicală de urgenţă zilnică pe mun. Chişinău (2007-2010) –, cu formarea bazelor de date electronice.

Rezultate şi discuţii. Ca punct de pornire pot fi specificate problemele sănătăţii, care în cea mai mare măsură reflectă vulnerabilitatea diferitelor grupe de populaţie la schimbările climaterice. Fiecare fenomen se soldează cu diverse dereglări ale sănătăţii, manifestarea cărora variază [1, 13, 15, 16, 19, 20, 21]: schimbările temperaturii – cu boli cardiovasculare şi respiratorii; precipitaţiile abundente – cu leziuni, boli diareice, malnutriţie, infecţii respiratorii, depresie, anxietate; poluarea aerului atmosferic – cu boli respiratorii, cardiovasculare; eliminarea polenului în aer – cu stări alergice; seceta – cu malnutriţie; strămutările grupurilor mari de populaţie – cu sărăcie, depresie, anxietate, malnutriţie în masă etc.

Studiul impactului fenomenelor meteorologice asupra sănătăţii populaţiei Republicii Moldova în perioada caldă a permis de a stabili gradul de disconfort şi precauţie în timpul canicului. S-a stabilit ca depăşirea pragului de disconfort şi precauţie duce la creşterea deceselor excesive (suplimentare) în (a) mediul urban şi (b) în sudul republicii – coeficientul regresiei β =0,3 şi β =0,2, respectiv [20].

În rezultatul cercetărilor, a fost stabilit că cele mai sporite valori ale indicilor biometeorologici (Temperaturii Aparente şi Humidexului) se observă în luna iulie pe întreg teritoriul Republicii Moldova, când efectul cumulativ al căldurii persistente atinge apogeul şi poate provoca stres termic [19].

Studiul de caz al verii neobişnuit de calde a anului 2007 a arătat că zăpuşeala opresivă a provocat un număr semnificativ de decese suplimentare. În teritoriile în care au fost efectuate cercetările, s-au înregistrat 587 de cazuri de decese suplimentare, ceea ce este cu 12,1% mai mult în comparaţie cu perioada de referinţă. Numai în mun. Chişinău au fost înregistrate 191 cazuri, reprezentând o cotă de 32,5% din totalul cazurilor de decese suplimentare din toate teritoriile studiate. Se observă că în timpul zilelor cu temperaturi ambientale înalte concomitent sporeşte şi nivelul deceselor suplimentare. Aceste tendinţe sunt mai vizibile în regiunile Centru şi Sud, dar sporirea mai pronunţată a numărului de decese suplimentare este caracteristică pentru mun. Chişinău. Cuantificarea impactului temperaturilor ridicate asupra mortalităţii în Republica Moldova a dus la următoarele concluzii:

- relaţiile identificate (indicii de sănătate/temperaturi ridicate) sunt mai pronunţate pentru populaţia urbană, femei şi vârstnici;
- rezistenţa corpului uman la căldură scade cu vârsta, astfel cele mai sensibile la căldura sunt persoanele în vârstă;
- ponderea majoră de decese excesive se înregistrează pe contul bolilor cardiovasculare;
- creşterea temperaturii minime (nocturne) exercită cel mai sporit efect cumulativ pentru sporirea cazurilor de decese excesive (la creşterea temperaturii cu 1°C, p/u urban – β=0,6; p/u vârstnici – β =0,5, p/u bolnavi cu CVS – β=0,4).

La elaborarea planului naţional, precum şi a planurilor locale, se va lua în consideraţie faptul că nu toţi indivizii reacţionează la fel la factorii climatici. Există un număr semnificativ de persoane organismul cărora este sensibil la asemenea factori, inclusiv la valurile de căldură, situaţie care prezintă risc pentru aceste grupe. În *tabelul 1* este prezentată lista grupelor de populaţie sensibile la fenomenele extremale ale schimbării climei, cu specificarea problemelor de sănătate.

Tabelul 1

Grupele de populaţie deosebit de vulnerabile şi sensibile la noile condiţii de climă după starea de sănătate

Probleme de sănătate	Grupele vulnerabile
Boli netransmisibile	
Boli şi decese legate de valurile de căldura	Persoanele în etate, cu boli cronice, nou-născuţii şi copiii, femeile gravide, săracii din zonele urbane şi rurale, agricultorii, alte persoane care muncesc la aer liber
Boli şi decese legate de calitatea proastă a aerului atmosferic	Copiii, persoanele cu boli respiratorii şi cardiovasculare, sportivii, agenţii de circulaţie etc.
Boli şi decese legate de evenimente climatice extreme	Săracii, femeile gravide, persoanele cu boli cronice, persoanele cu limitări de mobilitate şi cognitive
Boli transmisibile	
Boli infecţioase transmise prin apă	Persoanele în etate, copiii cu imunitate redusă, persoanele care nu au acces la apă potabilă de bună calitate, persoanele care contactează cu reziduuri menagere sau cu ape reziduale
Boli infecţioase transmise prin alimente	Persoanele vagabonde, săracii
Boala Lyme	Copiii, persoanele care efectuează lucrări în spaţii forestiere, grădini publice etc.
Infecţii cauzate de virusuri	Lucrătorii care contactează permanent cu fluxul de călători şi anumite profesii
Malaria	Persoanele sosite din zone endemice, persoane cu imunitate redusă, copiii, femeile gravide, persoanele cu deficienţe genetice

Conform rezultatelor evaluării vulnerabilităţii în aspect teritorial al riscurilor schimbării climei asupra sănătăţii, cele mai vulnerabile zone ale Republicii Moldova care pot fi şi sunt afectate de eventualele fenomene ale schimbării climei sunt mun. Chişinău, Sudul şi parţial Centrul ţării pentru care, în baza raţionamentului de expert, s-a identificat cel mai mare număr de riscuri cu probabilitate înaltă ce ţin de factorul examinat (*tabelul 2*).

Tabelul 2

Principalele riscuri pentru sănătate

Detalii despre dimensiunea riscurilor	Zonele geografice			
	Nord	Centru	Sud	Mun. Chişinău
Mai multe decese din cauza valurilor de căldură	scăzut	mediu	ridicat	ridicat
Schimbări în fazele fenologice şi risc înalt de afecţiuni alergice	mediu	mediu	mediu	ridicat
Risc înalt de secetă şi deficit de apă*	mediu	ridicat	ridicat	ridicat
Sporirea frecvenţei şi intensităţii inundaţiilor**	scăzut	mediu	ridicat	scăzut
Sporirea cazurilor de boli transmise prin apă şi prin alimente	mediu	ridicat	ridicat	mediu

*Seceta reduce disponibilitatea apei pentru necesităţi igienice; seceta sporeşte riscul incendiilor forestiere, reduce disponibilitatea de alimente pentru populaţia care depinde, în mare măsură, de productivitatea agricolă a gospodăriilor şi/sau este slabă din punct de vedere economic.

**Inundaţiile întrerup aprovizionarea cu apă şi afectează sistemele de canalizare, pot deteriora sistemele de transport şi infrastructura de asistenţă medicală; pot forma condiţii potrivite pentru răspândirea ţânţarilor şi conduc la epidemii; inundaţiile pot spori afecţiunile legate de stresul posttraumatic.

Pot fi specificaţi şi factori care nu depind de particularităţile organismului uman. De exemplu, pentru populaţia din mediul rural infrastructura serviciilor de îngrijire a sănătăţii este mai puţin accesibilă decât pentru cea urbană. În primul rând, populaţia de la sate include un număr mai mare de persoane care nu sunt la evidenţa medicului de familie, precum şi există un număr mult mai mare de persoane care nu deţin poliţă de asigurare medicală obligatorie (27,3% din populaţia rurală, comparativ cu 19,9% din populaţia de la oraşe). Mai mult decât atât, în mediul rural fiecare a treia persoană ce nu deţine poliţă de asigurare medicală face parte din a cincea, cea mai săracă, chintilă. În al doilea rând, populaţia rurală (circa 59% din numărul ei total) este mai dependentă de aprovizionarea descentralizată cu apă, în comparaţie cu populaţia din urbe, iar declinul calităţii apei afectează populaţia rurală mai pronunţat (una din cele mai vulnerabile grupe la bolile intestinale sunt copiii).

Alt aspect important este riscul subnutriţiei, care apare atunci când factorii climatici severi, aşa cum este seceta, inundaţiile, grindina, pot ruina culturile, lăsând fermierii mici fără rezerve de alimente şi venituri, ceea ce înseamnă că populaţia rurală va înfrunta riscuri nutriţionale mult mai serioase.

Oficiul Regional al OMS pentru Europa [13] declară că prevenirea efectelor schimbării climei asupra sănătăţii şi reacţia la acestea va necesita un şir de acţiuni la diferite niveluri – de la pregătirea sistemului de sănătate pentru reacţionarea promptă la avertizările meteorologice timpurii până la consultarea oportună publică şi medicală, măsuri de sistematizare a localităţilor şi creare a condiţiilor adecvate de habitat.

Convenţia-cadru a Naţiunilor Unite privind Schimbările Climatice identifică două modalităţi privind răspunsul comunităţii globale la fenomenele extremale ale schimbării climei: *atenuarea schimbărilor climatice* şi *adaptarea la efectele lor*. Se are în vedere de a evita ceea ce nu poate fi ţinut sub control şi de a ţine sub control ceea ce este inevitabil.

Acţiunile în domeniul sistemului sănătăţii vor include:

(1) Fortificarea măsurilor de protecţie a sănătăţii;
(2) Susţinerea intereselor sănătăţii în alte sectoare economice;
(3) Împărtăşirea bunelor practici în acţiuni intersectoriale;
(4) Dezvoltarea capacităţilor personalului medical;
(5) Asigurarea informaţiei;
(6) Prezentarea unui exemplu prin "înverzirea" serviciilor medicale.

Acţiunile de îmbunătăţire a adaptării la schimbarea climei în sectorul sănătăţii pot include:

- Evaluarea integrată a impacturilor schimbării climei asupra mediului, economiei şi sănătăţii;
- Elaborarea şi asigurarea funcţionării unui sistem de avertizare medico-sanitară timpurie;
- Discutarea şi elaborarea strategiilor de adaptare, cu scop de a fi utilizate de sectorul medical pentru identificarea riscurilor de sănătate asociate cu clima;
- Instituirea unui organ de conducere, care va coordona acţiunile ramurilor economiei naţionale privind adaptarea societăţii la fenomenele schimbărilor climatice, cu definirea rolurilor şi responsabilităţilor;
- Examinarea şi fortificarea sistemelor existente de supraveghere a bolilor, cu scopul monitorizării unor consecinţe de sănătate cauzate de climă, aşa cum ar fi morbiditatea şi mortalitatea asociate cu valurile de căldură;
- Identificarea, monitorizarea şi ţinerea în vizor a grupurilor de risc şi a populaţiei vulnerabile;
- Elaborarea protocoalelor de tratament pentru problemele medicale cauzate de climă;
- Sensibilizarea medicilor-specialişti, publicului şi celor mai vulnerabile grupuri;
- Asigurarea accesului liber la asistenţă medicală în comunităţile izolate şi a grupelor vulnerabile (de ex., persoane în etate, obeze sau cu dizabilităţi);
- Instruirea şi ghidarea medicilor-specialişti şi oferirea consultaţiilor populaţiei cu privire la măsurile ce urmează a fi întreprinse în timpul manifestării fenomenelor climatice extreme, cum ar fi valurile de căldură, inundaţiile şi seceta;
- Modernizarea programelor existente de educaţie şi comunicare;
- Crearea unui sistem de monitorizare şi a unui mecanism de evaluare, pentru a aprecia eficacitatea pregătirii de calamităţi şi măsurilor necesare de răspuns;
- Aplicarea tehnologiilor noi de măsurări ştiinţifice (de ex., privind bolile transmise prin vectori, aerul atmosferic, apă, alimente etc.);
- Înţelegerea riscului apariţiei unor boli şi impacturi noi, necunoscute asupra sănătăţii;
- Examinarea costurilor (şi volumului) energiei utilizate de instituţiile medicale pentru condiţionarea aerului şi asigurarea unui mediu fizic intern optim pentru pacienţi;
- Menţinerea cooperării internaţionale şi regionale.

Concluzii. Datele disponibile la moment indică faptul că serviciile publice şi agenţiile de sănătate sunt actualmente slab pregătite pentru perioadele de căldură severă. Valurile de căldură nu sunt per-

cepute ca problemă la nivel de stat. Dat fiind faptul că măsurile necesare pentru atenuarea efectelor valurilor de căldură, în cea mai mare parte, sunt simple, serviciile de stat subestimează riscurile pentru sănătate. Eventualele ameninţări ale valurilor de căldură trebuie să fie luate în consideraţie la planificarea măsurilor pentru situaţii de urgenţe medicale la nivelurile local şi naţional.

Acţiunile enumerate sunt măsuri pe termen scurt, menite să ajute populaţia să depăşească problemele acute. Pe termen lung, sunt necesare strategii care ar asigura adaptarea societăţii şi ar crea oportunităţi pentru a depăşi efectele schimbărilor climatice. Astfel de strategii sunt în afara competenţei serviciilor de sănătate publică şi ele pot fi elaborate şi implementate doar cu concursul întregii societăţi, al tuturor ramurilor economiei naţionale.

Astfel, dimensiunile şi caracterul influenţei schimbării climei asupra sănătăţii omului impune necesitatea de a conştientiza această problemă de către toată societatea şi de a lua măsuri de răspuns, elaborate în baza datelor ştiinţifice veridice. Actualmente, când încălzirea globală devine fapt indubitabil, se cere o estimare a tuturor consecinţelor manifestărilor acestui fenomen şi definirea măsurilor optime de intervenţie şi adaptare.

Referinţe

1. Cheng J.J., Berry P. *Health co-benefits and risks of public health adaptation strategies to climate change: a review of current literature*. In: Int. J. Public Health, 2013, nr. 58, p. 305-3011.
2. *Climate Change, 2007: Synthesis Report. Contribution of Working Groups I, II and III to the Fourth Assessment Report of the Intergovernmental Panel on Climate Change*, Core Writing Team, Pachauri R.K. and Reisinger A., Eds., 2007, PCC, Geneva, 102 p.
3. Corobov R. *Climate Change Adaptation Policies in the Framework of Sustainable Environmental Management*. Chisinau: Eco-TIRAS, 2011, 648 p.
4. Corobov R., Opopol N. *Human health adaptation to climate change: European experience*. In: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2008, nr. 5 (26), p. 146-152.
5. Corobov R., Sheridan S., Ebi K, and Opopol N. *Warm Season Temperature-Mortality Relationships in Chisinau (Moldova)*. In: International Journal of Atmospheric Sciences, Volume 2013, Article ID 346024, http://dx.doi.org/10.1155/2013/346024.
6. Füssel H-M., Klein R.J.T., Ebi K. *Adaptation Assessment for Public Health. Climate Change and Adaptation Strategies for Human Health*. WHO, 2006, p. 41-62.
7. Kirch, W., Menne, B., and Bertollini, R. (eds.). *Extreme Weather Events and Public Health Responses*. 2005, Published on behalf of the WHO Regional Office for Europe by Springer-Verlag, 303 p.
8. Kovats R.S., Jendritzky G. et al. *Heat-waves and Heman Health. Climate Change and Adaptation Strategies for Human Health*. WHO, 2006, p. 63-97.
9. Matthies F et al. (eds) (2008). *Heat health action plans – a guidance document*. WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark. Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/95919/E91347.pdf
10. McGregor G.R. *Climatic Variability and change across Europe*. In: Menne Bettina, Ebi Cristi, Eds. Climate change and adaptation strategies for human health, WHO, Springer (Germany), 2006, p. 9-35.
11. McGregor G.R., Ferro C.A.T., Stephenson D.B. *Projected Changes in Extreme Weather and Climate Events in Europe*. In: Kirh W., Menne Bettina, Bertolloini R. Extreme Weather Events and Helth Respomses. WHO, 2005, p. 13-23.
12. McMichael A., Neira M., Bertollini R., Campbell-Lendrum D., and Hales S. *Climate change: a time need and opportunity for the health sector*. In: Lancet, 2009, nr. 374(9707): p. 2123-2125.
13. Menne B et al. *Protecting Health in Europe from Climate Change*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2008 (http://www.euro.who.int/Document/GCH/ Protecting_health.pdf?language=French).
14. Nedealcov M. *Schimbarea climei în Republica Moldova în perioada observaţiilor instrumentale*. In: Academos, 2012, nr.4 (27), p. 88-94.
15. Opopol N. *Bolile oamenilor. Calamităţile în Moldova şi combaterea lor*. Chişinău: FEP "Tipografia Centrală", 1997, p. 111-122.
16. Opopol N. *Influenţa directă şi indirectă a schimbării climatului asupra sănătăţii*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice "Sănătatea în relaţie cu mediul", 1999. Chişinău, p. 16-17.
17. Opopol N., Bahnarel I., Corobov R. *To the Necessity of Creation of Heat Health Warning System*. In: Curier Medical, 2007, nr. 2 (296), p. 77-82.
18. Opopol N., Corobov R., Pantea V. *Probleme de sănătate publică în condiţiile sporirii frecvenţei şi intensităţii fenomenelor climaterice extremale. Factorii de risc din mediu şi sănătatea*. În: Materialele Conferinţei ştiinţifico-practice, Chişinău, 2010, p. 15-19.
19. Overcenco A., Pantea V. *Study of biometeorological conditions of extreme heat with the human health impact*. In: Revista de Igienă şi Sănătate Publică – Journal of Hygiene and Public Health, 2012, nr. 3 (vol. 62), p. 29-37, Timişoara, România.
20. Overcenco A., Pantea V., Barbă O., Treşcilo L., Croitoru C. 2012. *The influence of high ambient temperature on human mortality during 2007 heat wave in the Republic of Moldova*. In: International Scientific Conference Bioclimate, 2012 – Bioclimatology of Ecosystems, 29th–31th August 2012, Ústí nad Labem, Czech Republic, p. 80-81.
21. Overcenco Ala. *Estimarea vulnerabilităţii copiilor la temperaturile ambientale sporite*. În: Materialele Conferinţei Ştiinţifico-practice Naţionale cu participare Internaţională „Sănătatea copiilor şi factorii exogeni de risc", 4-5 mai, 2012, Chişinău, p. 77-80.
22. WHO. *Protecting health from climate change. Climate change puts health at risk*, 2009, Geneva, 33 p. Available at: http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241598880_eng.pdf.
23. Опополь Н., Коробов Р., Казанцева О. *Изменение климата и бедность: концептуальные связи*. В: Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină, 2006, №. 3 (14), с. 21-25.

Prezentat la 21.05.2013

REZISTENŢA LA CHIMIOTERAPICELE ANTIINFECŢIOASE A TULPINILOR DE *SALMONELLA* SPP.

Greta BALAN[1, 2], Olga BURDUNIUC[2], Radu COJOCARU[2], Maria GRUMEZA[3],
[1]USMF *Nicolae Testemiţanu*, [2]Centrul Naţional de Sănătate Publică, [3]Colegiul Naţional de Medicină şi Farmacie

Summary

Resistance to chemotherapeutic agents of Salmonella spp. strains

A correct choice of antibacterial treatment must be based on real knowledge of the bacterial sensibility/resistance to antibiotics. The aim of this study was evaluation of the present sensibility to antibiotics of Salmonella spp. involved in etiology of acute diarrheas in republic of Moldova. The results of the study show a high sensibility to ciprofloxacin, tobramycin, meropenem and cefamandole and the decrease of sensibility to furazolidone and nalidixic acid, usually used in first treatment of acute diarrhea.

Keywords*: resistance, Salmonella spp., antibiotics.*

Резюме

Резистентность штаммов Salmonella spp. к антиинфекционным химиопрепаратам

Правильность выбора антибактериального лечения должна основываться на реальных знаниях о бактериальной чувствительности/устойчивости к антибиотикам. Целью исследования была оценка чувствительности бактерии Salmonella spp. к антибиотикам, выделенных при острых кишечных инфекциях в Республике Молдова. Результаты исследования показывают высокую чувствительность к ципрофлоксацину, тобрамицину, меропенему и цефамандолу и снижение чувствительности к фуразолидону и налидиксовой кислоте, которые, как правило, используются в первую очередь в лечении острой диареи.

Ключевые слова*: резистентность, Salmonella spp., антибиотики.*

Introducere. Infecţiile cu *Salmonella* spp. sunt printre cele mai răspândite boli de tip alimentar, contaminând omul prin ingestia de alimente sau apa infectată [3]. În fiecare an, în SUA sunt raportate aproximativ 40000 de cazuri de salmoneloză. Deoarece cazurile uşoare nu sunt diagnosticate sau raportate, numărul real al infecţiilor poate fi de 30 de ori mai mare. Salmonelozele sunt mai frecvente vara decât iarna. Copiii sunt cei mai susceptibili să facă salmoneloză; copiii mici, vârstnicii şi persoanele cu deficienţe ale sistemului imun fac formele cele mai grave ale infecţiei [4].

Salmonelozele au incidenţă crescută la toate speciile de animale, datorită prezenţei ubicui a germenilor şi a existenţei purtătorilor. Salmonelozele provoacă pierderi însemnate în efectivele contaminate din cauza mortalităţii (care uneori poate fi considerabilă), a avorturilor, întârzierilor în creştere, cheltuielilor pentru tratament şi aplicare a măsurilor de profilaxie. La acestea se adaugă importanţa sanitară, deoarece salmonelele de origine animală sunt adesea responsabile de toxiinfecţii alimentare la om, cu evoluţie gravă.

Din cauza patogenităţii pe care membrii acestui gen o prezintă pentru om şi a faptului că ei contaminează frecvent cele mai diverse produse alimentare, genul *Salmonella* prezintă interes deosebit pentru microbiologia alimentelor, în special a celor de origine animală.

Centrul European de Prevenire şi Control al Bolilor (ECDC) şi Autoritatea Europeană pentru Siguranţa Alimentară (EFSA) au raportat, în 2007, în cele 27 de state-membre ale Uniunii Europene (UE), un număr de 151 995 de cazuri de salmoneloză la om, reprezentând o incidenţă de 31,1 cazuri la 100 000 de locuitori. Este evident că numărul cazurilor la om este puternic subestimat şi subraportat [7].

Rezistenţa microbiană la antibiotice constituie o problemă complexă stringentă la nivel mondial, transfrontalieră şi inter-generaţii, care necesită intervenţii în timp util, având în vedere impactul potenţial enorm asupra sănătăţii umane. Infecţiile produse de microorganisme rezistente determină un nivel înalt de morbiditate şi mortalitate, datorat eşecurilor terapeutice, şi costuri tot mai ridicate pentru îngrijirile medicale.

În prezent, tulpinile multirezistente sunt frecvent izolate, înregistrându-se şi cazuri de tulpini de *Salmonella* cu un tip de rezistenţă care se menţine chiar şi atunci când antibioticele la care s-a dezvoltat rezistenţa sunt scoase din uz. Emergenţa tulpinilor multirezistente limitează în mod considerabil posibilităţile de tratament [2].

O problemă serioasă este selecţia tulpinilor de salmonele rezistente la antibiotice, datorată utilizării nesistematizate a antibioticelor în medicina veterinară [1].

Salmonelozele animale constituie, pentru majoritatea ţărilor cu zootehnie dezvoltată în sistem intensiv, una dintre cele mai importante probleme sanitar-veterinare, condiţionate de pierderile economice, precum şi de implicaţiile lor în sănătatea omului prin declanşarea bolilor cu transmitere alimentară în urma consumului de produse contaminate [6].

Literatura actuală de specialitate privind rezistenţa bacteriană multiplă la antibiotice subliniază importanţa testării cu acurateţe a sensibilităţii la

antibiotice şi faptul că rolul de„santinelă" pentru detectarea microorganismelor rezistente revine laboratorului de microbiologie clinică. Astfel, testarea sensibilităţii antimicrobiene este una dintre cele mai importante proceduri de laborator în ceea ce privește managementul bolilor infecţioase. Totodată, supravegherea globală a rezistenţei la antibiotice, prin intermediul unor programe precum ICARE, SENTRY, MYSTIC, EARSS, atenţionează asupra importanţei implementării unor studii locale sau programe naţionale de supraveghere, pentru a evidenţia fenotipurile circulante, în scopul ghidării terapiei antibacteriene empirice în situaţiile clinice care impun iniţierea unei terapii antibacteriene timpurii [1, 5].

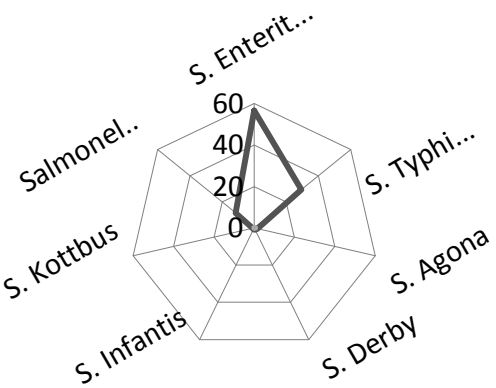
În ansamblu, rezistenţa bacteriilor la antibiotice este un indicator indirect destul de fidel al modului de utilizare a antibioticelor în arealul respectiv.

Obiectivele lucrării au vizat caracterizarea sensibilităţii la antibiotice a tulpinilor de *Salmonella* spp. izolate şi stabilirea alternativelor terapeutice utile în tratamentul infecţiilor provocate de aceste microorganisme.

Material şi metode. În perioada ianuarie 2011 – aprilie 2013, în Laboratorul CNSP s-a realizat identificarea şi testarea sensibilităţii la antibiotice a 581 de tulpini de *Salmonella* spp., izolate în Republica Moldova. Izolarea s-a făcut pe medii de diagnostic diferenţial, selective şi neselective adecvate, iar identificarea tulpinilor de *Salmonella* spp. izolate s-a făcut prin metode convenţionale. Testarea sensibilităţii la antibiotice s-a realizat prin tehnica Kirby-Bauer, conform standardului NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards). Rezultatele au fost interpretate conform criteriilor recomandate de NCCLS. Pentru controlul de calitate a determinării sensibilităţii s-au utilizat tulpinile *E. coli* ATCC 25922. Tulpinile izolate au fost testate la următoarele chimioterapice: ampicilină, gentamicină, tetraciclină, ciprofloxacină, cefotaxim, piperacilin/tazobactam, cefalotină, cefazolină, cefoperazon, cefamandol, ceftazidimă, cefepim, meropenem, amikacină, kanamicină, netilmicină, tobramicină, acid nalidixic, trimetoprim/sulfametoxazol, cloramfenicol.

Rezultate obţinute şi discuţii. În cadrul studiului, în perioada ianuarie 2011 – aprilie 2013, au fost prelucrate 581 tulpini de *Salmonella*, izolate de la persoane bolnave sau sănătoase clinic. Salmonelele au fost izolate şi identificate până la nivel de gen prin metode microbiologice clasice şi au fost tipizate serologic până la nivel de serogrup. Proporţia serotipului *S. Enteritidis* a fost de 56,5%, a serotipului *S. Typhimurium* – de 29,3%, a serotipurilor *S. Agona* şi *S. Derby* – de 1,0% şi, respectiv, 0,9%, 12,3% dintre tulpini aparţinând altor serotipuri. Rezultatele obţinute coincid cu datele din literatură, fiind cunoscut faptul că *S. Enteritidis* şi *S. Typhimurium* sunt serotipurile cel mai frecvent întâlnite în populaţia umană, reprezentând cauza cea mai frecventă a toxiinfecţiilor alimentare (*vezi figura*).

Structura etiologică a salmonelelor



A fost realizată testarea sensibilităţii faţă de mai multe antibiotice încadrate în 8 grupe (clase) principale, cuprinzând beta-lactamine [peniciline şi cefalosporine de prima (C1G), a treia (C3G) şi a patra generaţie (C4G)], aminoglicozide, chinolone şi fluorochinolone, nitrofurani, tetracicline, sulfamide şi fenicoli.

Dintre antibioticele testate, tulpinile de *Salmonella* au prezentat o sensibilitate constantă la cefamandol, cefotaxim, meropenem, ampicilină, amikacină, tobramicină, ciprofloxacină şi cloramfenicol. În ceea ce priveste rezistenţa la antibiotice, procentul cel mai mare de rezistenţă a fost determinat în cazul: furazolidonei (36,5% – rezistente; 42,3% – rezistenţă intermediară), acidului nalidixic (29,2% – rezistente; 4,8% – rezistenţă intermediară), piperacilinei/tazobactamului (4,1% – rezistente; 21,8% – rezistenţă intermediară) şi ceftazidimei (3,3% – rezistente; 24,9% – rezistenţă intermediară) (*vezi tabelul*). Numărul tulpinilor de *Salmonella* rezistente la un agent antimicrobian a fost de 218 (37,5%) tulpini, 223 (38,4%) fiind rezistente la ≥2 agenţi antimicrobieni, confirmându-se astfel circulaţia tulpinilor polirezistente în populaţia umană.

Sensibilitatea tulpinilor de Salmonella spp. faţă de antibiotice

Nr.	Antibioticul testat	Nr. total tulpini	S		I		R	
			Nr.	%	Nr.	%	Nr.	%
1.	Cefazolină	581	556	95,7	14	2,4	11	1,9
2.	Cefamandol	581	581	100	-	-	-	-
3.	Cefoperazon	581	53,1	91,4	39	6,7	11	1,9
4.	Ceftazidim	581	417	71,8	145	24,9	19	3,3
5.	Cefotaxim	581	540	93,0	41	7,0	-	-
6.	Cefepim	581	557	95,9	11	1,9	13	2,2

7.	Piperacilină/ Tazobactam	581	430	74,1	127	21,8	24	4,1
8.	Ampicilină	581	568	97,8	13	2,2	-	-
9.	Cefalotină	581	295	50,8	286	49,2	-	-
10.	Meropenem	581	567	97,6	14	2,4	-	-
11.	Gentamicină	558	116	98,3	11	1,9	12	2,0
12.	Amikacină	581	538	92,6	43	7,4	-	-
13.	Kanamicină	581	476	81,9	94	16,2	11	1,9
14.	Netilmicină	581	571	98,3	1	0,2	9	1,5
15.	Tobramicină	581	571	98,3	10	1,7	-	-
16.	Tetraciclină	581	570	98,1	1	0,2	10	1,7
17.	Ciprofloxacin	581	569	98,0	12	2,0	-	-
18.	Acid nalidixic	581	383	66,0	28	4,8	170	29,2
19.	Trimetoprim/ Sulfametoxazol	581	558	96,1	11	1,9	12	2,0
20.	Cloramfenicol	581	552	95,0	29	5,0	-	-
21.	Furazolidon	581	123	21,2	246	42,3	212	36,5

Notă: S – sensibil, *I* – intermediar, *R* – rezistent.

Profilul de rezistenţă pentru tulpinile de *S. Enteritidis* arată că 18,7% dintre tulpini au fost rezistente la mai mult de un agent antimicrobian, iar la 7 a fost evidenţiată rezistenţa faţă de patru antibiotice, confirmând astfel prezenţa multirezistenţei la acest serotip.

Rezistenţa la furazolidon şi acidul nalidixic a constituit profilul de rezistenţă cel mai frecvent întâlnit la tulpinele de *Salmonella*. Rezistenţa tulpinilor umane la acidul nalidixic corespunde cu procentul crescut de rezistenţă semnalat la tulpinile aviare şi poate fi asociată cu utilizarea quinolonelor pe scară largă la animalele de fermă în Republica Moldova, precum şi cu folosirea abuzivă a enrofloxacinei la păsări, suine şi bovine.

Sensibilitatea crescută semnalată faţă de fluorquinolone (ciprofloxacină) şi faţă de cefalosporine de generaţia a treia este o constatare încurajatoare din perspectiva sănătăţii publice. În acelaşi timp, depistarea unor tulpini de *Salmonella* rezistente la ceftazidim (3,3% – rezistente; 24,9% – rezistenţă intermediară), cefalosporine de generaţia a treia, subliniază importanţa monitorizării rezistenţei antimicrobiene, cu scopul de a depista noi tendinţe şi emergenţe de rezistenţă.

Concluzii. Actualmente, este important să diminuăm impactul social al fenomenului de rezistenţă multiplă la preparatele antiinfecţioase prin optimizarea utilizării antibioticelor existente, formularea strategiilor de reducere până la dispariţie a tulpinilor bacteriene cu rezistenţă multiplă la acţiunea antibioticelor. Elaborarea şi aplicarea acestor strategii ar conduce, în timp, la modificarea biocenozei bacteriene nosocomiale şi comunitare, cu reducerea tulpinilor rezistente.

Bibliografie

1. Chiu C., Lin T., Ou J. *In vitro evaluation of intracellular activity of antibiotics against non-typhoid Salmonella*. In: J. Antimicrob. Agents, 1999, nr. 12, p. 47-52.
2. Flonta M., Rebreanu C., Alexandru A. *Antibiotic resistance of Salmonella and Shigella from January 1st 2002 to october 1st 2004.* În: Al 4-lea Simpozion Naţional de Medicină de Laborator; al 2-lea Simpozion de Asigurare a Calităţii în Medicina de Laborator, Cluj-Napoca, 2004, p. 89.
3. Nataro J. P., et al. *Escherichia, Shigella and Salmonella*. In: Manual of Clinical Microbiology, 9-th ed. Washington DC: ASM Press, 2007, p. 670-687.
4. Parry C. M. *Management of multiple drug-resistant Salmonella infections.* In: Management of Multiple Drug-Resistance Infections. Humana Press Inc., Totowa, 2004, p. 189-208.
5. Slavcovici A., Lupse M., Flonta M., Zanc V., Taţulescu D., Almaş A., Carstina D. *Antimicrobial resistance of major Gram-negative bacterial pathogens during a 7-year period.* 16-th European Congress of Clinical Microbiology and Infectious Diseases, Nice, 2006.
6. Threlfall E. J. et al. *Antimicrobial drug resistance in isolated of Salmonella enterica from cases of salmonellosis in humanus in Europe in 2000: results of international multi-centre surveillance.* Euro Surveill, 2003, p. 41-45.
7. *Comunicare a Comisiei către Parlamentul European şi către Consiliu referitoare la situaţia actuală privind toxiinfecţia alimentară cu Salmonella în UE*. Bruxelles, 29.5.2009.

Prezentat la 19.07.2013

Greta Balan, dr. conf.,
Tel. 069125718

DATE PRIVIND ACOPERIREA CU PRIMUL CICLU DE IMUNIZARE A COPIILOR DIN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

Nicolae FURTUNĂ,
Centrul Naţional de Sănătate Publică

Summary

The level of vaccination coverage of children with the first round of immunization in Chisinau

The purpose of this article is to assess vaccination coverage of children aged 15-26 months in various sectors of Chisinau and the factors that influence its level. Were analyzed data from medical records of immunization 510 children aged 15-26 months selected a random sample of all the 5 sectors of Chisinau. It has been shown that, for doses of vaccines that children should get at the age of one year and a year according to vaccination schedule, with the exception of the first dose of BCG, immunization coverage is below the prescribed NPI (≥ 95%), with the lowest coverage observed for vaccine MMR (86,1 ± 4,6%). It was found that 30-50% of children are vaccinated out of the calendar dates. There is considerable variation in the analyzed parameters in the various sectors of Chisinau, which is associated with a different skill level of family physicians and specialists. The most common unfounded contraindications to vaccination are encephalopathy

(69,7 ± 8,3%), hemangioma (13,9 ± 6,2%) and anemia (11,5 ± 5,7%). Because of the failure of immunization were not introduced 33,7 ± 4,0% of doses of vaccines for immunization of eligible children, and 6,1 ± 2,0% – for no apparent reason. In order to achieve the level of coverage provided by the NPI, is need to organize continuous training of family doctors and specialists, which are relevant to counseling children and permit immunization.

***Keywords**: immunization coverage, immunization schedule, contraindication.*

Резюме

Данные об охвате детей первым циклом иммунизации в муниципии Кишинэу

Целью настоящей статьи является оценка охвата вакцинацией детей в возрасте 15-26 месяцев в различных секторах мун. Кишинэу и факторов, влияющих на его уровень. Проанализированы данные об иммунизации из медицинской документации 510 детей в возрасте 15-26 месяцев, отобранных по методу случайной выборки из всех 5 секторов мун. Кишинэу. Было показано, что в отношении доз вакцин, которые дети должны получить в возрасте до года и в год, согласно календарю прививок, за исключением первой дозы БЦЖ, охват иммунизацией ниже уровня, предусмотренного НПИ (≥ 95%), при этом самый низкий охват наблюдается в отношении вакцины КПК (86,1 ± 4,6%).

Было установлено, что 30-50% детей получают прививки с нарушением календарных сроков. Существует значительная разница в анализируемых показателях в различных секторах мун. Кишинэу, что связано с различным профессиональным уровнем семейных врачей и врачей-специалистов. Наиболее распространенными необоснованными противопоказаниями к вакцинации являются: энцефалопатии (69,7 ± 8,3%), гемангиомы (13,9 ± 6,2%) и анемии (11,5 ± 5,7%). Из-за отказов от иммунизации не были введены 33,7 ± 4,0% доз различных вакцин подлежащим иммунизации детям, а 6,1 ± 2,0% – без видимых причин. Для того, чтобы достичь уровня охвата иммунизацией, предусмотренного НПИ, необходимо организовать непрерывное обучение семейных врачей и врачей-специалистов, которые имеют отношение к консультации детей и выдаче разрешения на иммунизацию.

***Ключевые слова**: охват иммунизацией, календарь прививок, противопоказания.*

Introducere. În lumea contemporană, prevenirea unui număr semnificativ de maladii transmisibile este bazată pe realizarea vaccinărilor sistematice în cadrul programelor naţionale de imunizări (PNI). Cel mai demonstrativ indice al realizării eficiente a imunizărilor este *nivelul acoperirii vaccinale* [1]. Acest indice este influenţat de mai mulţi factori, inclusiv cei demografici, sociali, informarea părinţilor etc. [6, 8], şi este diferit în teritoriile urbane şi în cele rurale [83]. De menţionat că este important nu numai însuşi faptul imunizării copiilor, dar şi respectarea termenelor prevăzute de calendar, pentru că cei vaccinaţi cu întârziere sau care au abandonat programul sunt supuşi riscului de infectare [11, 15]. În ultimul timp, mulţi specialişti în domeniu constată reducerea acoperirii vaccinale a copiilor din cauza refuzurilor din partea părinţilor de a vaccina copilul [27]. În aceste condiţii, este foarte important de evaluat nivelul acoperirii vaccinale la copii şi de evidenţiat factorii care determină încălcarea termenelor calendarului de imunizări [31, 38].

Scopul articolului de faţă este evaluarea acoperirii vaccinale a copiilor cu vârste între 15 şi 26 de luni, din diferite sectoare ale municipiului Chişinău, şi a unor factori care o influenţează.

Materiale şi metode. Au fost supuse examinării datele despre imunizarea copiilor de 15-26 luni, selectaţi randomizat din Registrul de evidenţă a vaccinărilor preventive, formular 063-1/e, şi din Carnetul de dezvoltare a copilului, formular 112/e. În total, în cercetare au fost incluşi 510 copii din toate cele cinci sectoare ale municipiului Chişinău, după cum urmează: Buiucani şi Râşcani – câte 120 copii, Centru, Ciocana şi Botanica – câte 90 copii. Plenitudinea şi oportunitatea realizării imunizărilor cu vaccinurile BCG, VPO, DTP, ROR, împotriva hepatitei virale B şi a infecţiei cu Hib a fost evaluată prin compararea calendarului individual de vaccinări al fiecărui copil cu cel naţional.

Datele obţinute sunt exprimate ca procent, cu eroare medie la nivelul veridicităţii egale cu 95%. La compararea a doi indici, a fost folosită metoda clasică Student. Totodată, au fost evidenţiate cauzele încălcării algoritmului preconizat de imunizare prin examinarea stării de sănătate a copilului, conform informaţiei din formularul 112/e.

Rezultate şi discuţii. Obiectivul PNI presupune atingerea nivelului de acoperire vaccinală egal cu 95%, iar copiii cu vârste de 15-26 luni, conform calendarului în vigoare, ar trebui să primească următoarele vaccinuri: o doză de vaccin BCG, 3 doze de vaccin împotriva hepatitei virale B (din 2011 – 4 doze), câte 3 doze de VPO şi DTP, o doză de vaccin ROR şi 3 doze de vaccin Hib. O parte din copiii selectaţi, şi anume cei cu vârste cuprinse între 22 şi 24 de luni, sunt eligibili şi pentru doza a patra de VPO şi DTP.

Primele imunizări în viaţa sa copilul le primeşte în maternitate, fiind vaccinat împotriva tuberculozei şi hepatitei virale B. În *tabelul 1* sunt prezentate datele privind plenitudinea şi oportunutatea acestor imunizări.

Datele prezentate în *tabelul 1* demonstrează că majoritatea covârşitoare a copiilor de 15-26 luni, 97,8 ± 1,2% au primit prima doză de vaccin BCG, dintre care 14,8±3,1% – cu încălcarea termenelor de calendar (1,7±1,0% – până la a treia zi după naştere,

13,1±2,3% – peste mai mult de cinci zile după naştere). Doza zero de vaccin contra hepatitei virale B au primit-o în total 99,2±0,6% din lotul copiilor examinaţi, inclusiv 89,0 ±2,6% cu respectarea termenului de calendar.

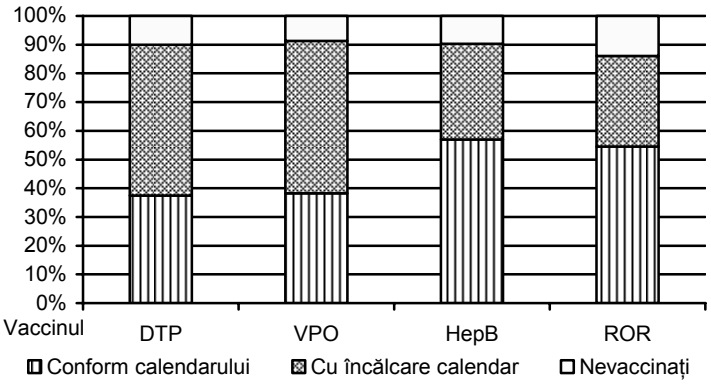
Tabelul 1

Date privind imunizarea cu BCG1 şi Hep. B doza 0 a copiilor de 15-26 luni din municipiul Chişinău (nr. 510)

Termenele de imunizare cu BCG 1 (abs, % ± 2m) zile după naştere					Imunizare cu hep. B doza 0 (abs, % ± 2m)			
< 3 zile	3-5 zile	> 5 zile	Total vaccinaţi	Nu-s vaccinaţi	Vaccinaţi conform calendarului	Vaccinaţi cu încălcarea calendarului	Total vaccinaţi	Nu-s vaccinaţi
9	423	67	499	11	454	52	506	4
1,7±1,0	83,0±3,2	13,1±2,8	97,8±1,2	2,2±1,2	89,0±2,6	10,2±2,6	99,2±0,6	0,8±0,6

În figura de mai jos sunt prezentate datele care se referă la corectitudinea realizării imunizărilor copiilor de 15-26 luni din municipiul Chişinău.

Acoperirea vaccinală a copiilor de 15-26 luni din municipiul Chişinău



Se poate de constatat că acoperirea vaccinală cu trei doze de vaccin DTP este egală cu 90,0±4,6%, inclusiv 37,5±4,2% vaccinaţi strict după calendar şi 52,5±4,4% imunizaţi cu încălcarea calendarului. Analiza mai detaliată a arătat că indicii în cauză variază în diferite sectoare ale municipiului, proporţia celor vaccinaţi corect fiind cea mai joasă în sectorul Buiucani (26,7±8,0) şi cea mai înaltă – în sectorul Centru (47,8±10,5%), P<0,05. Cu trei doze de vaccin VPO sunt vaccinaţi 91,3±4,6% copii din lotul examinat, dintre care 38,2±4,2% au fost imunizaţi conform calendarului şi 53,1±4,4% cu abateri de la calendar. Ca şi în cazul precedent, cota cea mai mare a copiilor vaccinaţi corect este atestată în sectorul Centru (47,8±10,5%), iar cea mai mică – în sectorul Buiucani (28,7±8,2), P<0,05. Împotriva hepatitei B, conform calendarului, au fost vaccinaţi 57,0 ±4,2%, inclusiv de la 65,6 ± 10,5% în sectorul Centru până la 44,2 ±9,1% în sectorul Buiucani, P<0,05, cu încălcarea calendarului au fost vaccinaţi 33,3 ± 4,0, în total 90,3 ± 4,6% copii.

O acoperire vaccinală joasă s-a constatat în privinţa vaccinului ROR, în total doar 86,1± 4,6%, ponderea dozelor primite conform calendarului constituie 54,5 ± 4,4%, fără diferenţă semnificativă în diferite sectoare; 31,6±4,0% copii au fost vaccinaţi cu încălcarea calendarului.

Cursul finalizat de imunizare cu vaccinul împotriva infecţiei cu Hib l-au primit 86,5±3,0% din numărul total al copiilor din lotul analizat, 6,3±2,1% au primit doar una sau două doze de vaccin, iar 7,3±2,2% – nici o doză.

Doza a patra de VPO şi DTP ar trebui să o primească 41,7±4,4% copii din lotul copiilor cu vârsta de 15-26 luni, însă, de facto, indicele respectiv este egal cu 15,3±3,2% şi se poate de constatat o întârziere absolută a primei revaccinări cu vaccinurile indicate.

Analiza caracterului abaterilor de la calendar la realizarea imunizărilor copiilor din lotul examinat a arătat că întârzierea administrării primelor doze de vaccinuri, de exemplu DTP, Hep. B sau vaccinul pentavalent la vârsta de 2 luni, ROR la vârsta de 12 luni, a avut loc în 67,9±5,7% de cazuri. Nerespectarea intervalelor dintre dozele separate de vaccin se atestă în 32,1±5,7% cazuri, iar combinarea acestor cauze constituie 40,0±6,0%.

În *tabelul 2* sunt prezentate date despre cauzele nerespectării termenelor de imunizare prevăzute de calendarul naţional.

În baza datelor prezentate, se poate de constatat că, în total, sunt amânate sau neadministrate copiilor 561 doze de diferite vaccinuri, inclusiv de la 13,0 ±2,8% la administrarea vaccinului ROR până la 25,1 ±3,7 la administrarea vaccinurilor DTP şi VPO. Proporţia dozelor de diferite vaccinuri neadministrate din cauza contraindicaţiilor argumentate la vaccinare este egală în total cu 38,5±4,1% (de la 31,5±10,8 % pentru ROR pînă la 41,8±8,3% pentru DTP), iar a celor neargumentate – 21,7±3,3% (în limitele 17,8±8,8% pentru ROR şi 22,0±6,9% pentru DTP şi VPO). Dintre cele mai frecvent întâlnite contraindicaţii neargumentate la vaccinare fac parte următoarele: encefalopatii – 69,7±8,3% din numărul total al dozelor de vaccin amânate, hemangioame – 13,9 ± 6,2%, anemii – 11,5±5,7%, naştere prematură – 4,9 ±3,5%. Plus la aceasta, 33,7±4,0% din doze de diferite vaccinuri neadministrate copiilor eligibili sunt atribuite refuzurilor din partea părinţilor de a imuniza copilul, iar 6,1±2,0% nu sunt administrate fără motive.

Tabelul 2

Date privind cauzele vaccinărilor incomplete sau tardive ale copiilor de 15-26 luni din municipiul Chişinău

Vaccinul	Cauza nevaccinării sau a amânării vaccinării (abs, % ± 2m)				
	Contraindicaţii argumentate	Contraindicaţii nearguementate	Fără motiv	Refuz din partea părinţilor	Total
Hep. B	36 37,5±9,9	20 20,8±8,3	4 4,2±4,0	36 37,5±9,9	96 17,1 ±3,2
DTP	59 41,8±8,3	31 22,0±6,9	8 5,6 ±3,8	43 30,6±7,8	141 25,1 ±3,7
VPO	58 41,5±8,3	31 22,1±6,9	9 6,4±4,1	42 30,0±7,8	140 25,1 ±3,7
ROR	23 31,5±10,8	13 17,8±8,8	5 6,8 ±5,8	32 43,9± 11,6	73 13,0 ±2,8
Hib	40 36,1±9,1	27 24,3± 8,1	8 7,2 ± 4,9	36 32,4±8,9	111 19,7± 3,4
Total doze de vaccin	216 38,5±4,1	122 21,7±3,3	34 6,1±2,0	189 33,7±4,0	561 100,0

De menţionat că atât numărul contraindicaţiilor neargumentate, cât şi numărul refuzurilor variază în diferite sectoare ale municipiului Chişinău. De exemplu, numărul encefalopatiilor în sectorul Râşcani este la nivel de 5,8%, în sectorul Centru – 22,2%, iar numărul refuzurilor la vaccinare în sectorul Centru este de 2,2%, în sectorul Ciocana – 13,3%. Această diferenţă depinde de nivelul profesional diferit al lucrătorilor medicali care sunt implicaţi în prestarea serviciilor de imunizare şi al medicilor-specialişti.

Concluzii. În baza analizei nivelului de acoperire vaccinală la copiii de 15-26 luni, s-a demonstrat că nivelul acesteia la dozele de vaccinuri analizate, preconizate pentru administrare copiilor până la un an, cu excepţia primei doze BCG, este mai redus comparativ cu obiectivul PNI (≥95%), cel mai scăzut fiind nivelul vaccinului ROR (86,1±4,6%). S-a depistat că 30-50% din numărul total al copiilor sunt imunizaţi cu încălcarea termenelor calendarului.

Se constată o diferenţă semnificativă a indicilor analizaţi în diferite sectoare ale municipiul Chişinău, ceea ce se explică prin nivelul profesional diferit al medicilor de familie şi al medicilor-specialişti.

Cele mai frecvente contraindicaţii neargumentate la vaccinare sunt encefalopatiile (69,7±8,3%), hemangioamele (13,9 ± 6,2%) şi anemiile (11,5±5,7%). Refuzul din partea părinţilor de a imuniza copilul a fost constatat pentru 33,7±4,0% doze de diferite vaccinuri neadministrate copiilor eligibili, iar 6,1±2,0% nu-s administrate fără motive. Pentru a atinge scopul PNI privind nivelul de acoperire vaccinală a copiilor eligibili, este necesară organizarea instruirii continue a medicilor de familie şi a medicilor-specialişti care au atribuţie la consultarea copiilor şi permisiunea pentru imunizare.

Bibliografie

1. Centers for Disease Control and Prevention. *Global routine vaccination coverage, 2011*. In: MMWR Morb. Mortal Wkly Rep., 2012. Nov. 2; nr. 61(43), p. 883-885.
2. Brown V.B., Oluwatosin O.A. *Socio-demographic factors associated with childhood immunization uptake in Akinyele Local Government Area, Oyo State, Nigeria*. In: Afr. J. Med. Sci., 2012, Jun; nr. 41(2). p. 161-167.
3. Sarah Jinhui Wu, Wullianallur Raghupathi. *A Panel Analysis of the Strategic Association Between Information and Communication Technology and Public Health Delivery*. In: J. Med. Internet Res., 2012, Sep.-Oct.; nr. 14(5), p. e147.
4. Smith P.J., Singleton J.A. *County-level trends in vaccination coverage among children aged 19-35 months*. United States, 1995-2008. In: MMWR Surveill Summ., 2011, Apr. 29; nr. 60(4), p. 1-86.
5. Goodyear-Smith F., Grant C., Poole T. et al. *Early connections: effectiveness of a pre-call intervention to improve immunisation coverage and timeliness*. In: J. Prim. Health Care, 2012, Sep. 1; nr. 4(3), p. 189-198.
6. Bielicki J.A., Achermann R., Berger C. *Timing of measles immunization and effective population vaccine coverage*. In: Pediatrics, 2012, Sep.; nr. 130(3), p. e600-606.
7. Corey Joseph Hebert, Corey M. Hall, La'Nyia J. Odoms. *Lessons learned and applied*. What the 20th century vaccine experience can teach us about vaccines in the 21st century. In: Hum. Vaccin Immunother., 2012, May 1; nr. 8(5), p. 560–568.
8. Ransom J., Schaff K., Kan L. *Is there an association between local health department organizational and administrative factors and childhood immunization coverage rates?* In: J. Health Hum. Serv. Adm., 2012; nr. 34(4), p. 418-455.
9. Mollema L., Staal J.M., van Steenbergen J.E., Paulussen T.G., de Melker H.E. *An exploratory qualitative assessment of factors influencing childhood vaccine providers' intention to recommend immunization in the Netherlands*. In: BMC Public Health, 2012, Feb. 14; nr. 12, p. 128.

Prezentat la 24.04.2013

Nicolae FURTUNĂ,
Centrul Naţional de Sănătate Publică,
2020 MD Chişinău, str. Gh. Asachi 67A
Tel. 574-305;
e-mail: nicolae.furtuna@cspchisinau.md

ASPECTE PRIVIND FORMAREA CONTINUĂ AXATĂ PE EDUCAȚIA ÎN SĂNĂTATE A ASISTENȚILOR MEDICALI

Angela BARONCEA,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie *Nicolae Testemițanu*

Summary

The aspects of the continuing formation oriented to the education in health of the medical assistants

In this scientific paper there are described some aspects of the continuing formation of the medical assistants oriented to the education in health which represent a complex and exhaustive human phenomenon that includes more dimensions which interact by participating actively to the formation of the person's personality.

Hereinafter, the author confirms the important role of education for health in the formation and development of a conception and some balanced positive behaviors, starting from the youngest age with the purpose of consolidating the health, the harmonious development and strengthening of the human body as well as the adaptation to the environmental and social conditions.

Keywords*: Education, formation, continuing, phenomenon, harmonious, consolidation.*

Резюме

Аспекты непрерывного образования, ориентированного на обучение здоровому образу жизни медицинских сестер

В статье описаны некоторые аспекты непрерывного образования медсестер, ориентированного на обучение здоровому образу жизни, которые включают в себя дополнительные измерения и взаимодействуют между собой, принимая активное участие в формировании индивидуальности человека. Далее автор подтверждает важную роль образования в сфере здорового образа жизни, в формировании и развитии концепции о сбалансированном позитивном поведении, начиная с самого младшего возраста, с целью укрепления здоровья, гармоничного развития и укрепления человеческого тела, а также адаптации к новым экологическим и социальным условиям.

Ключевые слова*: воспитание, непрерывное образование, явление, гармоничный, консолидация.*

Introducere. Apariția și răspândirea noilor maladii, schimbările socioeconomice rapide, care au loc la nivel internațional și național, creează noi provocări și oportunități pentru asigurarea sănătății, sporirea calității vieții populației prin educație și parteneriate sociale.

Educația constituie un fenomen uman complex și unitar, ce include mai multe dimensiuni care interacționează, participând activ la formarea personalității individului.

Noile educații, printre care și educația pentru sănătate, au fost abordate, după 1980, în programele și recomandările UNESCO, iar după 1990 au început a figura în manualele de pedagogie și în cercetările din domeniul științelor educației, fiind abordate ca răspunsuri ale sistemelor educaționale la imperativele lumii contemporane de natură politică, economică, medicală, ecologică, demografică etc. În consens cu cele relatate, educația pentru sănătate se află în raport de interdependență și complementaritate cu aceste conținuturi generale ale educației, cu deziderateле noilor educații, fapt care conferă educației realizate în cadrul societății, familiei și școlii un caracter deschis și dinamic, necesitând acțiuni de perfecționare continuă, o axare pe caracterul prospectiv și sistemic al acesteia.

Sănătatea, privită ca un ideal, o valoare vitală, dar și ca o condiție, o cerință fundamentală a vieții, este o problemă ce preocupă fiecare om și societatea în ansamblu. La realizarea acesteia concurează o mulțime de factori morali, tehnici, economici, sociali, culturali, psihologici, ereditari, ecologici. De aceea, a încadra sănătatea într-o noțiune absolută sau unanim acceptată este foarte dificil. Studiul teoretic al literaturii de specialitate a permis să delimităm patru aspecte ale sănătății omului. Acestea sunt:

- absența bolii;
- starea completă de bine;
- starea de bine fizic;
- starea de bine psihic și moral [1; 3–6].

Definiția esențială cu privire la *sănătate*, care este utilizată frecvent în literatura de specialitate astăzi, este formulată în felul următor: sănătatea reprezintă o stare de bună stare generală a individului, care include mai multe dimensiuni – emoțională, intelectuală, fizică, socială și spirituală, fiecare dintre acestea completându-se și interrelaționând pe parcursul vieții. Pentru menținerea unei sănătăți bune, o persoană trebuie să-și examineze și să-și consolideze sistematic competențele și deprinderile sănătoase, pentru a se orienta în practicile vizate, în sensul în care i se va asigura nu doar supraviețuirea, adică să trăiască o perioadă lungă de timp, ci și calitatea acesteia, pentru a se bucura de o viață împlinită, armonioasă [2; 6].

Modul de viață se referă la ansamblul de acțiuni, particularități de manifestare prin care trăim, el include reprezentările, atitudinile, deprinderile, competențele și comportamentele persoanei, ce se manifestă constant și se observă în viața cotidiană. În viziunea specialiștilor americani, modul de viață al omului este decisiv în consolidarea sănătății. Șapte din zece acțiuni sunt atribuite unui mod nociv de

viaţă sau unor comportamente, pe care le incumbă acesta [2; 5].

Dimensiunile sănătăţii pot fi influenţate de mai mulţi factori, pe care îi putem clasifica în factori ai sistemului de ocrotire a sănătăţii, factori de mediu, factori genetici şi factori ce ţin de *modul/stilul vieţii omului*.

Factorii modului de viaţă sunt, în multe privinţe, factorii cei mai influenţi, care determină starea sănătăţii în ansamblu. De asemenea, ei sunt factorii care pot fi cel mai bine controlaţi de individ. Modul de viaţă include conduite ce afectează sau, invers, ameliorează viaţa unei persoane.

Conceptul *educaţie pentru sănătate* (ES) apare şi se dezvoltă ca deziderat al noilor educaţii, constituit ca răspuns la cunoscutul imperativ al lumii contemporane – *deteriorarea sănătăţii omului*.

Educaţia pentru sănătate presupune formarea şi dezvoltarea în rândul populaţiei, începând de la cea mai fragedă vârstă, a unei concepţii şi a unor comportamente pozitive, echilibrate, în scopul consolidării sănătăţii, dezvoltării armonioase şi fortificării organismului, adaptării lui la condiţiile mediului natural şi social. În acest context, este necesară sensibilizarea populaţiei, formarea unei opinii de masă, fundamentată ştiinţific, faţă de respectarea igienei individuale şi colective, faţă de formarea deprinderilor raţionale şi sănătoase de alimentaţie, comportare, muncă şi odihnă; valorificarea eficientă a timpului liber şi a factorilor naturali de călire a organismului, de evitare a factorilor de risc, precum şi dirijarea modului de solicitare a asistenţei medicale şi a variatelor mijloace de investigaţie şi tratament [2; 5].

În consens cu cele expuse, vom aborda în cercetare educaţia pentru sănătate la nivelul comunitar, deoarece aceasta reprezintă una dintre principalele căi de promovare a cunoştinţelor privind diferite aspecte ale sănătăţii şi direcţii optime de formare a atitudinilor şi competenţelor indispensabile unei conduite responsabile şi sănătoase.

După cum am menţionat anterior, scopul ES constă în promovarea modului sănătos de viaţă (MSV) pentru a asigura copiilor, tinerilor şi adulţilor un mod şi un proces de dezvoltare armonioasă personală şi socială de sănătate prin oferirea oportunităţilor de asimilare şi aplicare a cunoştinţelor, competenţelor, deprinderilor care le vor permite să ducă o viaţă cu sens, sănătoasă, să se realizeze ca personalitate şi membru al societăţii.

Experienţa avansată privind ES confirmă faptul că **politicile de promovare a modului sănătos de viaţă trebuie să fie axate pe îndeplinirea a trei funcţii de bază**:

- ***funcţia sanogenă***, care are ca scop informarea individului despre optimizarea sănătăţii individuale şi publice, pentru a atinge idealul de sănătate. Ea se adresează populaţiei, indiferent de vârstă, şi constituie o parte integrantă a medicinei omului sănătos;
- ***funcţia preventivă***, ce vizează atingerea obiectivelor primare, secundare şi terţiare în ceea ce priveşte prevenirea îmbolnăvirii;
- ***funcţia curativă***, ce rezidă în tratarea maladiilor umane şi orientarea individului spre respectarea unui mod sănătos de viaţă.

Evident că sistemul ocrotirii sănătăţii, în statele dezvoltate, este permanent în căutare pentru a elabora şi a promova strategii şi politici eficiente pentru realizarea acestor trei funcţii.

În virtutea faptului că analizăm ES în contextul sănătăţii publice, considerăm necesar să scoatem în evidenţă importanţa celor trei principii de bază ale educaţiei pentru sănătate.

Primul principiu este cel al priorităţii: cu cât intervenţia în cariera sănătăţii este mai timpurie, cu atât educaţia pentru sănătate va fi mai eficientă. În momentul de faţă, morbiditatea oamenilor depinde într-o măsură mal mare de particularităţile conduitei lor, decât de factorii mediului înconjurător. Este extrem de important ca din fragedă copilărie, în cadrul familiei, al instituţiilor preşcolare şi al şcolii să li se cultive copiilor o atitudine serioasă şi responsabilă faţă de propria sănătate.

Al doilea, principiul specificităţii şi autorităţii, orientează spre conştientizarea faptului că opinia persoanelor cu autoritate legitimă este mai credibilă, mai cu seamă dacă aceştia constituie un exemplu eficient de comportament sanogenic. Anume din aceste considerente medicii, psihologii, pedagogii şi, desigur, părinţii sunt datori să urmeze un mod sănătos de viaţă, comportându-se corect în toate ipostazele vieţii lor.

Al treilea principiu se referă la *integrarea educaţiei pentru sănătate în obiectivele politicii social-sanitare* a statului. Educaţia pentru sănătate trebuie să fie strâns legată de condiţiile concrete ale societăţii şi să fie în concordanţă cu statutul social-economic şi cultural al acesteia, precum şi cu progresele ştiinţifice [6].

Concepţia *noilor educaţii*, lansată de UNESCO în 1978, susţinută şi dezvoltată de savanţii contemporani, determină idealul educaţional modem, care presupune o sinteză a cunoştinţelor integrate despre om, natură, lume, viaţă, societate, educaţie şi univers. Conform accepţiunilor savanţilor din domeniul psihologiei sănătăţii, educaţia pentru sănătate poate fi realizată la câteva niveluri:

- Educaţia pentru sănătate care reprezintă o parte componentă a formării profesionale iniţiale, ceea ce va ajuta specialiştii medicali cu studii medii de specialitate în organizarea şi menţinerea sănătăţii

populaţiei şi formarea unui mod sănătos de viaţă la nivel de comunitate.

• Educaţia pentru sănătate ce cuprinde noţiunile teoretice şi aspectele practice care trebuie integrate în pregătirea profesională a specialiştilor medicali cu studii medii, care ocupă funcţii cu caracter predominant educativ, pentru ca prin activitatea lor profesională să contribuie la includerea efectivă a educaţiei pentru sănătate în formele de instruire şi educaţie la nivelul tuturor păturilor comunităţii.

• Educaţia pentru sănătate ce înglobează ansamblul teoretic şi practic al acţiunilor educative destinate întregii populaţii. În acest caz, scopul este obţinerea unei cooperări eficiente în aplicarea politicilor de promovare a modului sănătos de viaţă şi organizarea condiţiilor pro-sănătate.

Sănătatea reprezintă o valoare, un patrimoniu social, uman, ea nu este o problemă pur medicală, ci angajează responsabilitatea şi unirea eforturilor individului, ale întregii societăţi şi ale specialiştilor din domeniul ocrotirii sănătăţii. Astfel, dezideratele noilor educaţii includ educaţia pentru sănătate care poate fi ajustată la educaţia morală, intelectuală, tehnologică, estetică, psihofizică a personalităţii umane.

Pornind de la înţelegerea profundă a comportamentelor pro-sănătate, care în ansamblul lor formează modul sănătos de viaţă, dar şi de la conştientizarea factorilor de risc ce subminează sănătatea individului, după cum am menţionat anterior, diverşi specialişti [8] au delimitat un nou domeniu ştiinţific – *psihologia sănătăţii*. Acesta vizează cultura prevenţiei bolilor şi are drept obiective: promovarea şi menţinerea sănătăţii, prevenirea şi tratarea bolilor; identificarea cauzelor îmbolnăvirii şi corecţia conduitei în scopul fortificării sănătăţii, consolidarea interesului pentru sănătate.

În această ordine de idei, vom elucida acţiunile individului, ca figură-cheie al comunităţii, pentru a-şi planifica şi forma un mod sănătos de viaţă. Desigur, totul începe de la definirea obiectivelor personale, care reprezintă un pas important în formarea conduitelor pro- sănătate. Dacă trebuinţele şi expectaţiile nu sunt transformate în obiective specifice, ele pot rămâne doar la etapa iniţială de idei, trezind sentimente de frustare, în loc de urmarea şi realizarea planurilor concrete pentru schimbare. Definirea unor obiective realiste, adecvate vârstei, necesităţilor, dorinţelor şi disponibilităţii, asigură oportunităţile pentru realizarea lor şi trăirea satisfacţiei, fapt care contribuie la consolidarea respectului de sine, atât de important pentru orice persoană. Cunoaşterea de către asistentul medical al mediului intern al familiilor din comunitatea deservită, care reprezintă figura-ţintă în activitatea sa de promovare a sănătăţii, va asigura succesul în definirea obiectivelor specific de către membrii comunităţii..

În acest context, populaţia trebuie să fie familiarizată cu conţinutul trebuinţelor/nevoilor omului, care sunt delimitate de specialişti în:

a) *nevoi biogenice*: foamea, setea, confortul elementar la nivel biologic şi securizarea fizică de schimbările climatului;

b) *nevoi psihogenice*: nevoia de comunicare, relaţionare, apreciere, de stimă etc.

Este important să trezim conştiinţa populaţiei, convingând-o în faptul că, după estimările OMS, 70% din decesurile premature ale adulţilor sunt cauzate de deprinderile nocive, formate încă în adolescenţă.

Relevante în context investigaţional pentru formarea/schimbarea atitudinii subiecţilor sunt modelele care se bazează pe teoria cognitiv-comportamentală a personalităţii. Printre ele se atestă şi *modelul formării convingerilor despre sănătate* (Health Belief Model – HBM). Modelul dat a fost dezvoltat pentru a explica modul de formare a comportamentelor axate pe menţinerea sănătăţii. Conform acestui model, un comportament pro-sănătate se cultivă prin evaluarea de către individ a două componente:

1. Percepţia ameninţării bolii sau comportamentului de risc, determinată de informaţia pe care persoana o are despre acel comportament sau boală. Am ţinut cont de faptul că sănătatea este influenţată de trei factori:

- *valorile generale privind sănătatea* (cunoştinţe despre rezistenţa organismului, structura lui anatomo-fiziologică etc.);
- *convingerile privind vulnerabilitatea la o anumită boală* (mama/tata este supraponderal şi eu pot deveni astfel ş.a.);
- *convingerile despre consecinţele bolilor.*

2. Costurile şi beneficiile comportamentului. Evaluarea acestora reprezintă un factor important în formarea atitudinii faţă de comportamentele protectoare şi evitarea celor de risc, în luarea deciziei adecvate pentru adoptarea şi urmarea unui stil de viaţă sănătos. Aceste costuri sau consecinţe pot fi materiale (*Am nevoie de bani ca să frecventez o sală de sport*) sau psihologice (*Dacă practic sportul, trebuie să evit fumatul sau folosirea băuturilor alcoolice*).

Prin urmare, modelul formării convingerilor despre sănătate orientează spre evidenţierea unei condiţii foarte importante pentru realizarea educaţiei pro-sănătate, care poate fi definită astfel: necesitatea formării convingerilor despre sănătate la populaţie, care se află într-o interconexiune strânsă cu aspectul cognitiv şi cel emoţional. În consens

cu care dezvoltăm modelul, delimitând încă două condiţii: organizarea cunoașterii/iniţierea membrilor comunităţii în dobândirea informaţiei cu privire la sănătatea omului și menţinerea ei, inclusiv cultivarea interesului, satisfacţiei și responsabilităţii pentru propria sănătate.

Următorul pas în formarea modului sănătos de viaţă la populaţie este orientat spre iniţierea, apoi consolidarea atitudinilor și comportamentului sănătos, deci rezidă în organizarea/menţinerea acţiunilor, susţinerea efortului volitiv depus din partea individului, care reprezintă o altă condiţie necesară în realizarea cu succes a educaţiei pentru sănătate.

Este cunoscut faptul că atitudinile îi ghidează pe oameni spre un comportament pozitiv faţă de sănătate sau, dimpotrivă, spre unul negativ. Comportamentele faţă de propria sănătate se pot rezuma la 5 tipuri de credinţe/atitudini [8; 9]:

- valorile generale despre sănătate, incluzând un anumit interes și o anumită grijă pentru sănătate (*Mă îngrijorează sănătatea mea*);
- percepţia conform căreia ameninţarea sănătăţii de către cineva sau boală este un fenomen grav (*Dacă mă îmbolnăvesc de cancer – mor*);
- credinţa în propria vulnerabilitate faţă de o anumită boală (*Fumând, mă pot îmbolnăvi de cancer pulmonar*);
- credinţa că anumite măsuri pot fi eficiente pentru a îndepărta cauzele (*Dacă renunţ la fumat, nu mă îmbolnăvesc de cancer pulmonar*);
- credinţa că propriul organism poate reacţiona (*Pot să mă las de fumat*).

Cu regret, oamenii își creează destule credinţe și raţionamente care îi împiedică să practice un comportament favorabil sănătăţii. În această ordine de idei, formulăm următoarea condiţie decisivă de educaţie pro-sănătate: cultivarea și promovarea activă a modului sănătos de viaţă, care este constituit dintr-un ansamblu de strategii și stiluri pro-sănătate, ce interacţionează și formează felul de a fi al omului/modus vivendi.

Analiza *componentelor modului de viaţă* permite corelarea lor cu strategiile și metodele de cultivare a stilului sănătos de viaţă în rândurile populaţiei. Stilul de viaţă include, de fapt, o strategie de comportare, prin care oamenii își desfășoară variate aspecte ale vieţii lor: munca, recreerea, alimentaţia, soluţionarea problemelor și altele. Analiza conceptului și a fenomenului respectiv ne-a permis să observăm că modul implică mai degrabă o structură complexă decât un eveniment izolat, iar componentele acestuia includ tipologii speciale de comportament axat pe respectarea unei strategii care poate fi definită ca stil de viaţă.

Concluzii

1. Educaţia pentru sănătate presupune formarea și dezvoltarea în rândul populaţiei, începând de la cea mai fragedă vârstă, a unei concepţii și a unor comportamente pozitive, echilibrate în scopul consolidării sănătăţii, dezvoltării armonioase și fortificării organismului, adaptării lui la condiţiile mediului natural și social.

2. Sănătatea reprezintă o valoare, un patrimoniu social, uman, ea nu este o problemă pur medicală, ci angajează responsabilitatea și unirea eforturilor individului, ale întregii societăţi și ale specialiștilor din domeniul ocrotirii sănătăţii.

3. Educaţia pentru sănătate reprezintă componenta de informare-formare cu privire la urmarea unui comportament sănătos și promovarea sănătăţii, prevenţia bolii; în acest context educaţia pentru sănătate și promovarea sănătăţii sunt strâns legate între ele.

4. Psihologia sănătăţii vizează cultura prevenţiei bolilor și are drept obiective: promovarea și menţinerea sănătăţii, prevenirea și tratarea maladiilor; identificarea cauzelor îmbolnăvirii și corecţia conduitei în scopul fortificării sănătăţii, consolidarea interesului pentru sănătate.

Bibliografie

1. Văideanu G. *Educaţia la frontiera dintre milenii*, Bucureşti: EDP, 1988, 318 p.
2. Bursuc B. *Educaţie pentru sănătate*. Cluj-Napoca, 2005, p. 6-29.
3. Cuzneţov L., Apostol Stanică L. *Psihologia sănătăţii ca domeniu ştiinţific de fundamentare a conduitelor pro-sănătate în contextul educaţiei pentru sănătate a liceenilor*. În: Studia Universitatis, Seria Ştiinţe ale Educaţiei, USM, 2009, nr. 9 (29), p. 101-122.
4. Abraham P. Nicolaescu D. *Justiţia terapeutică*. Arad: Ed. Concordia, 2006, 300 p.
5. Apostol Stanică L. *Educaţia pentru sănătate a adolescenţilor şi a familiei: unele principii, strategii şi tehnologii*. În: Probleme actuale ale ştiinţelor umanistice. Analele ştiinţifice ale doctoranzilor şi competitorilor UPS „I. Creangă" din Chişinău, vol. VIII, partea I, 2009, p. 325-333.
6. Druguş L. *Economica şi Politica Sănătăţii*. În: Managementul sănătăţii. Iaşi: Ed. Sedcom Libris, 2000, 220 p.
7. Frank K., Murphy R., Nistreanu E. *Pentru un mod de viaţă mai sănătos*. Chişinău: Corpul Păcii SUA în Republica Moldova, 2001, 298 p.
8. Râşcanu R. *Psihologia sănătăţii: de la credinţe şi explicaţii la sisteme de promovare a ei*. În: Psihologia la răspântia milenilor (coord. M. Zlate). Iaşi: Polirom, 2001, p. 199-230.
9. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: *A Social Cognitive Theory*. Prentice Hall. Englewood Cliffe, New Jersey, 1986, 617 p.
10. Apostol P. *Viitorul*. Bucureşti: Ed. Enciclopedică, 1977, 373 p.

Prezentat la 07.07.2013

ASPECTE DE PROMOVARE A SĂNĂTĂȚII ŞI EDUCAȚIE PENTRU SĂNĂTATE ÎN INSTITUȚIILE DE ÎNVĂȚĂMÂNT PREUNIVERSITAR

Grigore FRIPTULEAC, Vasile GUȘTIUC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Aspects of health promotion and health education in schools education

Were subjected to pre-university institutions interviewing leaders in Chisinau. It was determined that 69.6% were induced in the curricula of study hours to promote health and health education at different levels of undergraduate instruction. Need PSES module is referred to 95.5% of respondents. Using age appropriate educational programs and materials, will help improve the health of students.

Keywords*: promoting health, education for health, curriculum.*

Резюме

К вопросу о формировании здорового образа жизни в общеобразовательных школах

Были опрошены руководители общеобразовательных школ из муниципия Кишинэу. Было установлено, что 69,6% из них ввели в учебный план курс Формирование Здорового Образа Жизни. Необходимость введения данного курса подтвердили 95,5% опрошенных. Использование программ и дидактических материалов, соответствующих возрасту, улучшит состояние здоровья учеников.

Ключевые слова*: здоровый образ жизни, гигиеническое воспитание, учебный план.*

Introducere. Promovarea sănătăţii şi educaţia pentru sănătate (PSES) este o responsabilitate a întregii societăţi, şi nu doar a sectorului de sănătate, de aceea colaborarea intersectorială în implementarea programelor respective la nivel comunitar, îndeosebi în rândul adolescenţilor, este considerată ca element-cheie al procesului de studii [1, 3].

Şcoala este unul dintre cei mai importanţi parteneri în activităţile de PSES. Anume la acest nivel, unde există un contact direct şi de durată cu tânăra generaţie, se pot forma atitudini şi deprinderi indispensabile unui comportament responsabil şi sănătos [2].

Potrivit afirmaţiei UNESCO, sănătatea în rândul elevilor este o investiţie în viitorul unei ţări şi în capacitatea poporului său de a asigura dezvoltarea economică şi socială [7].

Începând cu anii '80 ai secolului trecut, în Europa a început să se dezvolte conceptul de „Școală care promovează sănătatea", proiect lansat de OMS-EURO în parteneriat cu Consiliul Europei și Comisia Europeană. Iniţial acest proiect a debutat în 1991, în Ungaria, Cehia, Slovacia şi Polonia, cu implicarea ulterioară pe parcursul anilor a peste 40 de ţări din Europa şi extinzându-se concomitent şi în celelalte birouri regionale ale OMS [5]. Actualmente, în multe ţări, PSES este inclusă ca disciplină obligatorie în curricula şcolară, începând din clasa întâi până într-a douăsprezecea, folosindu-se pentru fiecare ciclu de dezvoltare programe şi materiale didactice adecvate vârstei [1, 4].

Există mai multe argumente ce pot fi aduse în favoarea realizării PSES în cadrul unităţilor de învăţământ, precum şi a beneficiilor pentru societate:

- creşte o populaţie şcolară educată pentru un stil de viaţă sănătos;
- permite accesul larg la informaţie corectă, atât în mediul urban, cât şi în cel rural;
- realizează în mod indirect educaţia adulţilor;
- contribuie la scăderea numărului de îmbolnăviri şi a comportamentelor cu risc;
- permite sporirea eficienţei asistenţei medicale şi scăderea costurilor acesteia [6].

Materiale şi metode. A fost aplicat un chestionar pentru conducătorii instituţiilor de învăţământ preuniversitar, fiind intervievaţi 154 de conducrtori din 160 instituţii dislocate pe teritoriul municipiului Chişinău.

Întrebările au fost adresate cu scopul determinării şi evidenţierii aspectelor de organizare şi desfăşurare a activităţii de PSES în instituţiile dirijate, precum şi aprecierii nivelului de percepţie al profesorilor privind necesitatea introducerii în curricula şcolară a modulului de promovare a sănătăţii şi educaţie pentru sănătate.

Rezultate şi discuţii. Conform rezultatelor obţinute, am stabilit că în 78,6% din instituţiile de învăţământ preuniversitar din municipiul Chişinău programul de studii include şi ore de PSES, însă, în acelaşi timp, în 21,4% din instituţii asemenea ore lipsesc.

Conducătorii instituţiilor de învăţământ preuniversitar, în programul de studiu a cărora sunt incluse ore de PSES, în 69,6% cazuri au indicat că ultimele sunt predate la toate nivelurile de instruire preuniversitară, începând cu clasa I şi până în clasa a XII-a; 11,6% au indicat că aceste ore sunt petrecute numai la nivelul claselor primare (cl. I–IV), 13,4% – la nivelul claselor gimnaziale (cl. V-VIII), iar 5,4% au marcat că ele sunt predate numai la nivelul claselor liceale (cl. IX-XII). Aceste cifre denotă prezenţa deficienţelor în planificarea orelor de PSES.

Lasă de dorit şi metodologia de predare a orelor modulului respectiv. În 76,3% din instituţiile de învăţământ, aceste lecţii sunt predate în cadrul orelor de clasă, în 13,5% din instituţii – poartă caracter opţional sau facultativ şi numai în 10,2% din instituţii lecţiile de PSES sunt introduse în curricula şcolară ca un curs de lecţii obligatorii.

O importanţă deosebită în educaţia tinerei generaţii, în contextul practicării unui mod sănătos de viaţă, îl are nivelul de calificare al formatorilor. Datele studiului au evidenţiat că nicio instituţie de învăţământ preuniversitar nu dispune de cadre calificate în acest domeniu. În 56,3% din instituţii aceste ore sunt citite de către dirigintele de clasă, în 26,2% – de către un alt profesor (preponderent profesorul de biologie), în 3,9% – de către lucrătorul medical din instituţie, iar în 13,6% cazuri se practică forma mixtă de predare a orelor de PSES, cu implicarea a mai multor persoane.

Analiza datelor obţinute privind frecvenţa şi durata orelor de PSES relevă faptul că în 45,8% din instituţiile în care se ţin aceste lecţii, ultimele sunt desfăşurate o dată în lună, în 33,4% din instituţii – săptămânal, iar în 20,8% din ele respondenţii au indicat o altă periodicitate de desfăşurare a lor. Concomitent, 95,9% din respondenţi au indicat că lecţiile de PSES au o durată obişnuită (45 min.), 4,1% indicând o altă durată de desfăşurare a acestor ore.

Materialele utilizate în procesul instructiv-educativ reflectă o discrepanţă între instituţiile de învăţământ în ce priveşte materialele aplicate în cadrul orelor de PSES. Astfel, în 35,3% din instituţii, în cadrul acestor ore sunt utilizate curricule şi ghiduri practice aprobate de Ministerul Educaţiei, în 18,5% din ele sunt utilizate materialele acumulate din surse mass-media, în 7,6% cazuri – materialele obţinute de la lucrătorii medicali (cărţi, broşuri, pliante etc.) şi în 38,6% din instituţiile de învăţământ preuniversitar, în procesul instructiv-educativ se utilizează materiale didactice obţinute din diverse surse.

Analiza rezultatelor obţinute referitor la nivelul de percepţie privind necesitatea introducerii în curricula şcolară a modulului de PSES a stabilit că aceasta este susţinută de 95,5% din respondenţi. Totodată, 1,9% din conducători s-au pronunţat împotriva introducerii în instituţiile de învăţământ preuniversitar a unor astfel de ore.

Evaluarea opiniei privind cea mai reuşită formă de predare a moduluiui de PSES a demonstrat că 57,5% din respondenţi afirmă că modulul dat ar fi necesar să fie predat de o persoană instruită în acest domeniu, 23,5% au indicat lucrătorul medical, iar 19,0% au opinat că acest curs de lecţii trebuie să fie predat de către dirigintele clasei.

Printre temele acceptate de a fi citite în cadrul orelor de PSES se numără: igiena personală; dezvoltarea fizică şi activitatea sportivă; nutriţia sănătoasă; maladiile infecţioase şi prevenirea lor; daunele consumului de alcool, drogurilor şi produselor din tutungerie; securitatea la trafic; violenţa; sănătatea şi dezvoltarea sexuală; sănătatea ocupaţională şi sănătatea mediului; sănătatea mintală.

Concluzii. Activitatea de promovare a sănătăţii şi educaţia pentru sănătate în instituţiile de învăţământ preuniversitar din municipiul Chişinău poartă un caracter dezorganizat şi dictează necesitatea elaborării şi implementării unei curricule obligatorii, cu folosirea pentru fiecare ciclu de dezvoltare a programelor şi materialelor didactice adecvate vârstei. Realizarea acestei măsuri va contribui esenţial la îmbunătăţirea comportamentului elevilor, la menţinerea şi fortificarea stării lor de sănătate.

Bibliografie

1. Eţco C., Maximenco Elena, Bahnarel I. et al. *Program de promovare a sănătăţii adolescenţilor la nivel comunitar în Republica Moldova*. Monografie, Chişinău, 2012, 136 p.
2. Guştiuc V. *Optimizarea activităţii de educaţie pentru sănătate în instituţiile de învăţământ preuniversitar din mun. Chişinău*. Teza de master în Managementul Sănătăţii Publice. Chişinău, 2009, 79 p.
3. Popuşoi E., Calmâc V. *Cu privire la măsurile de optimizare a educaţiei pentru sănătate şi promovare a modului sănătos de viaţă. Problemele actuale ale sănătăţii populaţiei şi reformei asistenţei medicale*. Autoreferat al tezei de dr. în medicină, Chişinău, 2000, p.126-128.
4. Programul Naţional *Educaţia pentru Sănătate în Şcoala Românească*. Bucureşti, 2001.
5. *Promovarea sănătăţii şi educaţie pentru sănătate*. Şcoala Naţională de Sănătate Publică şi Management Sanitar, Bucureşti: Public H Press, 2006.
6. www.isj.rdsbv.ro
7. www.unesco.org/education

Prezentat la 01.07.2013

MECANISMUL DE FORMARE A LISTEI MEDICAMENTELOR COMPENSATE DIN FONDURILE ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Mircea BUGA, Ghenadie DAMAȘCAN, Maria MARUSEAC, Doina-Maria ROTARU,
Compania Națională de Asigurări în Medicină

Summary

The mechanisms of formation list of compensated drugs of mandatory health insurance

One of the key benefits of the guarantees basket in primary care is the compensated drugs. The trend of increasing financial resources to cover these drugs requires the completion of the mechanisms of their formation list. It is elucidated the sequence of activities that should be covered for a drug to be included in the list of compensated drugs of mandatory health insurance. In this article are exposed the structures that are involved in formation of compensated drugs list and the limits of their competence.

Keywords*: list of compensated drugs, health insurance fund, primary health care.*

Резюме

Механизм формирования Списка компенсируемых медикаментов из фондов обязательного медицинского страхования

Одним из ключевых преимуществ, гарантируемых первичной медицинской помощью, является обеспечение компенсированными медикаментами. Тенденция увеличения финансовых ресурсов, предназначенных для покрытия расходов на эти препараты, обуславливает развитие механизмов формирования Списка медикаментов, компенсируемых из фондов обязательного медицинского страхования. Также рассматривается ряд действий, необходимых для включения медикаментов в Список медикаментов, компенсируемых из фондов обязательного медицинского страхования. В статье представлены структуры, которые участвуют в разработке и формировании списка компенсированных медикаментов, и пределы их компетенции.

Ключевые слова*: список компенсированных медикаментов, фонд обязательного медицинского страхования, первичная медицинская помощь.*

Introducere. Unul dintre beneficiile esenţiale ale coşului de garanţii din cadrul asistenţei medicale primare îl constituie medicamentele compensate. Compensarea din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală a costurilor medicamentelor a fost implementată începând cu anul 2005, întru sporirea accesului persoanelor asigurate la medicamente, ţinând cont de numărul mare al maladiilor ce pot fi tratate în condiţii de ambulatoriu.

Prezentarea materialului de bază. Suma achitată pentru medicamentele compensate este în permanentă creştere – de la 81400,0 mii lei în anul 2005 până la 192449,3 mii lei în anul 2013, sau cu 142%.

Spectrul de remedii de pe listă este revăzut în permanenţă. Aceasta impune mecanisme clare şi transparente de formare a listei medicamentelor compensate.

Mecanismul de includere a medicamentelor compensate este stabilit în Regulamentul Consiliului pentru medicamentele compensate, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătăţii, cu modificările și completările ulterioare [3]. Consiliul pentru medicamentele compensate este un organ consultativ, fără personalitate juridică, instituit pentru asigurarea transparenţei procesului de selectare şi acceptare a medicamentelor cu denumiri comune internaţionale (DCI) pentru includere în Lista medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, de care beneficiază persoanele asigurate, pe bază de prescripţie medicală.

Consiliul își desfășoară activitatea pe lângă Ministerul Sănătăţii, în baza prevederilor Legii ocrotirii sănătăţii [1], Regulamentului Consiliului pentru medicamentele compensate [3] și a altor acte normative în vigoare. Obiectivul de bază al Consiliului constă în definirea priorităţilor și acceptarea preparatelor (DCI) pentru includere în Lista medicamentelor compensate, în vederea asigurării accesului populaţiei la medicamente compensate. În acest scop Consiliul:

1) definește prioritățile și politicile de compensare a medicamentelor din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală și monitorizează realizarea acestora;
2) conlucrează cu comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii, cu alte instituţii interesate, în vederea identificării și propunerii medicamentelor spre compensare;
3) evaluează dosarele depuse de către comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătăţii în vederea selectării și acceptării medicamentelor pentru compensare;
4) determină sau modifică gradul de compensare a medicamentelor propuse pentru includere în Listă;
5) acceptă sumele fixe compensate pentru medicamentele evaluate, calculate de către Agenţia Medicamentului, și dispozitivelor medicale în baza metodologiei de calcul aprobate, pentru fiecare formă farmaceutică și doză separat;
6) înaintează propuneri de modificare și completare a cadrului normativ legal, în vederea facilitării accesului populaţiei la medicamentele compensate.

Consiliul este compus din 11 membri cu drept de vot și secretarul acestuia. Ședințele Consiliului sunt publice și se organizează în incinta Ministerului Sănătății. La ședințele Consiliului pot participa, în calitate de invitați, fără drept de vot, reprezentanții comisiilor de specialitate ale Ministerului Sănătății, ai instituțiilor cu funcție de control, ai societății civile și alte persoane interesate.

Consiliul acceptă medicamentele pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Se acceptă spre includere în Listă numai remediile care sunt înregistrate în modul stabilit în Republica Moldova, cu excepția medicamentelor OTC (Over the Counter), care se eliberează din farmacii fără prescripție medicală.

În Listă se includ, în mod prioritar, medicamentele fabricate conform Regulilor de bună practică de fabricație (Good Manufacturing Practices – GMP) și înregistrate de Agenția Europeană a Medicamentelor (European Medicines Agency – EMEA) sau în una dintre țările Uniunii Europene, Norvegia și Elveția, sau Autoritatea Statelor Unite ale Americii pentru Reglementarea Medicamentelor și Alimentelor (Food and Drug Administration – FDA, USA), Canada, Japonia, Australia și înregistrate în Catalogul național de prețuri de producător de medicamente. În listă se includ și preparate autohtone, produse în condiții GMP [2].

La identificarea medicamentelor propuse pentru compensare din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală, se evaluează nivelul morbidității, nivelul și structura mortalității și ale invalidității primare înregistrate în republică, mijloacele fondurilor asigurării obligatorii de asistență medicală planificate în acest scop și tendințele de utilizare a surselor financiare pentru perioada respectivă de timp.

Comisiile de specialitate ale Ministerului Sănătății depun cererile spre examinare pentru acceptarea medicamentelor în Listă. Cererile sunt însoțite de argumentări științifice bazate pe dovezi clinice privind eficiența medicamentelor propuse și impactul acestora asupra sănătății publice, calculele privind costul estimativ al tratamentului. Comisia prezintă Consiliului medicamentele înaintate spre compensare în ordine prioritară.

În baza propunerilor comisiilor de specialitate acceptate de Consiliu, lista medicamentelor compensate poate fi actualizată semestrial.

Consiliul propune pentru excludere din Lista medicamentelor compensate, dacă medicamentul își schimbă statutul din *„cu prescriere medicală"* în OTC și dacă există motive de natură farmaco-terapeutică justificate prin necesitatea de protejare a sănătății publice.

La propunerea Consiliului, lista medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală se aprobă prin ordinul comun al Ministerului Sănătății și al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină și se publică în Monitorul Oficial al Republicii Moldova [4].

Concluzii. Tendința de creștere a surselor financiare destinate acoperirii medicamentelor compensate impune perfectarea mecanismelor de formare a listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală. Mecanismul actual de formare a acestei liste este bine conturat, cu actori clari definiți, corespunzând rigorilor de transparență.

Bibliografie

1. *Legea ocrotirii sănătății* nr. 411 din 28.03.1995, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 34 din 22.06.1995.
2. Hotărârea Guvernului nr. 1372 din 23.12.2005 *Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală*, cu modificările și completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al RM nr. 176-181 din 30.12.2005.
3. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 914 din 19.09.2012 *Cu privire la Consiliul pentru medicamentele compensate al Ministerului Sănătății*.
4. Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Companiei Naționale de Asigurări în Medicină nr. 492/139-A din 22.04.2013 *Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistență medicală*, publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 110-113 din 17.05.2013.

Prezentat la 5.06.2013

TENDINȚELE DE SPORIRE A ACCESULUI PERSOANELOR ASIGURATE LA MEDICAMENTE COMPENSATE ÎN CADRUL ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ

Constantin EȚCO[1], Mircea BUGA[2], Ghenadie DAMAȘCAN[2], Maria MARUSEAC[2], Doina-Maria ROTARU[2],
[1]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*;
[2]Compania Națională de Asigurări în Medicină

Summary

Increasing tendences for the acces of insured persons to the compensated drugs from the mandatory health insurance

The compensation of drugs is one of the guarantees granted under the scheme of mandatory health insurance. In this article are presented the study results that provide the persons access to compensated drugs. For this propose have been analyzed the changes of drugs groups included

in the list of partially / fully compensated drugs, it was assessed the dynamics of financial resources for purchasing the compensated drugs and the actual expenses. In order to evaluate the geographic access was studied the dynamics of number of pharmacies contracted by the National Health Insurance Company. The studies covered the period from 2005 to 2013.

***Keywords**: compensated drugs, mandatory health insurance, availability of compensated drugs.*

Резюме

Тенденции повышения доступности застрахованных лиц к получению компенсируемых медикаментов из фондов обязательного медицинского страхования

Компенсирование лекарственных препаратов является одной из гарантий, предоставляемой первичной медицинской помощью в области обязательного медицинского страхования.

В статье представлены результаты анализа доступности застрахованных лиц к получению компенсированных медикаментов. С этой целью были рассмотрены изменения, внесённые в список частично/полностью компенсированных медикаментов, была изучена динамика финансовых средств, предназначенных на закупку компенсированных медикаментов и их реальные затраты. Для изучения географической доступности была исследована динамика количества аптек, которые заключили контракт с Национальной компанией медицинского страхования. Исследования охватили период с 2005 года по 2013 год.

***Ключевые слова**: компенсированные медикаменты, обязательное медицинское страхование, доступность компенсированных медикаментов.*

Introducere. Compensarea medicamentelor din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală este o garanţie care se acordă beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie începând cu anul 2005. Prin introducerea acestei garanţii, Compania Naţională de Asigurări în Medicină a urmărit obiectivul sporirii accesului persoanelor asigurate cu boli cornice la tratament medicamentos, deoarece este bine cunoscut faptul că cheltuielile pentru medicamente constituie 80% din cheltuielile pentru tratament, fiind povara cea mai mare pentru pacienţi.

Medicamentele compensate sunt prescrise pentru a fi folosite în tratamentul ambulatoriu, sub supravegherea medicului de familie sau a medicilor-specialişti. Medicii de familie prescriu preparate în baza reţetei pentru medicamente compensate. În cazul pacienţilor cu afecţiuni psihice (schizofrenie, epilepsie), cu diabet zaharat tip I insulinodependenţi (insuline injectabile), medicamentele compensate sunt prescrise de către medicii-psihiatri, neurologi, endocrinologi și/sau medicul de familie, după caz.

Pe un formular de reţetă se prescrie numai un medicament compensat, pentru o perioadă de maxim două luni de tratament. Formularul de reţetă prescris este valabil 15 zile de la data prescrierii și este acceptat în toate farmaciile contractate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină pe întreg teritoriul Republicii Moldova [1].

Materiale și metode. Pentru a cerceta accesul persoanelor la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, au fost studiate următoarele aspecte:

1) modificările grupelor de medicamente compensate incluse în lista medicamentelor parţial/integral compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală;
2) dinamica surselor financiare destinate pentru procurarea medicamentelor compensate;
3) dinamica cheltuielilor privind prescrierea preparatelor compensate;
4) dinamica numărului de farmacii contractate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină, în scopul evaluării accesului geografic;
5) dinamica numărului de reţete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală.

Studiile au cuprins perioada 2005–2013.

Rezultate obţinute și discuţii. Conform *Legii cu privire la asigurarea obligatorie de asistenţă medicală* nr. 1585-XIII din 27.02.1998, sistemul asigurării obligatorii de asistenţă medicală oferă cetăţenilor Republicii Moldova posibilităţi egale în obţinerea asistenţei medicale în același volum prevăzut de Programul unic al asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, precum și a medicamentelor compensate eliberate în conformitate cu prevederile legislaţiei.

Există o listă a medicamentelor compensate care este aprobată de Ministerul Sănătăţii, în comun cu Compania Naţională de Asigurări în Medicină, și este revizuită și completată anual de către specialiștii principali ai acestor instituţii.

Scopul modificării listei medicamentelor compensate constă în asigurarea cu medicamente a pacienţilor cu maladii rare și complicate, precum și îmbunătăţirea accesului bolnavilor la celelalte medicamente compensate.

Modificarea sau completarea Listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală este atribuţia Consiliului pentru medicamentele compensate al Ministerului Sănătăţii, aprobat prin Ordinul MS nr. 914 din 19.09.2012, cu modificările și completările ulterioare [2].

Pe parcursul anilor 2005-2013, au fost efectuate un șir de modificări și completări în Lista medicamentelor compensate. Extinderea acestei liste pe parcursul anilor 2005-2013 este prezentată în *tabelul 1*.

Tabelul 1

Extinderea listei medicamentelor compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală, anii 2005-2013

Anii	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2013
Denumiri comune internaţionale	9	35	53	53	53	90	92	81
Denumiri comerciale	124	230	384	485	485	748	934	411

În lista actuală a medicamentelor compensate, unele preparate au fost substituite cu remedii de generaţie nouă, mai eficiente şi mai calitative. O parte din denumirile comune internaţionale au fost excluse, deoarece mecanismul de acţiune a acestor preparate se dubla. Astfel, s-a permis includerea preparatelor noi pentru tratamentul mai multor maladii.

Lista actuală constă din 3 capitole principale: medicamente compensate parţial (în medie cu 50%), medicamente compensate parţial (în medie cu 70%) şi medicamente compensate integral (100%) [3].

În capitolul 1 – *Medicamente compensate parţial (în medie cu 50%)* – sunt incluse preparatele compensate pentru tratamentul maladiilor cardiovasculare, ale aparatului digestiv şi hipertensiunii arteriale.

În capitolul 2 – *Medicamente compensate parţial (în medie cu 70%)* – sunt incluse remediile compensate pentru tratamentul maladiilor endocrine şi al astmului bronşic.

În capitolul 3, intitulat *Medicamente compensate integral (100%)*, sunt incluse medicamentele compensate pentru tratamentul şi profilaxia la copii de vârsta 0-5 ani, profilaxia anemiilor la femei gravide şi profilaxia malformaţiilor, tratamentul epilepsiei, bolii şi sindromului Parkinson, bolilor psihice (demenţă, schizofrenie, tulburare afectivă bipolară, epilepsie cu tulburări psihice), diabetului zaharat tip I insulinodependent (insulinele injectabile) şi tip II insulinoindependent (antidiabeticele orale), astmului bronşic, epidermolizei buloase, bolilor de sistem şi autoimune, maladiilor oftalmologice (glaucom), miasteniei gravis şi mucoviscidozei.

Eficientizarea alocaţiilor pentru medicamente compensate este unul dintre obiectivele principale ale Strategiei de dezvoltare instituţională a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină pentru anii 2013-2017 [4]. Obiectivul dat prevede majorarea ponderii alocărilor pentru medicamentele compensate din fondul de bază al CNAM şi a cotei maxime de compensare.

Sursele financiare destinate procurării medicamentelor compensate sunt în permanentă creştere şi, ca urmare, se acordă atenţie deosebită utilizării eficiente a acestor surse financiare. Dinamica alocaţiilor pentru medicamente compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală în anii 2005-2012 este prezentată în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Dinamica alocaţiilor pentru medicamentele compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală în anii 2005-2012

Anii	Planificat (lei)	Cheltuieli efective (lei)	Îndeplinirea planului anual, %
2005	81 400 000	7 403 500	9,09%
2006	36 600 000	23 814 800	65,06%
2007	42 260 000	40 910 200	96,80%
2008	60 403 900	55 291 200	91,53%
2009	80 600 000	74 055 300	91,88%
2010	116 850 000	116 848 870	99,99%
2011	150 000 000	153 515 009	102,30%
2012	166 244 100	166 244 073	99,99%

În urma analizei dinamicii sumelor planificate pentru prescrierea medicamentelor compensate, s-a constatat că sumele planificate pentru procurarea acestora au crescut considerabil – de la 81400,0 mii lei în anul 2005 până la 192449,3 mii lei în anul 2013, sau cu 142% (*figura 1*).

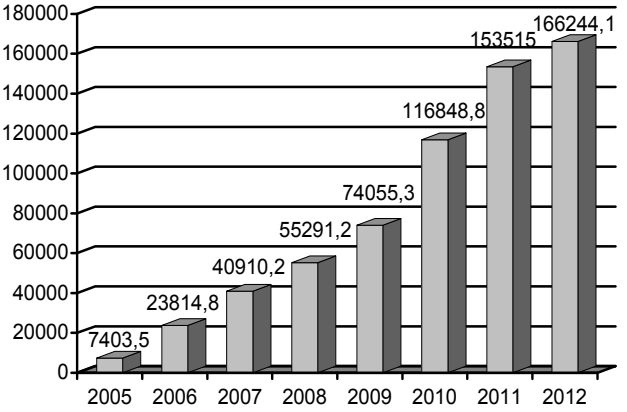


Figura 1. *Dinamica cheltuielilor efective privind procurarea medicamentelor compensate în anii 2005-2012 (lei)*

În scopul evaluării accesului geografic, a fost studiată dinamica numărului de farmacii contractate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină.

În scopul facilitării accesului persoanelor asigurate la medicamente compensate şi gratuite, agenţiile teritoriale ale Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină, în anul 2012, au contractat 258 de instituţii farmaceutice şi filialele acestora. Astfel, au fost contractate 31 de instituţii farmaceutice publice şi 227 instituţii farmaceutice private (*figura 2*).

În urma analizei efectuate, s-a constatat că numărul contractelor cu instituţiile farmaceutice a fost în permanentă creştere – de la 100 de contracte în anul 2005 până la 258 în anul 2013, ceea ce constituie 138,7%.

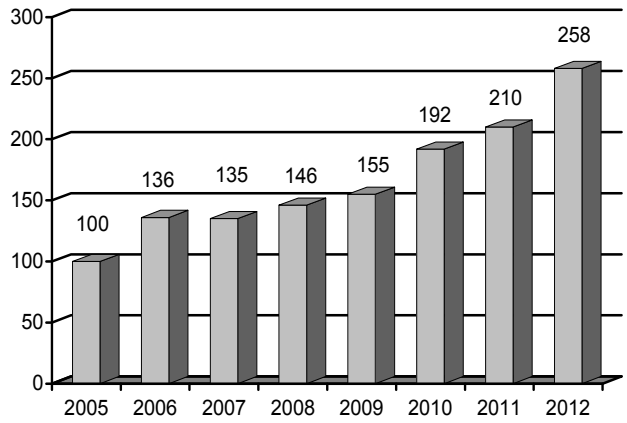


Figura 2. *Dinamica numărului de farmacii contractate de Compania Naţională de Asigurări în Medicină, anii 2005-2012*

De asemenea, pe parcursul anilor 2006-2012 a crescut considerabil şi numărul reţetelor compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală. Dinamica numărului de reţete pe ani este prezentată în *tabelul 3*.

Tabelul 3

Dinamica numărului de reţete compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală, anii 2006-2012

Anii	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Numărul reţetelor	732778	1644088	1975526	2180566	2744387	3212730	3197780

În urma studiului efectuat, s-a observat creşterea numărului de reţete compensate – de la 732778 în anul 2006 până la 3197780 în anul 2012, sau de 4,4 ori.

Concluzii

1. În cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală a avut loc o sporire considerabilă a accesului persoanelor asigurate la medicamentele compensate, fapt demonstrat prin dinamica alocaţiilor pentru preparate compensate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală în anii 2005-2012.

2. A avut loc o creştere a cheltuielilor efective pentru acoperirea procurării medicamentelor compensate de la 7,4 mil. la 166,2 mil. lei, sau de 22,5 ori.

3. Lista medicamentelor compensate a fost extinsă anual, cu introducerea mai multor denumiri de remedii pentru diverse maladii – de la 9 DCI în anul 2005 până la 81 de DCI în anul 2013 (sau de 9 ori).

4. Numărul contractelor încheiate între instituţiile farmaceutice şi Compania Naţională de Asigurări în Medicină a crescut de la 100 în anul 2005 până la 258 de contracte în 2013, ceea ce constituie 138,7%.

5. S-a majorat numărul reţetelor compensate, eliberate beneficiarilor sistemului de asigurare obligatorie de asistenţă medicală – de la 732778 în anul 2006 până la 3197780 în anul 2012, sau de 4,4 ori.

Bibliografie

1. Hotărârea Guvernului nr. 1372 din 23.12.2005 *Cu privire la modul de compensare a medicamentelor în condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală*, cu modificările şi completările ulterioare, publicată în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 176-181 din 30.12.2005.
2. Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 914 din 19.09.2012 *Cu privire la Consiliul pentru medicamentele compensate al Ministerului Sănătăţii*.
3. Ordinul comun al Ministerului Sănătăţii şi Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 492/139-A din 22.04.2013 *Cu privire la medicamentele compensate din fondurile asigurării obligatorii de asistenţă medicală*, publicat în Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 110-113 din 17.05.2013.
4. *Strategia de dezvoltare instituţională a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină pentru anii 2013-2017*, aprobată prin Decizia Consiliului de Administraţie al CNAM din 13.11.2012.

Prezentat la 11.07.2013

CĂI DE SOLUŢIONARE A PROBLEMEI SUBFINANŢĂRII GRUPURILOR DE DIAGNOSTICE CU COMPONENTĂ SPORITĂ A CONSUMABILELOR COSTISITOARE

Daniel CIUREA[1], Constantin EŢCO[2], Mircea BUGA[3], Ghenadie DAMAŞCAN[3], Alexandru ŞARCO[4], Doina-Maria ROTARU[3],

[1]Centrul pentru Politici şi Servicii de Sănătate, Bucureşti, România;
[2]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *N. Testemiţanu*;
[3]Compania Naţională de Asigurări în Medicină;
[4]Proiectul *Servicii de Sănătate şi Asistenţă Socială*

Summary

Ways of solving the problem of underfunding the Diagnostics Groups with increased supplies of costly consumables

The introduction of the mechanism of financing on the basis of complexity of cases may cause the creation of incentives for providers of hospital services, to strengthen health care. The tactics to take the relative values of countries with experience in this field is specific for all those countries that have decided to implement the method of DRG financing. However, this solution should be regarded as a temporary one, the future trend is creating your own relative values because health systems differ from one country to another and therefore, can appear incomplete financing situations or over financing for certain Diagnostics Groups.

Thus, in the first half of 2013, in the Republic of Moldova, has been noticed the situation, that a number of hospitals have reported financial losses for patients requiring prostheses. In order to resolve this issue was conducted a study of possible ways to adjust the level of funding of hospital institutions that provide cases with enhanced component of costly consumables.

***Keywords**: underfunding, diagnostic group, costly consumables.*

Резюме

Пути решения проблемы недофинансирования диагностических групп с повышенным компонентом дорогостоящих расходных материалов

Введение механизма финансирования на основе сложности случаев может создать стимулы для предоставления большего количество услуг больницами. Практически все страны, которые решили внедрить метод финансирования DRG, на начальном этапе прибегают к перенятию относительных значений групп от стран, накопивших опыт в этой области.

Перспективным направлением является создание собственных относительных значений, так как системы здравоохранения варьируют от страны к стране и, следовательно, могут возникнуть ситуации чрезмерного или недостаточного финансирования для определенных групп диагнозов. Так, в первой половине 2013 года, в Республике Молдова наблюдалась ситуация, когда ряд больниц сообщили о финансовых потерях для пациентов, нуждающихся в дорогостоящих расходных материалов. Для того, чтобы решить эту проблему было проведено исследование о возможных путях решения покрытия затрат на компоненту дорогостоящих расходных материалов.

***Ключевые слова**: недофинансирование, диагностическая группа, дорогостоящие расходные материалы.*

Introducerea mecanismului de finanţare în bază de complexitate a cazurilor poate determina crearea unor stimulente pentru prestatorii de servicii spitaliceşti de a fortifica serviciile de sănătate, de a reduce durata mare de spitalizare şi numărul de spitalizări inutile, de a trata pacienţii în instituţiile corespunzătoare etc. Totodată, este necesar de recunoscut faptul că sistemul de complexitate a cazurilor este doar un instrument. Acesta trebuie implementat astfel încât să creeze stimulentele corecte pentru promovarea şi creşterea eficienţei, transparenţei şi pentru reducerea pierderilor în sectorul de sănătate.

Unul dintre elementele-cheie ale sistemului DRG (Diagnosis Related Groups) îl constituie „valorile relative" ale grupurilor de cazuri tratate.

La dezvoltarea şirului de valori relative pentru R. Moldova au participat mai mulţi experţi internaţionali, ei având o vastă experienţă în domeniu. Valorile relative ale DRG-urilor pentru Moldova au fost calculate plecând de la cel mai recent şir de valori relative calculate pentru Irlanda, prin ajustări cu datele clinice și financiare colectate din spitalele-pilot din Moldova, utilizând aplicaţia informatică *Power Performance Manager*.

Tactica de preluare a valorilor relative de la o ţară cu experienţă în acest domeniu este caracteristică practic pentru toate statele care au decis implementarea metodei de finanţare pe DRG. Această soluţie trebuie însă privită drept una temporară, tendinţa de viitor fiind crearea propriilor valori relative, deoarece sistemele de sănătate diferă de la o ţară la alta. Din aceste considerente, pot apărea situaţii de subfinanţare sau suprafinanţare pentru anumite grupuri de diagnostice.

Astfel, în prima jumătate a anului 2013, în Republica Moldova a fost observat faptul că o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienţii care necesitau protezări. În scopul soluţionării acestei probleme, a fost iniţiat studiul mecanismelor posibile pentru ajustarea nivelului finanţării instituţiilor spitaliceşti care prestează servicii în cazuri cu componentă sporită a consumabilelor costisitoare (protezelor). Au fost găsite următoarele căi:

1. *Revenire la un tarif pe caz ponderat propriu neutru (similar cu cel calculat pentru 2012)*

Această metodă presupune revenirea la tariful pe caz ponderat mai mare, calculat în decembrie 2012 pe baza datelor clinice ale pacienţilor trataţi în anul 2012 în spitalul respectiv și a bugetului care a acoperit furnizarea acestor servicii. Utilizarea acestui tarif ar conduce la realizarea unui buget pentru anul 2013 egal cu cel din 2012, dacă spitalul ar furniza aceleași servicii, ceea ce, statistic, este de aşteptat pe parcursul unui an de zile.

Avantajele folosirii acestei metode:

- Respectarea principiului de contractare a unui buget neutru în primul an după trecerea la mecanismul de finanţare DRG (așa cum s-a aplicat în majoritatea spitalelor din Moldova pentru anul 2013). Acest principiu a fost pe larg folosit pe plan internaţional.
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării.
- Se aplică spitalului-ţintă și nu afectează alte spitale.

Dezavantaje:

- Ar fi un pas înapoi de la principiul de egalizare a tarifelor pe caz ponderat ale spitalelor.
- Nu are la bază o metodă cantitativă de apreciere a nivelului corect al creşterii, ci doar metoda revenirii la bugetul neutru istoric.

În consecinţă, această metodă nu a fost agreată din cauza dezavantajului de a face un pas înapoi pe drumul reformei, către egalizarea tarifelor pe caz ponderat.

2. *Plata protezelor la nivel de cost real, din fond separat față de fondul DRG, pe bază de raportare a fiecărui caz*

Această metodă presupune ca spitalul să raporteze costul real pentru fiecare caz cu protezare în parte, alături de datele DRG, în fiecare lună. Practic, la sfârșitul lunii, se calculează costul total real al protezelor și se adaugă la suma calculată pe DRG pentru spital. Pentru o aplicare corectă a acestei metode, trebuie exclusă componenta *Proteze* din fiecare valoare relativă a DRG-urilor-țintă (diminuarea valorii relative a fiecărui DRG cu echivalentul costului protezei). În acest fel, plata internării și intervenției se face pe DRG, iar plata protezei se face prin decontare directă pe cost real.

Avantaje:

- Fiecare caz este plătit cu costul real al protezei.
- Se poate stabili plafonul maxim pentru procurarea de proteze (plafon pentru fiecare spital sau plafon național).
- Nu necesită un studiu suplimentar de costificare a protezării.
- Se aplică spitalului-țintă și nu afectează alte spitale.
- Acoperă costul real al fiecărei protezei (nu folosește costuri medii).

Dezavantaje:

- Introduce o nouă metodă de finanțare a pacienților spitalizați, în completarea plății pe mecanism DRG.
- Creează o dezechilibrare a valorilor relative ale DRG, prin extragerea componentei *Proteze* din valorile relative ale DRG-urilor-țintă.

În consecință, această metodă nu a fost agreată din cauza necesității de a introduce o metodă complementară de finanțare, pe lângă DRG.

3. *Realizarea unui studiu de costificare a protezării și ajustarea în consecință a nivelului finanțării prin DRG*

Metoda constă în realizarea unui studiu de costuri ale intervențiilor cu protezare și recalcularea costului DRG-urilor aferente, ținând cont și de costul real al protezelor. Noul cost per pacient în DRG-urile specifice unde au apărut protezări este calculat prin înlocuirea costului existent al protezelor (cota-parte a protezei din structura costului DRG-ului respectiv) cu costul real al protezei raportat de către spitale. În mod evident, această înlocuire se face exclusiv pentru acele DRG-uri, pentru care au fost raportate costurile protezelor în cadrul studiului respectiv.

Principalul rezultat al metodei îl constituie diferența dintre costul nou calculat și cel existent, diferență care reprezintă suma suplimentară pe care o primește spitalul pentru fiecare caz din DRG-ul respectiv. Pentru implementarea metodei, ajustarea poate fi exprimată, pentru finanțare, sub trei forme distincte.

a. ***Diferența Delta în lei*** – reprezintă diferența dintre costul final calculat și costul actual per DRG, exprimată în lei. Aceasta va trebui plătită lunar spitalelor pentru fiecare caz grupat în DRG-ul respectiv. Această metodă este similară cu plata protezelor la costul real, prezentată mai sus, cu diferența că plata se face la costul mediu. Avantajele și dezavantajele sunt cele prezentate mai sus.

b. ***Coeficienți de ajustare a tarifului pe caz ponderat pe spital (KS)*** – reprezintă raportul dintre suma suplimentară (suma de Delta a tuturor DRG-urilor) și suma actuală calculată pe DRG. Coeficientul KS se calculează lunar, este supraunitar și ajustează tariful pe caz ponderat. Este variabil de la lună la lună. Practic, este exprimarea metodei de mai sus, a sumei Delta, sub forma unui coeficient.

Avantaje:

- Este o metodă cu largă aplicabilitate pentru ajustarea nivelului de finanțare DRG, ca urmare a intervenției unor factori externi ce nu pot fi controlați de spital (de exemplu, ajustarea pentru *outliers* în durata de spitalizare sau de cost).
- Se aplică doar spitalelor-țintă, nu influențează alte spitale.

Dezavantaj: diferența se calculează lunar și este variabilă.

Această cale nu a fost agreată, deoarece ajustează tariful pe caz ponderat.

c. ***Coeficienți de ajustare a valorilor relative*** – reprezintă raportul dintre costul nou calculat și costul actual, cu care se ajustează valoarea relativă a fiecărui DRG implicat. În final, se exprimă printr-o ajustare a indicelui de CASE-MIX al spitalului. Acești coeficienți nu variază de la o lună la alta, se calculează o singură dată și se aplică spitalelor pe o perioadă determinată de timp. Există doua posibilități de aplicare a acestei metode:

1. Recalcularea valorilor relative, cu aplicabilitate la toate spitalele

Avantaje:

- Integrarea studiului de costuri în finanțare, prin modificarea valorilor relative.
- Implică toate spitalele, chiar dacă tratează pacienți din DRG-urile interesate sau nu.

Dezavantaje:

- Dacă studiul de costuri nu este suficient de riguros și de valid sau dacă DRG-urile respective nu sunt omogene, ajustarea conduce la dezechilibrarea valorilor relative, cu urmări pentru toate spitalele.

- Necesită recalcularea (recalibrarea) tuturor valorilor relative, cu modificarea ICM la toate spitalele.
- Nu este indicat să se schimbe valorile relative în mijlocul ciclului anual de finanţare.

2. **Calcularea unor coeficienţi de ajustare doar a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, doar la unele spitale**

Spre deosebire de metoda 1, această metodă nu modifică valorile relative, ci foloseşte coeficienţi de ajustare doar pentru o parte dintre DRG-uri şi pentru o parte dintre spitale.

Folosirea acestui tip de ajustare a mecanismului DRG este condiţionată de mai multe momente:

- DRG-urile cu protezări sunt neomogene (doar o parte din pacienţii din acele DRG-uri au primit proteze – rata de protezare în acelaşi DRG este subunitară şi variabilă de la spital la spital).
- Operaţiile care implică protezări necesită o anumită calificare a personalului şi anumite condiţii de dotare a sălilor de operaţii. În consecinţă, ele nu se desfăşoară decât în anumite spitale. Totuşi, studiul a demonstrat că există mai multe spitale care trimit pacienţi în aceste DRG-uri, chiar dacă rata de protezare este nulă sau foarte mică.
- Studiul de costuri ale protezărilor nu este suficient de complet, pentru a se putea justifica modificarea valorilor relative, cu implicaţii asupra tuturor spitalelor.

Avantaje: este o metodă selectivă de ajustare a finanţării care, practic, selectează doar unele DRG-uri din unele spitale şi care compensează ţintit costul ridicat al protezelor, doar acolo unde ele se aplică.

Dezavantaj: creează echivalentul unor liste paralele de valori relative.

Concluzii

1. Metoda de calculare a coeficienţilor de ajustare a unor valori relative, cu aplicabilitate selectivă, a fost considerată drept cea mai potrivită pentru rezolvarea problemei de subfinanţare a grupurilor de cazuri tratate, în cadrul cărora se utilizează consumabile costisitoare (protezele).

2. Soluţia găsită de ajustare a finanţării se va aplica drept o măsură temporară doar în anul 2013.

3. Pe parcursul anului 2013, este necesară continuarea colectării datelor de cost pentru proteze şi pentru DRG-urile implicate, astfel încât la sfârşitul anului să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic.

4. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară şi schimbarea grupurilor DRG, dacă acestea se dovedesc neomogene în practica şi codificarea din R. Moldova.

Bibliografie

1. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.
2. Diagnosis-Related Groups in Europe. *Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

Prezentat la 11.07.2013

Ghenadie Damaşcan, dr. în med.,
CNAM, tel.: 079512198

AJUSTAREA NIVELULUI FINANȚĂRII SPITALELOR PENTRU ACOPERIREA COSTULUI CONSUMABILELOR COSTISITOARE (PROTEZELOR)

Daniel CIUREA[1], Mircea BUGA[2], Ghenadie DAMAŞCAN[2], Alexandru ŞARCO[3], Doina-Maria ROTARU[2],
[1]Centrul pentru Politici şi Servicii de Sănătate, Bucureşti, România;
[2]Compania Naţională de Asigurări în Medicină;
[3]Proiectul *Servicii de Sănătate şi Asistenţă Socială*

Summary

Adjusting the level of funding the hospitals to cover the cost of expensive consumables (prostheses)

The fact that at the beginning of 2013, a number of hospitals have reported financial losses for patients that required prostheses, motivated to start a study on the establishment of a mechanism for adjusting the level of hospital funding to cover the cost of expensive consumables (prostheses).

To resolve this problem was proposed the correction of relative values to the interested parties, through the application of adjustment coefficients that would reflect more accurately the subcomponent parts, this being obtained on the basis of real cost of prostheses, provided by hospitals.

As a result of the comparison between the current cost, the new cost and the equivalent rate in 2012 (financing per profile treated case), it is noticed that the KP coefficient approaches prices from 2013 to those from 2012 for taken into account DRG and therefore, eliminates the factors that led to the incomplete financing of hospitals for diagnostic groups.

Keywords*: financial loses, correction of funding, expensive consumables, KP coefficient.*

Резюме

Коррекция финансирования больниц для покрытия затрат на дорогие расходные материалы (протезирование)

Тот факт, что в начале 2013 года часть больниц сообщила о финансовых потерях для некоторых пациентов привел к необходимости исследований по созданию механизма коррекции уровня финансирования больниц, чтобы покрыть стоимость дорогих расходных материалов.

Для решения этой проблемы было предложено введение поправочных коэффициентов относительных величин групп, которые отражали бы более точно компонент дорогих расходных материалов.

После сравнения фактических затрат с затратами на новые имплантаты и эквивалентный тариф в 2012 году (финансирование пролеченного профильного случая) было установлено, что коэффициент КР приближает тарифы 2013 года к предыдущим, устраняя факторы, которые привели к недофинансированию больниц для упомянутых диагностических групп.

***Ключевые слова**: финансовые потери, коррекция финансирования, дорогие расходные материалы, коэффициент КР.*

Introducere. Odată cu introducerea mecanismului de plată pe DRG la toate spitalele din Moldova, în anul 2013 politica de finanţare a avut la bază contractarea cu spitalele a unui buget neutru, similar bugetului din anul 2012. Pentru acesta a fost calculat un tarif pe caz ponderat (TCP) pentru fiecare spital în parte, astfel încât, dacă numărul de pacienţi şi patologia acestora în anul 2013 vor fi similare cu cele din anul 2012, spitalul să primească acelaşi buget. În urma acestui calcul, s-a constatat că TCP varia foarte mult de la un spital la altul (variaţie între aproximativ 1500 lei şi aproximativ 9000 lei), majoritatea spitalelor având un TCP între 2500 şi 4000 lei. Această situaţie este normală şi este revelată în toate cazurile de trecere la un sistem de finanţare bazat pe DRG. Pentru contractarea spitalelor în anul 2013, au fost utilizate TCP proprii pe spitale, situate în diapazonul 2500–4000 lei.

În mod normal, ca măsură de politică de finanţare DRG, TCP trebuie egalizat pentru toate spitalele, pentru că pacientul mediu trebuie tratat cu acelaşi cost mediu, indiferent de spital. Dar trecerea la un TCP unic naţional trebuie făcută gradat, într-un număr de ani, astfel încât să permită adaptarea spitalelor la noile condiţii de finanţare.

În urma faptului că elaborarea valorilor relative autohtone este la început de cale, a fost observată situaţia că o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienţii care necesitau protezări.

Scopul studiului a fost stabilirea unui mecanism de ajustare a nivelului finanţării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor).

Material şi metode. În cadrul studiului au fost utilizate date privind:

- Numărul de cazuri protezate şi costul protezei per pacient pentru perioada iulie–decembrie 2012, raportate de 6 spitale (CNŞP Medicină Urgentă, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie şi Ortopedie, Spitalul Clinic Central Staţia Chişinău filiala ÎS *Calea Ferată*, Centrul Oftalmologic *Microchirurgia Ochiului* şi Spitalul Internaţional *Medpark*)
- Structura costurilor/valorilor relative ale DRG-urilor, aferentă versiunii de DRG actualmente în vigoare şi în uz pentru finanţare
- Structura cazuisticii pe DRG în Moldova în perioada ianuarie–februarie anul 2013, respectiv numărul de cazuri pe DRG pe spital
- Parametrii financiari ai bugetului contractat pe anul 2013: număr de cazuri, tarif pe caz ponderat, sumă contractată pe fiecare spital.

Rezultate şi discuţii. Metodologia de calculare a unui cost nou per DRG, în funcţie de costul real al protezelor, a cuprins mai multe etape.

A fost solicitată informaţia privind costul protezelor de la spitalele care furnizează astfel de servicii, respectiv costul protezei per pacient şi încadrarea pacientului în DRG, pe perioada iulie–decembrie anul 2012. Au raportat informaţia solicitată 6 spitale: CNŞP Medicină Urgentă, Institutul de Cardiologie, Spitalul Clinic de Traumatologie şi Ortopedie, Spitalul Clinic Central Staţia Chişinău filiala ÎS *Calea Ferată*, Centrul Oftalmologic *Microchirurgia Ochiului* şi Spitalul Internaţional *Medpark*. Au fost raportate 47 de DRG-uri, conţinând un număr de 5281 de cazuri, din care doar 1503 cazuri cu protezări, costul total al protezelor fiind de 15.878.651 lei. În urma analizei acestor DRG-uri, au fost reţinute pentru a fi folosite în continuare în studiu doar 25 dintre ele. Criteriile de includere pentru DRG-urile care s-au păstrat în calcul au fost:

a) DRG-ul indică probabilitatea/posibilitatea de a fi fost efectuate protezări pe parcursul spitalizării;
b) procentul cazurilor cu proteze din numărul total de cazuri în DRG-ul respectiv este semnificativ (peste 46% în cadrul spitalelor care au raportat costurile).

Tabelul 1

DRG-urile cu protezări luate în calcul

Cod DRG	Denumire DRG	Nr. total cazuri	Nr. cazuri cu proteze	% cazuri cu proteze
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	721	639	88.63
F04A	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, cu CC catastrofale	11	9	81.82
F04B	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, fără CC catastrofale	23	20	86.96
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	1	1	100.00
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5	3	60.00
F10A	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, cu CC catastrofale	15	12	80.00
F10B	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, fără CC catastrofale	15	15	100.00
F12A	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	19	17	89.47
F12B	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	76	69	90.79
F14A	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC catastrofale	39	35	89.74
F14B	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC severe	43	32	74.42
F14C	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, fără CC catastrofale sau severe	13	6	46.15
F15A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	155	143	92.26
F15B	Intervenții coronariene percutanate fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	9	9	100.00
F16A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	14	12	85.71
F17A	Inserție sau înlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	5	4	80.00
I01A	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	4	4	100.00
I01B	Proceduri majore bilaterale/multiple asupra extremităților inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	2	2	100.00
I03A	Înlocuirea şoldului, cu CC catastrofale	33	32	96.97
I03B	Înlocuirea şoldului, fără CC catastrofale	323	308	95.36
I04A	Inlocuirea genunchiului, cu CC catastrofale sau severe	24	24	100.00
I04B	Înlocuirea genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	43	40	93.02
I31A	Revizia şoldului, cu CC catastrofale	1	1	100.00
I31B	Revizia şoldului, fără CC catastrofale	10	8	80.00
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	2	1	50.00

Din datele prezentate în *tabelul 1* se observă că, în acest grup de DRG-uri, există un singur DRG din clasa C (C16Z – proceduri asupra cristalinului), 15 DRG-uri din clasa F – DRG-uri chirurgicale cu proceduri cardiace şi 9 DRG-uri din clasa I – DRG-uri chirurgicale cu proceduri asupra sistemului musculo-scheletal.

S-a calculat costul mediu al DRG-urilor-ţintă, pe baza datelor de contractare din anul 2013 şi a valorilor relative ale DRG calculate în anul 2011, cu subcomponenta lor de proteze. Subcomponenta de proteze s-a obţinut pe baza datelor reale de cost ale protezelor. În acest scop, spitalelor menţionate li s-a solicitat să prezinte costurile reale ale protezelor utilizate în cadrul fiecărui caz tratat, grupat în grupurile menţionate în *tabelul 1*.

Ulterior, a fost calculat costul maxim al DRG-ului respectiv, pentru situaţia că toţi pacienţii din DRG ar fi fost supuşi procedurii de protezare. Costul mediu s-a calculat ţinând cont de rata cazurilor cu proteze în DRG-urile selectate pentru fiecare spital.

A fost aleasă anume această metodă (şi nu ponderarea cu rata protezării per grup de spitale), pentru că şi în interiorul grupului de spitale ratele de protezare au fost foarte diferite (de exemplu, pentru DRG-ul F14A rata protezării este de 60% la Institutul de Cardiologie şi de 90% la Spitalul Internaţional *Medpark*).

În acest fel, au fost calculate costuri medii finale diferite pentru fiecare spital în parte, în funcţie de rata proprie de protezare. Pe baza costurilor medii, au fost calculaţi coeficienţii de ajustare echivalenţi pentru aceste costuri medii şi apoi s-a calculat media acestor coeficienţi. A fost calculat astfel un coeficient KP – coeficient de ajustare a valorii relative pentru proteze, independent de spital, dar care să se aplice doar la spitalele care fac protezări în acel DRG.

Este important de menţionat că există o serie de DRG-uri adiacente celor luate în calcul, dar pentru care nu au fost raportate costurile protezelor, deoarece în perioada inclusă în studiu nu au fost pacienţi care să fie grupaţi în aceste DRG-uri. Spre exemplu, F07A şi F07B au fost prinse în studiu şi au primit un KP egal

cu 1,13, respectiv 1,16. Logic ar fi ca și F07C, care nu a fost raportat în studiu, să primească un KP de 1,13. Ca urmare, a fost adoptată decizia ca DRG-urile adiacente *celor luate în calcul* să primească și ele un coeficient KP similar.

Justeţea acestei propuneri se poate observa dacă se analizează DRG-urile F16A și F16B: dacă nu se aplică coeficientul KP pentru F16B, atunci costurile finale vor fi: F16A – 26.857 lei și F16B – 2.507 lei; dacă se aplică coeficientul KP pentru F16B, atunci costurile finale vor fi: F16A – 26.857 lei și F16B – 15.566 lei, ceea ce este mult mai echitabil.

Rezultatele studiului de estimare a coeficienţilor de ajustare a valorilor relative pot fi văzute în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Coeficienţii de ajustare (KP) a valorilor relative pentru proteze

Cod DRG	Denumire DRG	Valoare relativă (VR)	KP	Echivalent VR modificată
C16Z	Proceduri asupra cristalinului	0.8091	1.2653	1.0237
F04A	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, cu CC catastrofale	8.4935	1.3550	11.5088
F04B	Procedură de valvă cardiacă cu pompa CPB fără investigație cardiacă invazivă, fără CC catastrofale	5.2534	1.4374	7.5511
F07A	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB, cu CC catastrofale	7.2271	1.1275	8.1487
F07B	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB, cu CC severe sau moderate	5.1042	1.1637	5.9399
F07C	Alte proceduri cardiotoracice/ vasculare cu pompa CPB, fără CC	4.3081	1.1275	4.8575
F10A	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, cu CC catastrofale	2.7791	3.8017	10.5653
F10B	Intervenții coronariene percutanate, cu IMA, fără CC catastrofale	1.6369	6.1644	10.0905
F12A	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, cu CC catastrofale	3.7192	1.5220	5.6606
F12B	Implantare sau înlocuire de pacemaker, sistem total, fără CC catastrofale	1.8434	2.0466	3.7727
F14A	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC catastrofale	3.8731	1.4540	5.6314
F14B	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, cu CC severe	2.2041	1.7079	3.7643
F14C	Proceduri vasculare exceptând reconstrucția majoră fără pompa CPB, fără CC catastrofale sau severe	1.6336	2.0424	3.3365
F15A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, cu CC catastrofale sau severe	1.5175	6.9737	10.5826
F15B	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, cu implantare de stent, fără CC catastrofale sau severe	0.9593	11.2534	10.7953
F16A	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, cu CC	1.4144	6.2093	8.7825
F16B	Intervenții coronariene percutanate, fără IMA, fără implantare de stent, fără CC	0.8198	6.2093	5.0904
F17A	Inserție sau înlocuire de generator de pacemaker, cu CC catastrofale sau severe	2.7707	1.7114	4.7418
F17B	Inserție sau înlocuire de generator de pacemaker, fără CC catastrofale sau severe	1.4386	1.7114	2.4621
I01A	Proceduri majore bilaterale/ multiple asupra extremităților inferioare, cu revizie sau CC catastrofale	11.315	1.3710	15.5132
I01B	Proceduri majore bilaterale/ multiple asupra extremităților inferioare, fără revizie, fără CC catastrofale	5.8439	2.1403	12.5074
I03A	Înlocuirea şoldului, cu CC catastrofale	5.6945	1.7255	9.8261
I03B	Înlocuirea şoldului, fără CC catastrofale	3.007	2.4592	7.3949
I04A	Înlocuirea genunchiului, cu CC catastrofale sau severe	3.8682	2.4475	9.4674
I04B	Înlocuirea genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	2.9502	2.9009	8.5583
I31A	Revizia şoldului, cu CC catastrofale	8.0088	1.1295	9.0457
I31B	Revizia şoldului, fără CC catastrofale	4.1716	2.6706	11.1406
I32A	Revizia genunchiului, cu CC catastrofale	6.3716	3.9360	25.0789
I32B	Revizia genunchiului, cu CC severe	4.7341	3.9360	18.6336
I32C	Revizia genunchiului, fără CC catastrofale sau severe	4.2248	3.9360	16.6290

În urma comparaţiei dintre costul actual, costul nou cu proteze și tariful echivalent din anul 2012 (finanţare pe caz tratat pe profil), se observă că acest coeficient KP apropie tarifele din anul 2013 faţă de cele din anul 2012 pentru DRG-urile luate în calcul și, prin urmare, înlătură factorii care au dus la subfinanţarea spitalelor pentru grupurile de diagnostice menţionate.

Un alt aspect important al ajustării nivelului de finanţare este **impactul asupra bugetului total**

naţional, destinat serviciilor spitaliceşti finanţate prin DRG. Implementarea corecţiei valorilor relative cu coeficientul KP nu va afecta bugetul total naţional, deoarece există un plafon maxim de decontare în contractul fiecărui spital. Practic, ajustarea de faţă va acoperi un deficit de finanţare pentru cazurile respective în interiorul contractului încheiat cu spitalul.

Concluzii

1. Faptul că, la începutul anului 2013, o serie de spitale au raportat pierderi financiare pentru pacienţii care necesitau protezări a motivat demararea unui studiu privind stabilirea unui mecanism de ajustare a nivelului finanţării spitalelor pentru acoperirea costului consumabilelor costisitoare (protezelor).

2. Pentru soluţionarea problemei a fost propusă corecţia valorilor relative ale grupurilor interesate, prin aplicarea unor coeficienţi de ajustare, care ar reflecta mai corect subcomponenta de proteze.

3. Subcomponenta de proteze a fost obţinută pe baza datelor reale de cost ale protezelor, prezentate de spitale.

4. Aplicarea coeficienţilor KP trebuie privită ca o măsură temporară, acceptată pentru anul 2013. Paralel este necesar să se continue colectarea datelor de cost pentru proteze şi pentru DRG-urile implicate, astfel încât să se definitiveze studiul şi la sfârşitul anului să se modifice valorile relative, pentru a se reveni la un mecanism DRG clasic.

5. Pe viitor, alături de studiul de costuri per DRG, ar putea fi necesară şi schimbarea grupurilor DRG, dacă acestea se dovedesc neomogene în practica şi codificarea din Republica Moldova.

Bibliografie

1. *Designing and Implementing Health Care Provider Payment Systems*. How-To Manuals. Edited by John C. Langenbrunner, Cheryl Cashin, Sheila O'Dougherty. The International Bank for Reconstruction and Development/ The World Bank, 2009.
2. Diagnosis-Related Groups in Europe. *Moving towards transparency, efficiency and quality in hospitals*. Edited by Reinhard Busse, Alexander Geissler, Wilm Quentin, Miriam Wiley. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Open University Press, McGraw-Hill Education, 2011.

Prezentat la 8.07.2013

Mircea Buga, dr. în med.,
CNAM
Tel.: 068383883

EFICIENTIZAREA UTILIZĂRII MIJLOACELOR FINANCIARE DIN FONDURILE ASIGURĂRII OBLIGATORII DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ DESTINATE TRATAMENTULUI PACIENȚILOR CU TUBERCULOZĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU

Constantin EŢCO[1], Mircea BUGA[2], Doina-Maria ROTARU[2], Ghenadie DAMAŞCAN[2],
[1]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*;
[2]Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Summary

Efficient use of financial resources from mandatory health insurance funds for treating TB patients in outpatient care

The improvement in outpatient treatment of patients with TB continues to be an actual problem, despite of all various scenarios used till now. This thesis highlights the interventions used in the Republic of Moldova, including those proposed and funded by the National Health Insurance Company. The results demonstrate the effectiveness of financial mechanisms implemented in recent years and the motivation and mobilization of TB patients treatment in outpatient care, inclusive by improving compliance and reducing early treatment.

Keywords*: tuberculosis, outpatient care, efficiency, compulsory health insurance.*

Резюме

Повышение эффективности использования средств фондов обязательного медицинского страхования для лечения больных туберкулезом в амбулаторных условиях

Улучшение амбулаторного лечения больных туберкулезом продолжает оставаться актуальной проблемой, несмотря на различные сценарии, использованные до сих пор. В работе подчеркивается вмешательства, применяемые в Республике Молдова, в том числе предложенные и финансируемые Национальной Медицинской Страховой Компанией. Результаты демонстрируют эффективность финансовых механизмов, реализованных в последние годы, чтобы мотивировать и мобилизовать больных туберкулезом при амбулаторном лечении, в том числе улучшение приверженности пациентов к терапевтическим средствам и сокращение доли отказа от лечения.

Ключевые слова*: туберкулез, амбулаторное лечение, эффективность, обязательное медицинское страхование.*

Introducere. Republica Moldova face parte din ţările cu povară înaltă a tuberculozei multidrogrezistente (MDR-TB), depăşind 6,5% de MDR-TB în rândul

cazurilor noi. Studiul rezistenţei la medicamentele antituberculoase, efectuat în Republica Moldova, a dovedit o rată de MDR-TB de 29,2% şi de 63,4% printre cazurile noi şi cazurile tratate anterior.

În ultimii ani, acest fapt preocupă specialiştii din cauza scăderii lente a ratelor de notificare a tuberculozei şi MDR-TB, în pofida existenţei unui suport substanţial din partea Fondului Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei şi Malariei (care plasează Republica Moldova pe poziţia a doua printre 110 ţări după nivelul de fonduri acordate pe locuitor), scădere direct corelată cu rata efectului redus al tratamentului, cauzat de proporţia ridicată de abandonuri ale tratamentului.

Întru micşorarea numărului de cazuri de abandon al tratamentului, conform evaluărilor experţilor internaţionali [1, 2, 4-7, 12], se recomandă diverse scenarii posibile pentru îmbunătăţirea tratamentului ambulatoriu al pacienţilor cu tuberculoză.

Asigurarea tratamentului în condiţii de ambulatoriu este strâns legată de criteriile de spitalizare, de mecanismele actuale de finanţare a serviciilor medicale şi de reforma sănătăţii, care este în continuă desfăşurare.

În general, intervenţiile menite să îmbunătăţească aderenţa la tratament a pacienţilor cu tuberculoză şi MDR-TB trebuie să fie concentrate pe sistemul de servicii de sănătate şi pe fiecare pacient în parte [3]. Standardele internaţionale de asistenţă a tuberculozei [9] şi Carta pacienţilor [8] prezintă responsabilităţile ambelor părţi – atât a pacienţilor, cât şi a prestatorilor de servicii medicale.

În prezent, în Republica Moldova se spitalizează toţi pacienţii infecţioşi cu tuberculoză şi o mare parte din bolnavii neinfecţioşi. Este însă necesar de a reduce numărul de spitalizări, din cauza riscului crescut de infecţii nosocomiale şi, de asemenea, din cauza costului ridicat, comparativ cu gestionarea tratamentului în condiţii de ambulatoriu. Optimizarea paturilor de spital pentru pacienţii cu tuberculoză ar putea crea resurse pentru consolidarea tratamentului ambulatoriu. Mai mult ca atât, un număr mai mare de pacienţi cu tuberculoză sau MDR-TB vor fi încurajaţi să demareze tratamentul, deoarece nu vor fi forţaţi să fie spitalizaţi.

La moment, există o varietate de mecanisme de suport acordate pacienţilor cu tuberculoză, dar care au fost fragmentate şi neconsecvente pe parcursul anilor, iar impactul acestora asupra rezultatelor tratamentului a fost slab documentat.

Majoritatea pacienţilor cu tuberculoză şi MDR-TB sunt săraci şi frecvent au nevoie de suport pentru a-şi asigura terapia, pe durata căreia nu sunt capabili să lucreze sau să-şi găsească de lucru atât pentru suport social, cât şi pentru tratament.

Suportul tratamentului se bazează pe *motivare* şi *mobilizare*. Mecanismele curente de motivare şi mobilizare includ:

- stimulente din partea Grantului Fondului Global de Combatere a SIDA, Tuberculozei şi Malariei, sub formă de 4 pachete alimentare pe lună. Aceste stimulente sunt oferite pe parcursul fazei de continuare a tratamentului, timp de 4 luni pentru tuberculoza sensibilă la medicamente şi 18 luni pentru pacienţii cu MDR-TB;
- indemnizaţii unice pentru pacienţii cu tuberculoză ex-deţinuţi la finisarea tratamentului tuberculozei (în cadrul Proiectului AFI – surse din cadrul Grantului Fondului Global);
- stimulente din cadrul fondului de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

În acest context, ne-am stabilit drept scop evaluarea utilizării de către prestatorii de asistenţă medicală contractaţi de Compania Naţională de Asigurări în Medicină a mijloacelor financiare din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, destinate pentru motivarea pacientului prin eliberarea bonurilor pentru produse alimentare şi acoperirea cheltuielilor pentru transport public (tur–retur) pentru persoanele asigurate şi neasigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou şi readmis – şi propunerea unor modificări în cadrul normativ existent, pentru utilizarea eficientă a sumelor contractuale, în scopul reducerii ratei de abandon al tratamentului.

Metode şi materiale. Metodele de cercetare utilizate în studiul dat au fost: analitică, statistică şi matematică. Au fost analizate peste 10 surse bibliografice, care vizează problematica dată. Informaţia prezentată a fost extrasă din formularele de evidenţă medicală primară şi din dările de seamă în cadrul asigurării obligatorii de asistenţă medicală. Au fost studiate aspectele valorificării de către prestatorii de asistenţă medicală contractaţi a sumelor contractuale destinate pentru alimentarea şi transportul public (tur–retur) pentru persoanele asigurate şi neasigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou şi readmis, perioada supusă analizei fiind anii 2008 – 5 luni ale anului 2013.

Rezultate obţinute şi discuţii. În conformitate cu prevederile Programului Naţional de Control al Tuberculozei, Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală, Strategiei DOTS, precum şi în scopul creşterii complianţei pacienţilor cu tuberculoză la tratament în condiţii de ambulatoriu, a fost elaborat *Regulamentul cu privire la organizarea de către medicul-ftiziopneumolog a tratamentului bolnavilor cu tuberculoză caz nou şi readmis nebaciliferi în condiţii de ambulatoriu*, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătăţii şi Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 437 din 20 noiembrie/nr. 210-A din 13 decembrie 2007 [10].

Regulamentul stabilea modul (mecanismul 1) de organizare a tratamentului și motivarea pacientului prin eliberarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transport public (tur–retur) pentru persoanele asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis.

În condiţii de ambulatoriu puteau urma tratamentul bolnavii care locuiau în mun. Chișinău, mun. Bălţi, centrele raionale, cu tuberculoză caz nou și readmis, care nu eliminau micobacterii, cu următoarele forme clinice de tuberculoză: tuberculoză pulmonară cu extinderea până la 3 segmente bilateral și distrucţie limitată; tuberculoză extrarespiratorie, cu excepţia tuberculozei sistemului nervos, spondilitei tuberculoase, tuberculozei articulaţiilor mari.

Responsabili de organizarea tratamentului, procurarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transportul public, în conformitate cu prevederile Regulamentului respectiv, sunt: în mun. Chișinău – asociaţiile medicoteritoriale, Clinica Universitară de Asistenţă Medicală Primară a USMF *Nicolae Testemiţanu*, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătăţii; în mun. Bălţi – Spitalul Clinic Municipal; spitalele raionale.

Organizarea tratamentului antituberculos se desfășoară în cabinetele de tratament ftiziopneumologic din cadrul asistenţei medicale specializate de ambulatoriu din instituţiile medico-sanitare menţionate. Responsabil de iniţierea, efectuarea și finalizarea tratamentului antituberculos în faza intensivă este medicul-ftiziopneumolog, iar în faza de continuare – medicul-ftiziopneumolog de comun cu medicul de familie.

Prestatorii contractaţi de Compania Naţională de Asigurări în Medicină asigură procurarea bonurilor, tichetelor pentru produse alimentare în baza listelor întocmite de către medicul-ftiziopneumolog.

Se permite eliberarea produselor alimentare în baza bonurilor (în sumă de 35 lei/zi) prezentate, cu frecvenţa zilnică sau cumulativ de până la o săptămână. Acoperirea cheltuielilor pentru transportul public (tur–retur) se efectuează de către prestator, după caz, în baza abonamentelor, tichetelor sau a unui echivalent bănesc în sumă de 75 lei lunar. Evidenţa bonurilor pentru produse alimentare și a sumelor acordate pentru acoperirea cheltuielilor pentru transport (tur–retur) se efectuează conform standardelor naţionale de contabilitate.

Pacientul confirmă zilnic, prin semnătură în fișa de tratament al bolnavului (TB-01), despre ridicarea medicamentelor, primirea bonurilor pentru produse alimentare și a sumelor pentru acoperirea cheltuielilor pentru transport (tur–retur).

Sursele financiare alocate din fondul de bază al asigurării obligatorii de asistenţă medicală și realizate de prestatorii de asistenţă medicală specializată de ambulatoriu responsabili de organizarea tratamentului, procurarea bonurilor pentru produse alimentare și acoperirea cheltuielilor pentru transportul public pentru persoanele asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis – sunt prezentate în tabelul ce urmează.

Influenţa mecanismului 1 asupra îndeplinirii condiţiilor contractuale de către prestatorii specializaţi în anii 2008-2012

Anul	Planificat (lei)	Realizat (lei)	% îndeplinirii
2008	5 894 900	731 860	12,4
2009	6 009 586	1 456 658	24,2
2010	5 997 300	1 456 353	24,4
2011	6 724 737	1 866 510	27,8
2012	6 588 537	2 408 576	36,6

Datele prezentate în tabel demonstrează o diferenţă semnificativă între sumele planificate și cele realizate de către prestatorii contractaţi de Compania Naţională de Asigurări în Medicină. Astfel, ţinând cont de faptul că sursele financiare destinate acoperirii cheltuielilor persoanelor asigurate – bolnavi cu tuberculoză, caz nou și readmis – pentru transportul public (tur–retur) și bonuri pentru produse alimentare nu se valorifică, s-a propus, începând cu anul 2011, includerea și a persoanelor neasigurate în categoria celor care pot fi motivaţi să nu abandoneze tratamentul în condiţii de ambulatoriu.

În pofida includerii persoanelor neasigurate în categoria celor care pot beneficia de un suport efectiv al tratamentului în condiţii de ambulatoriu prin mecanismul respectiv de motivare, mijloacele financiare planificate pentru acoperirea cheltuielilor de transport și alimentare nu se utilizează în volum deplin.

Totodată, în timpul evaluării Programului Naţional de Control al Tuberculozei s-a constatat că proporţia pacienţilor cu tuberculoză sensibilă la medicamente, care au abandonat tratamentul și au decedat, s-a micșorat, respectiv, de la 11,4% și 13,6% în trimestrul IV al anului 2010 până la 4,3% și 11%, respectiv, în trimestrul IV 2011. Astfel, aceste date demonstrează că suportul tratamentului, asigurat consecvent, poate descrește semnificativ rata abandonului.

Reieșind din cele menţionate și în scopul utilizării eficiente a mijloacelor financiare, în anul 2012 s-a propus să fie operate modificări în cadrul normativ existent în domeniu. În acest context, a fost elaborat un Regulament nou cu privire la organizarea

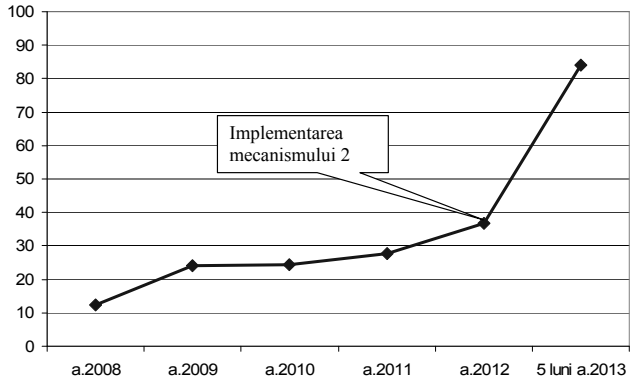
tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, în condiţii de ambulatoriu, care ulterior a fost aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Sănătăţii şi Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 1285/265-A din 20.12.2012 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, în condiţii de ambulatoriu* [11], cu abrogarea regulamentului aprobat anterior.

Modificările propuse (mecanismul 2) vizează faptul că, în condiţii de ambulatoriu, pot urma tratament bolnavii care locuiesc şi în localităţile rurale, cu tuberculoză, caz nou şi readmis, care întrunesc următoarele condiţii:

- tuberculoză pulmonară, caz nou şi readmis, nebaciliferi, pe toată durata tratamentului;
- pacienţii cu tuberculoză, caz nou şi readmis, după externare şi/sau în faza de continuare.

Evoluţia valorificării surselor financiare de către instituţiile medico-sanitare contractate, după implementarea mecanismului 2, este prezentată în diagrama ce urmează.

Îndeplinirea condiţiilor contractuale de către prestatorii specializaţi după implementarea mecanismului 2



Datele prezentate denotă faptul că procentul de valorificare a sumelor contractuale este în creştere, ceea ce argumentează modificările operate în Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, în condiţii de ambulatoriu.

Concluzii

1. Mecanismele curente de motivare şi mobilizare a pacienţilor cu tuberculoză în condiţii de ambulatoriu pot ameliora complianţa şi pot reduce rata de abandon al tratamentului în următorii ani, dar necesită o planificare continuă, în concordanţă cu reforma curentă în sănătate.

2. Modificările propuse şi aprobate în Regulamentul cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, în condiţii de ambulatoriu au avut un impact pozitiv asupra eficienţei valorificării sumelor contractuale pentru transportul public (tur–retur) şi bonuri pentru produse alimentare, cu scopul de a-i motiva pentru a nu abandona tratamentul în condiţii de ambulatoriu.

Bibliografie

1. Berger D. *Community Involvement in Tuberculosis Care and Prevention: Republic of Moldova – Situational Analysis on the Model and Implementation of Round 9 of the Global Fund*. TB/HIV and Community Engagement (THC) Unit of the Stop TB Department of WHO, 2011.
2. Cercone J. *Technical assistance to the Ministry of Health and The National TB Programe in investment planning and improvement of TB service delivery system in the Republic of Moldova*. Consultancy report. Chisinau, 2012.
3. Orr P. *Adherence to tuberculosis care in Canadian Aboriginal populations, Part 2: a comprehensive approach to fostering adherent behavior*. In: Int. J. Circumpolar Health, 2011.
4. Salakaia A., Mirtskhulava V. *The Global Drug Facility mission report, the Republic of Moldova*. Monitoring mission fifth year direct procurement, 3-7 October 2011.
5. Schreuder B. *KNCV-WHO/Europe collaboration on HSS and M/XDR-TB*. HSS AND M/XDR-TB mission report to Moldova. Final version. The Hague, 2011.
6. Thybo S. *GLC Monitoring Mission to the Republic of Moldova*, 2010.
7. Thybo S. *GLC Monitoring Mission to the Republic of Moldova*, October 2011.
8. *The Patients' Charter for Tuberculosis Care*. World Care Council, 2006.
9. Tuberculosis Coalition for Technical Assistance. *International standards for tuberculosis care (ISTC)*. The Hague: Tuberculosis Coalition for Technical Assistance, 2006.
10. Ordinul Ministerului Sănătăţii şi Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 437 din 20.11/nr. 210-A din 13.12.2007 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, nebaciliferi în condiţii de ambulatoriu*.
11. Ordinul Ministerului Sănătăţii şi Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină nr. 1285/nr. 265-A din 20.12.2012 *Cu privire la organizarea tratamentului bolnavilor cu tuberculoză, caz nou şi readmis, în condiţii de ambulatoriu*.
12. WHO. *Joint tuberculosis control programe review to the Republic of Moldova*, 6-9 September 2009. Consolidated report. Copenhagen, WHO, 2012.

Prezentat la 08.07.2013

Ghenadie Damaşcan, dr. în med., CNAM
Tel.: 079512198

NIVELUL ORGANIZĂRII ŞI ACORDĂRII ASISTENŢEI MEDICALE, ÎN CONDIŢIILE ASIGURĂRILOR OBLIGATORII DE ASISTENŢĂ MEDICALĂ, BOLNAVILOR CARE S-AU ADRESAT ÎN SECŢIA INTERNARE A IMSP SCM NR. 1

Ion ARTENI, Victor SAVIN, Iurie DONDIUC,
IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1

Summary

The health care organization and grant under mandatory health care insurance to the patients, addressing to admission ward of the Municipal Clinical Hospital nr. 1

Admission ward of Municipal Clinical Hospital nr. 1 of Chisinau is a clinical – diagnostically department, aimed to registering patients, to do primary medical examination, to perform primary medical assistance, to perform emergency care, and to appreciate the indications for patient hospitalization. In the same time, admission ward has limited space and is equipped with medical equipment in minimal volume without sufficient opportunities to provide intensive care measures and monitoring of patients for more than 24 hours. The new activity conditions applied to the medical institutions, in the context of implementation of the compulsory requirements of medical assistance and the financing system Case-Mix DRG, require to restructuring the admission ward department in one emergency department, and to provide it with modern medical equipment, qualified medical staff, which will allow to perform quality medical assistance and avoiding unjustified hospitalizations.

Keywords*: compulsory health insurance, medical care, Department of urgent care, unnecessary hospitalization.*

Резюме

Уровень организации и оказания медицинской помощи в условиях обязательного медицинского страхования больным, обратившимся в приемное отделение ПМСУ Муниципальная клиническая больница № 1

Приёмное отделение ПМСУ Муниципальная клиническая больница № 1 – это одно из лечебно-диагностических подразделений, которая имеет цель регистрировать пациентов, проводить первичный медицинский осмотр, оказать срочную медицинскую помощь и установить четкие медицинские показания для госпитализации. По объективным причинам, приёмное отделение располагает маленькой площадью, будучи оснащенным в ограниченном объеме медицинской техникой, без достаточных возможностей для обеспечения мер оказания интенсивной терапии и наблюдения больных в динамике до 24 часов. Новые условия деятельности медицинских учреждений, в контексте внедрения Обязательного Медицинского Страхования и системы DRG предусматривают реструктуризацию приемного отделения, путем создания департамента срочной помощи, его оснащение современной медицинской техникой, обеспечение квалифицированными кадрами, которые позволят оказывать качественную медицинскую помощь и избежать случаи необоснованной госпитализации.

Ключевые слова*: обязательное медицинское страхование, медицинская помощь, департамент срочной помощи, необоснованная госпитализация.*

Introducere. Secţia de internare este o subdiviziune curativă şi de diagnostic a spitalului, având drept scop înregistrarea, efectuarea examenului medical primar, acordarea asistenţei medicale calificate bolnavilor ce se adresează şi aprecierea indicaţiilor medicale pentru spitalizare [5]. Secţia de internare a spitalului, precum şi alte secţii din cadrul instituţiilor spitaliceşti din Republica Moldova sunt organizate după principiul fostului sistem bugetar al ocrotirii sănătăţii, care a funcţionat până în anul 1991. Concomitent cu implementarea asigurării obligatorii de asistenţă medicală, au apărut noi cerinţe în acordarea asistenţei medicale pacienţilor trimişi sau la spitalizarea lor, fapt ce impune restructurarea secţiilor de internare [4].

Scopul studiului este aprecierea nivelului organizării asistenţei medicale acordate bolnavilor cu afecţiuni acute şi cronice în condiţiile secţiei de internare a IMSP SCM nr. 1 din Chişinău în perioada 2004-2012.

Material şi metode. Secţia de internare a spitalului este amplasată la primul etaj al blocului chirurgical-somatic, unde se acordă asistenţă medicală programată şi de urgenţă bolnavilor de profil terapeutic (nonstop) şi chirurgical (8.00-18.00) din sectorul Botanica al mun. Chişinău, chirurgie vasculară – întregul mun. Chişinău, ginecologie septică (nonstop) – raioanele RM şi mun. Chişinău.

În secţia internare sunt amplasate: 2 saloane pentru supravegherea bolnavilor (femei, bărbaţi), 1 cabinet de proceduri, sala pentru operaţii mici şi pansamente, cabinetul pentru examenul ginecologic, 2 odăi pentru prelucrarea sanitaro-igienică a bolnavilor, holul de aşteptare a pacienţilor şi rudelor acestora, registratura, 3 cabinete pentru personalul medical.

În cadrul secţiei internare activează 2 medici-internişti (unul în funcţie de şef secţie), 1 medic-ginecolog, 1 medic-chirurg de gardă, 2 asistente medicale de gardă, 1 asistentă medicală în sala de proceduri şi pansamente, asistenta medicală şefă şi 2 infirmiere de gardă.

Pacienţii sunt înregistraţi în secţia internare în baza trimiterilor de la etapa prespitalicească, respectându-se cerinţele ordinelor comune ale MS şi CNAM, conform următoarelor modalităţi:

- prin intermediul serviciului Asistenţă Medicală de Urgenţă;

- conform trimiterilor medicului de familie sau medicilor-specialişti;
- transfer din alte instituţii medico-sanitare publice;
- la adresări de sine stătătoare cu diverse stări de urgenţă.

În funcţie de modul de adresare şi starea generală, pacienţii sunt spitalizaţi:

- în mod de urgenţă;
- în mod programat.

Pacienţii care au fost transportaţi în secţia internare de către echipele Asistenţei Medicale de Urgenţă sau la adresare de sine stătătoare cu diverse stări critice sunt examinaţi de către medicii-specialişti de profil şi de alţi specialişti la necesitate, în mod operativ, cu efectuarea analizelor clinico-biochimice şi instrumentale (examinări radiologice; ultrasonografia organelor interne, bazinului mic, rinichilor; electrocardiograma), ultrasonografia Doppler-duplex a vaselor membrelor superioare şi inferioare, în intervalul de timp 8.00–18.00.

Dintre examinările clinico-biochimice mai frecvent se efectuează: analiza generală de sânge, analiza generală de urină, amilaza în sânge şi urină, glucoza în sânge, probele ficatului, coagulograma etc.

Bolnavii cu diverse stări urgente sunt consultaţi şi examinaţi în mod operativ, cu acordarea asistenţei medicale de urgenţă şi spitalizarea lor în secţiile de profil. În cazul stabilirii unor stări critice – şoc, comă – bolnavii sunt consultaţi de către medicul-reanimatolog, cu spitalizarea de urgenţă, conform indicaţiilor medicale, direct în secţia terapie intensivă şi ulterior sunt supuşi măsurilor terapeutice intensive. Condiţiile existente la moment în secţia internare (lipsa utilajului medical modern necesar, lipsa specialiştilor de profil) nu permit efectuarea unor examinări operative depline şi aplicarea tratamentului intensiv, cu monitorizarea parametrilor de bază ai pacienţilor cu stări grave sau neclare [3].

Bolnavii trimişi pentru spitalizare, în mod programat, de către medicul de familie sau medicul-specialist sunt internaţi direct în secţiile respective, după avizul şefului secţiei.

În cazul în care, în procesul examinării, s-a stabilit sau s-a presupus o afecţiune de alt profil, pacienţii se transferă în alte instituţii medico-sanitare publice specializate, fiind transportaţi cu serviciul Asistenţă Medicală de Urgenţă sau cu transportul sanitar al spitalului.

Bolnavii care s-au adresat în secţia internare după asistenţă medicală sunt reţinuţi pentru diverse examinări, în scopul stabilirii diagnosticului preventiv, acordării asistenţei medicale de urgenţă, până la 1 oră de profil chirurgical-ginecologic şi până la 2 ore profil terapeutic.

În secţia internare, pentru fiecare bolnav cu indicaţii pentru spitalizare, se întocmeşte fişa medicală a bolnavului de staţionar (forma 003/e 2012), cu prescrierea examenului medical primar, care se finalizează cu un plan de examinări şi tratament pentru următoarele 1-2 zile.

Evidenţa documentaţiei medicale statistice este efectuată conform formularelor aprobate de Ministerul Sănătăţii şi se face manual. În secţie lipseşte un sistem electronic de evidenţă a documentaţiei medicale statistice, în conexiune cu alte secţii şi servicii auxiliare importante, cum ar fi: laboratorul clinico-biochimic şi de urgenţă; serviciul imagistic; diagnostic funcţional etc.

Rezultate şi discuţii. Pe parcursul perioadei analizate în condiţiile asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, în secţia internare a spitalului a fost înregistrată o creştere continuă a numărului de adresări pe profilurile: chirurgie, terapie, ginecologie (*tabelul 1*) [3].

Tabelul 1

Dinamica indicilor de activitate a secţiei de internare a IMSP SCM nr. 1 (2004-2012)

Indici de activitate	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Număr total de adresări	9383	9631	8752	8488	7820	7632	7225	6974	6346
Internări	6112	6190	5698	5660	5677	5851	5535	5504	5192
Programat	1784	2034	1716	1706	1692	2127	1464	1535	2147
Urgent	4006	3848	3679	3704	3746	3557	3899	3850	2975
De sine stătător	322	308	303	250	239	167	172	119	70
Refuzuri, inclusiv	3271	3441	3054	2828	2143	1781	1690	1470	1154
transferuri	417	398	470	414	247	235	175	197	197

În anul 2004, numărul adresărilor în secţia internare a constituit 6346 cazuri, iar în următorii ani, numărul acestora a sporit până la 7820 în 2008 şi 9631 în 2011. Numărul crescut de adresări înregistrate în secţia internare se datorează accesului sporit al populaţiei la asistenţa medicală, în noile condiţii de activitate a instituţiilor medicale, odată cu implementarea asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală.

Pe parcursul tuturor anilor de referinţă, numărul de internări în secţiile de profil a fost practic constant, dat fiind faptul că acestea depindeau de condiţiile stipulate în contractul încheiat cu CNAM, prin care se stabileşte numărul de cazuri necesar a fi tratate anual, cu mici devieri de la an la an.

Conform trimiterilor medicilor de familie şi medicilor-specialişti din centrele medicilor de familie, serviciului AMU, pacienţii internaţi în mod programat au constituit circa 30%, iar cei internaţi

în mod de urgenţă – 70%, inclusiv 3–5% la adresări de sine stătător.

Analiza situaţiei privitor la refuzurile spitalizării pacienţilor care s-au adresat în secţia internare relatează o creştere a numărului acestora pe toată perioada de referinţă (*tabelul 2*).

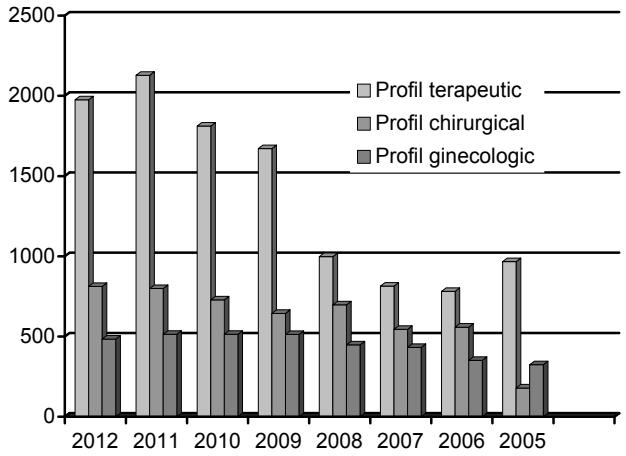
Tabelul 2

Numărul cazurilor de refuzuri în secţia internare a IMSP SCM nr. 1 în funcţie de profil, perioada 2004–2012

Profilul secţiei	Anii								
	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
s/terapie, bolnavi cifre abs.	1975	2128	1812	1671	998	814	781	967	827
s/chirurgie, bolnavi cifre abs.	812	799	728	644	697	545	558	179	104
s/ginecologie, bolnavi cifre abs.	484	514	514	513	448	432	351	324	223
Total refuzuri	3271	3441	3054	2828	2143	1781	1690	1470	1154

Tabelul 2 constată un număr mai mare de refuzuri de spitalizare, profil terapeutic, în perioada 2009-2012, pe fundalul unei adresabilităţi mai sporite, ce constituie 55-60% din numărul total de refuzuri (*vezi figura*).

Ponderea refuzurilor în secţia internare a IMSP SCM nr. 1 în funcţie de profil, perioada 2005-2012



Datele respective comunică despre prezenţa patologiei somatice cronice decompensate, în special a celei cardiovasculare şi pulmonare (circa 70%), la pacienţii din teritoriile de deservire, ce necesită tratament permanent de susţinere şi supraveghere continuă din partea medicului de familie.

Pacienţii care s-au adresat în secţia internare şi la care au fost suspectate sau stabilite alte maladii decât cele ce pot fi internate în condiţiile spitalului nostru au fost transferaţi în alte instituţii medico-sanitare publice municipale sau republicane, pentru consultaţia medicului-specialist şi luarea unei decizii privitor la conduită şi tratamentul necesar a fi administrat. Cota bolnavilor respectivi a constituit anual până la 6% din numărul total de adresări.

Concomitent, unor categorii de pacienţi li s-a acordat asistenţă medicală chirurgicală de urgenţă sau programată, conform indicaţiilor medicale, prin efectuarea diferitor manipulaţii medicale (*tabelul 3*).

Tabelul 3

Volumul manipulaţiilor chirurgicale efectuate în secţia internare a IMSP SCM nr. 1, în perioada 2004-2012

Denumirea manipulaţiilor	2012	2011	2010	2009	2008	2007	2006	2005	2004
Operaţii mici	210	205	160	71	71	45	63	41	33
Pansamente	602	681	755	483	770	254	161	152	90

Astfel, bolnavii respectivi au suportat diverse operaţii mici, pansamente, fără a fi internaţi, după ce au fost îndreptaţi pentru continuarea tratamentului sub supravegherea medicilor-specialişti în condiţii de ambulatoriu.

O parte dintre pacienţii care au suportat diverse manipulaţii chirurgicale necesitau ulterior a fi supravegheaţi o perioadă de timp (6-12 ore), fapt ce nu s-a putut asigura din motivul lipsei condiţiilor în secţia internare (lipsa unor saloane cu destinaţie specială pentru supraveghere, utilaj medical pentru monitorizare, personal medical etc.). Prin urmare, bolnavii cu riscuri sporite de dezvoltare a complicaţiilor au fost spitalizaţi, iar celorlalţi li s-a recomandat tratament în condiţii de ambulatoriu, sub supravegherea medicilor-specialişti.

Analiza fişelor medicale ale bolnavilor internaţi în secţiile de profil chirurgical a constatat că circa 5% din pacienţi (circa 100 cazuri) se internează cu suspecţie la diverse afecţiuni acute ale cavităţii abdominale: apendicită acută, colică biliară, colică intestinală, pancreatică acută etc. În rezultatul examinărilor efectuate, administrării tratamentului necesar, patologia chirurgicală acută abdominală a fost exclusă în primele 24 de ore şi pacienţii au fost externaţi, pentru investigaţii suplimentare şi tratament în condiţii de ambulatoriu. Această categorie de bolnavi nu pot fi atribuiţi la categoria de caz tratat, din cauza aflării lor în secţiile chirurgicale o perioadă scurtă – 1-2 zile – şi, respectiv, cazurile nu sunt achitate de CNAM.

De asemenea, în secţia ginecologie, anual se spitalizează până la 10% (circa 160 cazuri) de paciente cu suspecţie la unele patologii acute ginecologice (apoplexie ovariană formă doloră, hemoragii uterine şi de premenopauză etc.), la care, pe parcursul a 24 ore, diagnosticul presupus a fost infirmat, în legătură cu ce au fost externate la domiciliu, pentru a fi supuse unor examinări suplimentare de către specialişti. Cazurile respective la fel nu au fost apreciate ca nişte cazuri tratate şi finalizate.

Evaluarea fişelor medicale ale bolnavilor internaţi în secţiile terapeutice cu hipertensiune arterială, urgenţe hipertensive pe parcursul a 2 ani (2009-2010) a stabilit că anual se spitalizează circa 12% de pacienţi cu hipertensiune arterială, crize hipertensive (105-125 cazuri) din numărul total de internări, la care, după aplicarea tratamentului antihipertensiv, cifrele T/A s-au diminuat de la 180/100 – 220/110, apreciate iniţial la internare, până la 160/100 – 140/95 în primele 24 ore de la spitalizare. Conform datelor de literatură şi practicilor multor instituţii medicale şi spitaliceşti de peste hotare, pacienţii cu diverse stări de urgenţă sunt examinaţi în secţiile/departamentele de urgenţă, cu acordarea asistenţei medicale şi supravegherea lor în primele 24 de ore, până la stabilizarea stării sănătăţii, sau excluderea unei afecţiuni acute, cu trimiterea lor ulterioară în centrul medicilor de familie pentru continuarea tratamentului.

În astfel de departamente de urgenţă, bolnavii sunt supuşi examinărilor clinico-paraclinice de laborator şi instrumentale, în mod de urgenţă, cu stabilirea diagnosticului clinic, prescrierea medicaţiei necesare şi supravegherea lor [1].

Maladiile nominalizate pe fiecare profil au fost aduse ca exemplu, iar în realitate sunt înregistrate mult mai multe cazuri. Este necesar a ţine cont de faptul că urgenţele cardiovasculare înregistrează în Republica Moldova o dinamică ascendentă în structura morbidităţii, dominate în special de cardiopatia ischemică, hipertensiunea arterială, accidentele vasculare cerebrale.

Conform datelor statistice republicane, anual numărul persoanelor vârstnice creşte cu 2%, sau cu mult mai repede decât sporul natural al populaţiei. Situaţia în cauză influenţează şi modifică structura nosologică, incidenţa urgenţelor medico-chirurgicale înregistrate inclusiv în secţiile de internare.

Departamentul de urgenţă, după exemplul unor instituţii medicale din municipiul Chişinău sau spitale clinice din alte ţări, dispune de saloane speciale pentru supravegherea bolnavilor, cabinete de proceduri şi manipulaţii medicale. Structurile respective sunt asigurate cu utilaj medical performant, necesar pentru acordarea asistenţei medicale bolnavilor cu stări critice, resuscitarea acestora etc. [2].

În cadrul secţiei internare a spitalului nostru, pacienţii sunt examinaţi în volum minim, cu stabilirea diagnosticului preventiv, acordarea primului ajutor medical şi internarea lor în secţiile spitalului, sau, în caz de refuz, se trimit pentru examinare şi tratament în condiţii de ambulatoriu.

Conform concepţiei contemporane, acceptate în majoritatea ţărilor cu o asistenţă medicală prespitalicească dezvoltată, este necesar ca spitalele clinice să dispună de departamente de medicină de urgenţă. Una dintre strategiile de dezvoltare a asistenţei medicale de urgenţă la etapa actuală, pentru instituţiile medicale spitaliceşti, este implementarea şi utilizarea tehnologiilor şi metodelor moderne şi performante de terapie intensivă, diagnostic şi tratament în stările critice şi neclare, la nivelul departamentului medicină de urgenţă [1].

Concluzii

1. Numărul adresărilor pacienţilor cu diverse afecţiuni cronice şi acute, profilurile chirurgical-somatic şi ginecologic, în secţia de internare a IMSP SCM nr. 1 a sporit continuu pe parcursul ultimilor 9 ani – perioadă de activitate în condiţiile asigurării obligatorii de asistenţă medicală.

2. În secţiile de profilurile chirurgical, terapeutic şi ginecologic, anual se spitalizează 5–12% de pacienţi cu diverse patologii acute, la care cazul este rezolvat în primele 24 ore de la internare.

3. Secţia internare a IMSP SCM nr. 1 dispune de un spaţiu limitat, fiind dotată minimal cu utilaj medical strict necesar şi nu dispune de posibilităţi pentru asigurarea măsurilor de terapie intensivă şi monitorizarea bolnavului pe o perioadă mai mare – până la 24 de ore.

4. Noile condiţii de activitate a instituţiilor medicale, în contextul cerinţelor implementării AOAM şi sistemului DRG, impun restructurarea secţiei de internare prin crearea unui departament de urgenţă, cu dotarea lui cu utilaj medical modern, asigurarea cu cadre calificate, măsuri care vor permite evitarea unui număr mare de spitalizări neargumentate şi vor spori nivelul calităţii asistenţei medicale.

Bibliografie

1. Aacharya R.P., Gastmans C., Denier Y. *Emergency department triage: an ethical analysis*. BMC Emergency Medicine. Retrieved 2011-12-09.
2. *Regulamentul de organizare şi funcţionare a secţiei de primire urgentă a IMSP SCMC „V. Ignatenco"*, 2011.
3. *Statutul IMSP SCM nr. 1*, aprobat prin decizia Consiliului municipal Chişinău nr. 5/4 din 15.12.2003, cu modificările ulterioare.
4. *Rapoartele de activitate ale secţiei internare a blocului chirurgical somatic*, perioada 2004-2012.
5. Н.В. Баедина. *Опорные конспекты по общему уходу за больными*. Учебно-методическое пособие. Самара, 2009, с. 10-13.

Prezentat la 21.06.2013

Ion Arteni, vicedirector medical
IMSP SCM nr. 1,
tel. 022-270479,
e-mail: i.arteni@mednet.md

ALEGEREA LIBERĂ A SPITALELOR DE ACELAŞI NIVEL – STIMULENT PENTRU SPORIREA CALITĂŢII SERVICIILOR MEDICALE

Mircea BUGA[1], Constantin EŢCO[2], Ghenadie DAMAŞCAN[1], Doina-Maria ROTARU[1],
[1]Compania Naţională de Asigurări în Medicină;
[2]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Summary

Free choice of hospital medical institution of the same level – incentive to improve the quality of health services

For the first time in the Republic of Moldova the authors developed the concept of free choice of hospital medical institution of the same level by insured persons. Its implementation will stimulate the competition between hospitals and this fact will enhance the quality of rendered medical services.

Keywords*: free choice of hospital, competition, improving the quality of health services.*

Резюме

Свободный выбор больницы в пределах учреждений одинакового уровня как стимул для улучшения качества медицинской помощи

Впервые для Республики Молдова авторы разработали концепцию свободного выбора застрахованным лицом больницы одинакового уровня организации. Ее внедрение будет стимулировать конкуренцию между больницами, что позволит повысить качество медицинских услуг.

Ключевые слова*: свободный выбор больницы, конкуренция, улучшение качества медицинских услуг.*

Una dintre problemele actuale ale sistemului de sănătate este faptul că, deşi instituţiile medico-sanitare spitaliceşti teritoriale prestează asistenţă medicală de acelaşi nivel, persoana asigurată nu poate să-şi aleagă instituţia medicală, alta decât cea din teritoriul de deservire [1].

Conform prevederilor *Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală*, aprobate prin Ordinul comun al Ministerului Sănătăţii şi al Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină, internarea programată în instituţiile medico-sanitare spitaliceşti de nivel secundar (raionale/municipale) se efectuează în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care pacientul este înregistrat [3].

Este cunoscut faptul că concurenţa dintre spitale sporeşte calitatea asistenţei medicale acordate. Totodată, metodologia actuală de referire la spitalele raionale/municipale nu presupune concurenţa între instituţiile medicale. Pentru înlăturarea acestui neajuns, propunem implementarea unui sistem de alegere liberă a spitalelor de acelaşi nivel [2]. Mecanismul propus prevede:

1. Alegerea liberă de către persoanele asigurate sau reprezentanţii săi legali a spitalului pentru internările programate.

2. Internarea programată se va efectua în baza biletului de trimitere, eliberat de medicul de familie la care pacientul este înregistrat.

3. Spitalul va deţine două liste de aşteptare: una pentru pacienţii din teritoriul de deservire a spitalului şi a doua – pentru pacienţii din alte zone de deservire. Această cerinţă se impune pentru a nu admite ca bolnavii din alte teritorii să diminueze accesul la serviciile spitaliceşti a persoanelor din teritoriul de deservire a spitalului.

4. Medicul de familie va consilia pacientul privind oportunităţile de selectare a spitalului şi îi va recomanda varianta optimă de spitalizare, ţinând cont inclusiv de listele de aşteptare din spitalele respective.

5. Spitalul va interna pacientul în conformitate cu listele de aşteptare.

6. Programarea asistenţei medicale (inclusiv întocmirea listelor de aşteptare) se va efectua în limitele volumelor contractate cu Compania Naţională de Asigurări în Medicină.

În scopul testării mecanismului elaborat, propunem instituirea a două zone-pilot de alegere liberă a spitalelor de acelaşi nivel de către persoanele asigurate:

1. Zona Nord – Edineţ, Ocniţa, Briceni şi Donduşeni;

2. Zona Sud – Cahul, Cantemir, Taraclia, Comrat, Ceadâr-Lunga, Vulcăneşti.

Concluzii. Metodologia propusă creează premise pentru apariţia concurenţei între instituţiile medico-sanitare spitaliceşti de acelaşi nivel şi, ca urmare, va spori calitatea serviciilor medicale prestate. De asemenea, un factor pozitiv va fi fortificarea conceptului de piaţă a serviciilor medicale, actualizând conceptul potrivit căruia „banii vin după pacient". Implementarea metodei propuse va fi unul dintre paşii necesari pentru trecerea de la procurările pasive ale serviciilor spitaliceşti la cele active.

Bibliografie

1. *Programul unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală*, aprobat prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1387 din 10.12.2007, cu modificările şi completările ulterioare.
2. *Strategia de dezvoltare instituţională a Companiei Naţionale de Asigurări în Medicină pentru anii 2013-2017*, aprobată prin Decizia Consiliului de administraţie al CNAM din 13.11.2012.
3. *Normele metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală*. Anexă la Ordinul comun al MS şi CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012.

Prezentat la 01.07.2013

EFICIENTIZAREA ALOCAŢIILOR FINANCIARE ÎN SISTEMUL DE SĂNĂTATE PRIN PRIORITIZAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Iurie MALANCIUC[1], Constantin EŢCO[2], Galina BUTA[2],
[1]IMSP SCR Laboratorul ştiinţific *Management în sănătate*,
[2]USMF *Nicolae Testemiţanu*,
Catedra *Economie, Management şi Psihopedagogie în Medicină*

Summary

Efficient financial allocations in the health system by prioritizing health services

The sustained growth of expenses for healthcare due to the emergence of new medical technology and medicines, modification in the structure of demography and illness distribution, has the same tendency in all the countries of the world including the developed ones.

The efficiency of the healthcare system, medical services and separate measures is calculated by the combination of indices, each of them characterizing a specific part of the process of medical activity. The efficiency of the healthcare system can not be determined exactly. There are 3 types of efficiency in healthcare: social, medical, economical. Medical efficiency — is the degree of achievement of a medical result. Social efficiency — is the degree of achievement of a social result. Economical efficiency — is correlation of financial results and expenditures.

It is necessary to compare the methods of appreciation of the efficiency of development of healthcare, based on medical-economical standards of health aid. The efficiency is regarded as the achievement of the maximum social and medical effect with minimal financial expenditures.

The compared valuation of indices of social, medical and economical efficiency by using statistical data is the base for taking efficient controlling decisions for institutions or for the entire system.

Keywords*: demands and proposal of medical services; social, medical, and economical effect of medical services; efficiency using the resources in medicine, assessment of efficiency.*

Резюме

Эффективные финансовые ассигнования в системе здравоохранения посредством приоритезации медицинских услуг

Непрерывный рост расходов на здравоохранение, обусловленный появлением новых медицинских технологий и медикаментов, модификациями структуры заболеваемости и демографии, представляет единую тенденцию для всех стран мира, в том числе и развитых.

Эффективность системы здравоохранения, медуслуг и отдельных мероприятий измеряется совокупностью показателей, каждый из которых характеризует какую-либо сторону процесса медицинской деятельности. Эффективность системы здравоохранения не может быть определена однозначно. В здравоохранении выделяют три типа эффективности: социальную; медицинскую; экономическую. Медицинская эффективность – это степень достижения медицинского результата. Социальная эффективность – это степень достижения социального результата. Экономическая эффективность – это соотношение финансовых результатов и затрат.

Необходимо выработать методики оценки эффективности развития здравоохранения, на основе медико-экономических стандартах медпомощи. Эффективность рассматривается как получение максимального социального и медицинского эффекта при минимальных финансовых затратах.

Сравнительная оценка индикаторов социальной, медицинской и экономической эффективности с использованием статистических данных является основой для принятия эффективных управленческих решений для учреждения или системы в целом.

Ключевые слова*: спрос и предложение медуслуг; социальный, медицинский и экономический эффект медуслуг; эффективность использования средств в медицине, расчёт эффективности.*

Introducere. Cheltuielile necesare sistemului de sănătate crescânde vertiginos, condiţionate de noile medicamente şi tehnologii medicale, modificarea morbidităţii şi factorii demografici au o tendinţă comună în ţările dezvoltate. OMS, în urma unor estimări generalizate, recomandă de a aloca cel puţin 6-6,5% din PIB-ul ţării pentru ca sistemul de sănătate să satisfacă majoritatea cerinţelor. Rusia alocă, de exemplu, circa 5% din PIB, ţările Europei de Vest – 8-10%, SUA – peste 13% [1].

Cu toate acestea, nicio ţară nu poate acoperi creşterea continuă a cerinţelor sistemului de sănătate. Pentru a avea posibilitatea de a se încadra în mijloacele disponibile, ţările care duc o politică financiară corectă îndreaptă vectorul politicilor în sănătate spre eficientizarea alocărilor financiare.

Una dintre principalele tendinţe moderne ale sistemelor de sănătate este deplasarea priorităţilor de la economia austeră pentru serviciile medicale spre utilizarea lor cât mai eficientă.

Până în prezent, nu a fost definită noţiunea măsurabilă, îndeosebi cantitativă, a sănătăţii. Propunerea OMS de a defini sănătatea ca o bună stare fizică şi psihologică deplină a individului, şi nu o simplă lipsă la el a maladiilor, nu poate fi acceptată în scopuri de diagnostic şi monitorizare a stării de sănătate. Cu atât mai mult, această noţiune nu poate fi aplicată în ştiinţele economice, deoarece sistemul de marfă-bani este bazat categoric pe gradare de costuri, deci sănătatea trebuie măsurată.

Dacă noţiunile de *sănătate* şi de *boală* ar fi fost clare, bine definite şi fundamentate ştiinţific, cu formalizări precise, fără ambiguităţi ale acestor stări, problema eficienţei economice a sistemului de sănătate ar fi una mai simplă.

Noţiunea de sănătate ca marfă induce necesitatea de implementare (vădită sau vualată) a *„costului vieţii umane"*. Acest preţ indirect este prezent în asigurări, în calculele aplicate la măsurile necesare pentru supravieţuire în diverse situaţii, în medicina militară (aprecierea la trierea răniţilor a priorităţilor de acordare a asistenţei medicale). Analiza detaliată a acestor calcule, prin diferite metodici, atestă că pentru o anumită ţară, într-o anumită perioadă de timp, obţinem aproximativ aceeaşi sumă. Pentru SUA, de exemplu, costul vieţii umane este estimat la 1 mil. $, sumă care ţine de costul salvării unei vieţi umane (costul evitării prejudicierii). Calcularea costului vieţii umane contravine tradiţiilor, culturii unor ţări, iar fiind insuficient fundamentată, este vehement şi argumentat criticată [2].

Este necesar de a conştientiza că aplicarea legităţilor şi principiilor ştiinţelor economice în sistemele de sănătate duce direct la degradarea funcţionării sistemului. Aplicarea relaţiilor unei pieţe economice are efect negativ nu numai asupra pacientului, ci şi a societăţii în ansamblu:

a) Necesită resurse nelimitate, ceea ce este imposibil de aplicat chiar şi în ţările cu o bunăstare avansată;
b) Survine o accesibilitate sporită pentru categoriile cu venituri mai joase la servicii medicale;
c) Din cauza specificului prestării serviciilor medicale, sporeşte influenţa informării asimetrice despre servicii în detrimentul pacientului şi personalul medical începe a dicta condiiţile pe piaţa medicală.

Totuşi, funcţia serviciului medical are permanent în sine şi un efect social. Fiind util pacientului pentru a-şi menţine sau a-şi restabili sănătatea, el este util şi pentru sănătatea societăţii. Din punctul de vedere al statului, această funcţie are menirea, în primul rând, de a menţine sănătatea populaţiei la un anumit nivel ca o valoare de sine stătătoare, instituibilă; în al doilea rând, de a asigura populaţiei ţării un nivel de sănătate care ar permite rambursarea optimă a capitalului de muncă.

Scopul prezentului studiu este de a cerceta categoriile eficienţei economice în specificul sistemului de sănătate.

Materiale şi metode. Obiectul studiului este calitatea şi complexitatea decizională a actului de ierarhizare a priorităţilor serviciilor medicale acordate populaţiei, aplicat la diferite nivele ale managementului medical. Rezultatele studiului au fost obţinute prin analiza literaturii de specialitate din ţară, de peste hotare, a surselor accesibile din internet, a unor acte legislative şi instructiv-metodice (instrucţiuni, recomandări metodice, scrisori informative etc.), utilizând metoda documentară şi cea de analiză comparativă.

Încadrată în categoria studiilor observaţionale, cercetarea are la bază metoda analizei descriptive şi comparative pe date secundare. Sursele de informaţii folosite pentru selectarea datelor ce au făcut obiectul analizei au fost:

- actele normative care reglementează sistemul de asistenţă medicală şi medico-socială în Moldova,
- date statistice naţionale.

Pentru descrierea cererii de servicii de sănătate, văzute ca nevoi exprimate de populaţie către un furnizor, au fost abordaţi indicatori de accesare a diferitelor tipuri de servicii, iar în stabilirea nevoilor potenţiale de servicii au fost evaluaţi deopotrivă indicatori demografici, ai stării de sănătate a populaţiei şi de accesare a diverselor servicii.

Rezultate şi dezbateri

Serviciul medical ca o categorie de marketing. Pentru ce primeşte medicul salariu: pentru că a prestat serviciul medical care a restabilit sănătatea pacientului sau pentru seviciile care nu au permis să se declanşeze patologia? În China Antică medicul era salarizat atât timp cât pacientul era sănătos, se plătea pentru menţinerea sănătăţii, şi nu pentru tratarea bolii.

Definiţiile de *sănătate* şi *serviciu medical* au diferite aspecte. Cheltuielile pentru un mod sănătos de viaţă şi o stare de sănătate bună sunt în final o necesitate spirituală. Cheltuielile pentru „serviciul medical" reprezintă o satisfacere a necesităţilor biologice de a fi sănătos. Acţiunile şi cheltuielile pentru restabilirea sănătăţii adesea sunt inconştiente şi impuse, iar cele pentru modul sănătos de viaţă – numai conştiente şi premeditate [3].

Sistemele de sănătate din toate ţările, inclusiv din cele cu o economie dezvoltată şi un sistem social semnificativ finanţat, se confruntă cu problema eternă de a satisface ***cererea*** prin ***oferta*** de servicii medicale pentru întreaga populaţie. Aceste două elemente ale economiei sunt într-o permanentă goană spre un echilibru, dar cu cât mai multe cereri se satisfac, tot mai multe cereri apar. O goană fără sfârşit. A găsi acel nivel de satisfacere a cererilor populaţiei în servicii medicale, care ar fi suficient pentru a menţine şi a spori sănătatea lor, este o artă managerială de performanţă, ţinând cont de faptul că influenţa politicului în această alegere este foarte mare.

Anume factorii mediului ambiant şi starea internă a individului generează anumite necesităţi şi duc la formarea sistemului de oferte respective pentru satisfacerea lor.

Nevoia este influenţată de determinanţii culturali, etici, precum şi de rezultatele cercetării medicale curente.

Cererea pentru îngrijiri de sănătate este o cerere derivată, bazată pe dorinţa de a fi sănătos, dar fără ca legătura dintre sănătate şi serviciile de îngrijire a sănătăţii să fie bine înţeleasă. Cererea exprimată de pacient este influenţată de factori sociali, culturali, educaţionali, informaţionali (mass-media), dar şi de medici, care transformă nevoile în cereri. Cererea pentru îngrijiri de sănătate este influenţată de trei tipuri de factori:

a) ***factori care ţin de pacient***: nevoi percepute, caracteristici personale (vârstă, sex, rasă etc.); educaţie/nivel de cunoştinţe, comportament faţă de îngrijirea de sine, venit, cererea pentru sănătate;

b) ***factori care ţin de serviciile de sănătate***: costul serviciilor, accesibilitate, comportamentul profesioniştilor, îngrijirile preventive, educaţia pentru sănătate;

c) ***factori care ţin de societate***: nivel de dezvoltare socioeconomică; caracteristici demografice (mărime, structura pe grupe de vârstă etc.), perceperea valorii stării de sănătate.

Oferta de servicii de sănătate poate fi influenţată de presiunea exercitată de medici, care funcţionează ca arbitrii ai nevoilor, cererii şi ofertei de servicii medicale. Populaţia poate considera că este nevoie de mult mai multe servicii de sănătate.

Oferta poate fi influenţată de factori politici, sociali, de inerţie, patternuri istorice.

Interrelaţii ale nevoilor de sănătate. Pe piaţa serviciilor de sănătate, nevoile diferă în funcţie de persoana care le defineşte: producătorul (medicul), consumatorul (pacientul) care nu posedă informaţii specifice şi cunoştinţe medicale.

Cererea de servicii de sănătate este finalizată în realitate prin realizarea unui compromis între nevoile resimţite şi/sau exprimate de populaţie, nevoile exprimate de furnizori şi posibilităţile de satisfacere.

Necesităţile umane, convenţional determinate ca medicale, pot fi divizate în nivele socioigienice. Conform acestei abordări, se disting trei grupuri de necesităţi şi cereri strâns legate de necesitatea de procurare a serviciilor medicale:

1. necesitatea de a trăi;
2. necesitatea de a fi sănătos şi apt de muncă:
   a) dorinţa de restabilire a capacităţii de muncă temporar pierdute;
   b) dorinţa de păstrare a unei capacităţii „reziduale" de muncă la survenirea invalidităţii;
3. necesitatea de libertate absolută de activitate vitală (fiziologică, psihosomatică, socială), în final, necesitatea se caracterizează prin dorinţa de a atinge starea supremă a calităţii vieţii.

Pentru a stabili ce-l poate motiva pe cetăţeanul Republicii Moldova să contracteze o asigurare medicală, întrebarea respectivă a fost inclusă într-un chestionar. Mai mult de 58,9% s-ar ocupa de profilaxia maladiilor pentru a duce o viaţă sănătoasă; 36,8 sunt motivaţi de cheltuielile mari, iar 22,1% se tem de scurtarea vieţii din cauza bolilor [4].

În structura programelor de asigurări medicale, în marketing va predomina aspectul profilactic al asigurării faţă de aspectul curativ. Rezultatele cercetării motivărilor asiguraţilor ne vorbesc în favoarea acestei afirmaţii.

Această situaţie ne permite să stabilim limitele câmpului specific socioeconomic al relaţiilor pacientului cu medicul, să marcăm convenţional hotarele pieţei serviciilor medicale şi, în aceste hotare, să stabilim conexiunile necesităţilor umane cu categoriile de marketing ale sistemelor de sănătate.

Piaţa serviciilor medicale se integrează, pe de o parte, în anumite limite concrete ale necesităţilor şi cererilor, iar pe de altă parte, apar posibilităţi reale de a fi logic divizată în segmente. În aşa fel, în sistemele de marketing medical (oferte de asistenţă medicală), la cel mai înalt nivel de segmentare a pieţei serviciilor medicale, se evidenţiază trei direcţii principale cu forme specifice de oferte a serviciilor medicale şi satisfacere a cerinţelor medicale. Este clar că hotarele dintre aceste segmente ale pieţei sunt convenţionale.

I. Oferte de servicii medicale pentru menţinerea vieţii (în perioada perinatală; în stări extremale de urgenţă, cu pericol pentru viaţă; la vârsta înaintată etc.). Acest segment al pieţei îl putem numi *„segmentul de marketing al vieţii"*;
II. Oferte de servicii medicale cu scopul de restabilire a sănătăţii, restabilirea şi menţinerea unui nivel de capacitate de muncă în caz de pierdere temporară a ei. Detalierea genurilor de servicii medicale în acest segment se efectuează pe direcţiile:
   a) servicii medicale pentru tratamentul maladiilor acute şi prevenirea acutizării celor cronice;
   b) servicii medicale direcţionate spre prevenirea transformării incapacităţii temporare de muncă în incapacitate permanentă (infirmitate);
   c) servicii medicale de menţinere într-o stare de remisiune sau latentă a maladiilor cronice şi a posibilităţii de invalidizare la un nivel minim.

Acest segment al pieţei poate fi numit „*segmentul de marketing al maladiilor*";

III. Oferte de servicii medicale care menţin starea de sănătate relativă a organismului (imunoprofilaxia, dispensarizarea etc.). Acest segment al pieţei poate fi numit „*segmentul de marketing al sănătăţii*".

Bazându-ne pe această abordare metodologică, este raţional să corelăm un anumit segment al pieţei cu funcţiile specifice ale activităţii medicale și să caracterizăm aceste funcţii nu numai de pe poziţii umanitare, dar și de pe poziţii economice. Această segmentare a pieţei de sănătate este argumentată prin oportunitatea economică, printr-o anumită unificare și prin posibilitatea de calculare a rentabilităţii activităţii medicale.

În acordarea serviciilor medicale în „segmentul de marketing al maladiilor", unde cererea și necesitatea sunt temporare, în legătură cu dereglarea stării psihosomatice, factorii economici au un rol decisiv.

Serviciile medicale direcţionate spre satisfacerea necesităţilor de fortificare a „calităţii vieţii" pe piaţa de sănătate a societăţii contemporane se pot caracteriza printr-o rentabilitate sporită. În condiţiile actuale, în structura tarifelor acestor servicii trebuie să fie incluse cheltuielile de producere a serviciilor medicale pentru celelalte două segmente ale pieţei de sănătate – „segmentul de marketing al vieţii" și „segmentul de marketing al maladiilor". Satisfacerea totală a necesităţilor consumatorului din acest segment, în cea mai mare măsură, nu este legată de activitatea medicală, ci este determinată de alţi factori individuali, naturali și socioeconomici [4].

Evidenţierea și studierea segmentului de sănătate pe piaţa de servicii medicale permite, inclusiv în sistemul de asigurări medicale, de a determina esenţa și de a marca activitatea medicală cu aspect profilactic în relaţiile de piaţă dintre medic și pacient.

Abordarea propusă pentru bazele segmentării pieţei de sănătate permite de a studia cererea de anumite servicii medicale în fiecare segment; de a aprecia volumul, majorarea și atractibilitatea segmentului de piaţă de sănătate după criterii obiective, utilizând indicatorii tradiţionali medico-statistici, a-i corela raţional cu caracteristicile economice ale relaţiilor de marketing dintre medic și pacient.

Ambiguitatea efectului util al serviciilor medicale este determinată de unicitatea efectului medical cu cel socioeconomic, care reflectă esenţa material-substanţială a conţinutului efectului serviciului medical ce se formează din munca depusă de persoanlul medical dotat cu consumabile și utilaj, indispensabil de forma lui socioeconomică (complex de relaţii socioeconomice menite să realizeze serviciul medical într-un mediu instituţional).

Legităţile contemporane de dezvoltare a pieţei serviciilor medicale sunt:

- Depășirea tempoului de creștere a costurilor medii ale deservirii medicale, cu trecerea treptată de la satisfacerea necesităţilor cu elasticitate joasă ale consumatorului, spre cele cu elasticitate înaltă, în comparaţie cu creșterea lor (a necesităţilor în general) în alte domenii ale economiei, generate de relaţii stabile ale factorilor generatoare de necesităţi, de asimetria informaţională, monopolismul local, suportarea acestor cheltuieli de către terţe persoane – Stat, companii de asigurări;
- Diminuarea treptată a dependenţei satisfacerii necesităţilor individuale în servicii medicale de gradul de solvabilitate a pacientului, sub influenţa costurilor crescânde ale externalităţilor negative ale pieţei private, prin sporirea rolului medicinei în dezvoltarea inovaţională a societăţii și în democratizarea ei;
- Dezvoltarea mai rapidă a infrastructurii globale faţă de cea naţională a pieţei de servicii medicale, care sporește impactul factorilor externi asupra acestor pieţe influenţate de creșterea deschiderii economiei mondiale, gradul înalt de conservatism al serviciilor medicale în comparaţie cu alte produse și servicii, monopolismul local, politica socială activă a Statului și creșterea segmentului bugetar al sistemului de sănătate [5].

Eficienţa economică în sistemul de sănătate

Efecte *sunt schimbările fizice, sociale și emoţionale ale indivizilor (efecte/rezultate terapeutice). Pot fi măsurate în unităţi naturale sau fizice.* „Efectul" social, medical sau economic sunt noţiuni care reflectă numai schimbarea survenită în mediul evaluat al unei acţiuni, dar nu are expresie valorică. Acţiunea aplicată pacientului și rezultatele ei pentru comunitate pot avea efect atât pozitiv, cât și negativ [6].

Efficiency *(engl.), результативность (rus.),* ***eficienţa*** *este gradul în care intervenţia medicală are rezultate și modifică (pozitiv) starea sănătăţii în condiţii practice și financiare reale.* Trebuie de menţionat că eficacitatea este un indicator relativ, deoarece ea necesită a fi mereu comparată cu alţi indicatori de cost-eficienţă și, în esenţa sa, ea nu poate fi un indicator absolut [6].

Eficienţa reprezintă complexul de acţiuni sau condiţionări care se soldează cu atingerea unui anumit rezultat. Noţiunea economică clasică a eficienţei nu poate fi echivalată cu noţiunea de „eficienţă economică" în sănătate. Aplicând cele mai moderne tehnologii și atrăgând cei mai calificaţi specialiști, pot fi obţinute „zero" rezultate sau chiar unul negativ.

Este foarte important ca noţiunile de „efect" şi „eficienţă" să nu fie confundate sau, şi mai grav, omologate.

Eficienţa sistemului de sănătate în ansamblu, a anumitor servicii sau a unor programe este evaluată cu un complex de indicatori. Fiecare dintre ei caracterizează o latură a procesului, iar valoarea lor poate fi diversă – de la pozitivă până la negativă – pentru acelaşi proces. Eficienţa sistemului de sănătate nu poate fi apreciată fără echivoc. Pentru sistemul de sănătate sunt caracteristice trei tipuri de eficenţă: socială, medicală şi economică.

Spre deosebire de analiza eficienţei alocărilor financiare în alte domenii ale economiei, sistemul de sănătate şi procesele lui sunt analizate din aspectele eficienţei sociale, medicale şi economice. Aceste aspecte au o strânsă corelare între ele. Evaluarea acestor tipuri de eficienţă în sănătate are un specific, comparativ cu celelalte domenii ale economiei. Pentru a evalua sistemul de sănătate, un program sau serviciu, este obligatoriu de a evalua, în primul rând, eficienţa medicală. Prioritatea evaluării medicale este o axiomă. Ulterior se supune evaluării eficienţa socială. Eficienţa economică va fi evaluată numai după ce se va analiza eficienţa medicală şi cea socială, cu toate influenţele lor reciproce şi uneori chiar contradictorii. Oricare activitate medicală, complex de măsuri igienice, profilactice sau de recuperare demarate într-un colectiv sau teritoriu administrativ se apreciază din cele trei aspecte ale eficienţei: medicale, sociale şi economice. Drept indicatori de bază pentru evaluare pot servi numai indicatorii de sănătate în dinamică, cum ar fi: morbiditatea, mortalitatea, invaliditatea, majorarea vârstei apte de muncă etc.

Eficienţa medicală reprezintă obţinerea unui rezultat medical. Pentru un pacient aparte, aceasta reprezintă însănătoşirea sau ameliorarea stării de sănătate, restabilirea unor funcţii. Pentru sistemul de sănătate la nivel de formaţiuni instituţionale sau administrative, eficienţa se evaluează printr-o multitudine de indicatori, cum ar fi: incidenţă, prevalenţă, mortalitate, invaliditatea, gradul de cronicizare a proceselor acute, incapacitatea de muncă, ponderea pacienţilor cu însănătoşire, indicatori ce caracterizează volumul şi calitatea serviciilor medicale prestate, satisfacţia populaţiei de calitatea serviciilor şi accesibilitatea lor etc.

Eficienţa socială este caracterizată prin efectele sociale rezultate din actul medical sau din complexele de măsuri întreprinse de sistemul de sănătate. Pentru pacient efectul social poate fi redobândirea capacităţii de muncă şi activităţii sociale, satisfacţia de calitatea şi volumul de servicii medicale. Pentru sistemul de sănătate efectul social se poate evalua prin sporirea speranţei de viaţă, diminuarea mortalităţii, invalidităţii, altor indicatori demografici, satisfacerea societăţii de sistemul de sănătate şi calitatea activităţii lui. Efectul social poate fi analizat şi în baza unor aşa indicatori ca vârsta medie şi calitatea vieţii. Efectul social este în funcţie de sporirea stării de sănătate a populaţiei şi mai depinde de o multitudine de alţi factori socioeconomici din ţara respectivă. Având în vedere interferenţa acestor abordări, efectul social trebuie privit şi prin prisma efectului economic cu un aşa rezultat ca reproducerea forţei de muncă – una dintre cele mai valoroase avuţii ale statului.

Eficienţa socială este mult mai greu de exprimat cu ajutorul unor indicatori cantitativi, deoarece se referă la gradul de satisfacere a consumatorului de serviciile prestate. Acest fapt presupune mai mult o dimensiune calitativă şi asigurarea unei corespondenţe între aşteptări şi ofertă. Caracteristicile serviciilor nu permit o evaluare completă a calităţii acestora, decât sub aspectul măsurii în care au răspuns nevoilor şi aşteptărilor existente [7].

L.S. Simon [8] propune cinci criterii pentru a evalua nivelul de satisfacţie a clientului, şi anume:

- *gradul de anticipare a nevoilor clientului*, respectiv procentul de servicii neconsumate, pentru că nu au fost oferite de furnizorii de servicii;
- *gradul de precizie în definirea conţinutului serviciului*, determinat prin numărul discuţiilor avute de prestatorul şi beneficiarul serviciilor, pentru a se stabili conţinutul serviciului;
- *gradul de satisfacere a cererii de servicii*, respectiv procentul de solicitări ale clienţilor, ce nu pot fi rezolvate din lipsa de bază materială sau de personal;
- *gradul de flexibilitate cu care se răspunde la situaţii de urgenţă*, stabilit prin timpul mediu necesar din momentul primirii cererii clientului până la oferirea serviciului;
- *gradul de eficienţă în rezolvarea problemelor privind serviciul,* obţinut ca procent al problemelor pentru care serviciul promis nu poate fi oferit în intervalul de timp stabilit iniţial.

După cum se poate observa, modelul nu reuşeşte să atingă toate aspectele calitative ale serviciilor, dar e un punct de pornire valoros.

Se încearcă exprimarea eficienţei sociale a serviciilor prin indicatori cantitativi, de tipul: numărul de unităţi de sănătate la 1000 de locuitori; numărul de paturi de spital la un doctor sau la 1000 de locuitori etc. Aceşti indicatori nu răspund însă în totalitate aprecierii nivelului calitativ al serviciilor.

Efectul economic al sistemului de sănătate se evaluează ca o corelare a alocărilor și a rezultatelor obţinute. Se analizează pierderile economice legate de morbiditatea populaţiei. Aceste pierderi pot fi directe sau indirecte. Din aceste evaluări pot rezulta așa indicatori ca costul „poverii bolilor", care include în sine:

- Cheltuieli *directe* pentru tratamente spitalicești și de ambulatoriu, măsuri sanitar-epidemiologice, cheltuieli pentru medicamente etc.
- Cheltuieli *indirecte*, cum ar fi reducerea creșterii PIB-ului din cauza pierderilor legate de mortalitatea prematură, incapacitatea temporară și permanentă de muncă etc.

Calculele eficenţei economice au ca scop elucidarea acţiunilor, proceselor, tehnologiilor care vor duce la cele mai eficiente utilizări ale surselor financiare alocate. Acești indicatori permit de a aprecia din aspect economic sistemul de sănătate în ansamblu, proiectele demarate, instiuţiile medicale sau actele medicale separat. În baza rezultatelor pozitive ale acestor calcule se vor argumenta activităţile sistemului de sănătate, proiectate pentru implementare [9].

Una dintre particularităţile sistemului de sănătate este faptul că actele medicale curative sau profilactice pot fi evident economic nerentabile, dar efectul medical și cel social sunt imperative. Asistenţa medicală acordată persoanelor în etate, cu o multitudine de maladii cronice și destructive, adesea cu retarde mentale, va avea un efect medical social foarte înalt, un efect medical pozitiv sau ineficient, iar eficienţa economică din start va fi negativă. Folosirea tehnologiilor medicale moderne, a medicamentelor cu o eficienţă înaltă și a terapiilor intensive la pacienţii care anterior nu aveau șanse de supravieţuire, poate duce la efect medical și social – salvarea vieţii lor, pe când eficienţa economică este negativă, deoarece majoritatea lor rămân cu handicapuri și nu-și restabilesc capacitatea de muncă sau de autodeservire [10].

Eficienţa economică în sistemul de sănătate nu poate fi determinantă pentru deciziile de implementare a proiectelor medicale curative, profilactice sau manageriale. Criteriile economice însă pot servi pentru prioritizarea acestor proiecte în condiţiile unor bugete austere.

O particularitate a eficienţei economice în actul medical este consecutivitatea valorii alocărilor depuse la etapele de acordare a serviciului medical. În toate cazurile, cele mai valoroase alocări, materiale și eforturi depuse de personalul medical se aplică în primele zile, până la depășirea crizei provocate de maladie. Recuperarea ulterioară necesită cheltuieli în ordine descrescândă.

La fel, o particularitate a eficienţei economice este faptul că cheltuielile pentru serviciul medical pot depăși rezultatul scontat mediu pentru practica medicală. De exemplu, însănătoșirea pacientului în vârsta aptă de muncă se soldează cu revenirea lui la activitatea de muncă, diminuând pierderile economiei naţionale legate de neproducerea bunurilor materiale. Este de menţionat că munca personalului medical, depusă pentru recuperarea unui pacient de vârstă înaintată și cea depusă pentru unul tânăr, cu aceeași maladie, sunt net diferite. Aceleași servicii medicale, cu aceleași cheltuieli, acordate unei persoane în etate, soldate cu însănătoșire de maladia dată are doar efect negativ, deoarece nicidecum nu are efect de plus-valoare și majorează cheltuielile pentru achitarea pensiei sau a altor alocări legate de boală [11].

Între efectele sociale și cele economice există identitate, dar și contradicţii în procesul de selectare a priorităţilor de dezvoltare a sistemului de sănătate. Umanismul medical trebuie racordat cu realismul economic. Direcţionarea surselor financiare spre nevoile de sănătate ale persoanelor de vârsta a treia aduc un efect social așteptat, dar nu au efect economic, pe când utilizarea acestor surse pentru tratamentul „poverii bolilor" la persoanele apte de muncă are și efect economic, și efect social. Problema acestor contradicţii este o problemă cu accent etic semnificativ și care, cu părere de rău, încă nu are rezolvare. Cu cât mai reduse sunt sursele financiare disponibile, cu atât direcţionarea lor reprezintă o problemă mai mult decât direct proporţională și căutarea celor mai rentabile alocări în programele de sănătate [12].

În ultimii ani, cercetătorii, pe lângă pierderile legate de morbiditate, invaliditate și mortalitate prematură, folosesc și indicatorul *costul unei vieţi umane*, ca o categorie economică. De pe poziţii umaniste, este clar că viaţa umană nu poate fi evaluată, dar din aspect economic ea poate avea valoare numerică. Conform calculelor efectuate de V.P. Korciagin pentru Rusia, în 1996 costul vieţilor umane pierdute prematur au constituit 48% din PIB-ul ţării.

Effectiveness *(engl.), эффективность (rus.),* ***efectivitatea*** este *raportul dintre rezultatele obţinute și cheltuielile efectuate* [6].

Abordările metodice de determinare a efectivităţii economice a sistemului de sănătate sunt bazate pe determinarea costului fiecărui serviciu seprat și a prejudiciului cauzat de fiecare maladie aparte. Costurile stau la baza calculelor efectivităţii în medicină. Calculele reale se determină ca raport dintre efectul economic și suma cheltuielilor pentru el.

Efectul economic reprezintă prejudiciul evitat prin aplicarea actului medical. Suma rezultă din diferenţa dintre cheltuielile economice în caz de

neaplicare a actului medical în caz de îmbolnăvire sau deces şi suma cu aplicarea lui.

Indicatorii de efectivitate trebuie să aibă expresie cantitativă, să fie uşor de calculat, să aibă o bază informaţională accesibilă şi sigură.

$$\textbf{Ke} = \frac{\textit{efectul economic}}{\textit{cheltuielile economice legate de actul medical}}$$

Efectul medical se va calcula după formula:

$$\textbf{Km} = \frac{\textit{numărul de cazuri soldate cu rezultate medicale dovedite}}{\textit{numărul de cazuri evaluate}}$$

Efectul social se calculează prin formula:

$$\textbf{Ks} = \frac{\textit{numărul de pacienți satisfăcuți de actul medical}}{\textit{numărul de cazuri evaluate}}$$

Rezultatele obţinute ale efectivităţii pot fi apreciate după următoarele criterii:

1) Standardul indicatorului la care trebuie să tindă lucrătorii sistemului de sănătate este (K=1), iar în cazul efectivităţii economice (K>1);
2) Media indicatorului pentru secţii, instituţii medicale, teritorii administrative;
3) Dinamica indicatorului dat pentru fiecare medic, secţie, instituţie medicală [6].

Majoritatea datelor necesare calculului efectivităţii şi eficienţei sistemului de sănătate se regăsesc în datele statistice ale Ministerului Sănătăţii. Un şir de indicatori necesari calculării efectivităţii şi eficienţei sistemului de sănătate, în particular pentru eficienţa medico-socială şi calitatea actului medical, nu sunt parte a Nomenclatorului de indicatori statistici medicali [13].

Concluzii

1) În Republica Moldova, nu este elaborată o metodologie aprobată de evaluare a eficienţei şi eficacităţii actului medical, a activităţii instituţiilor medicale şi a sistemului de sănătate la general. Având în vedere constrângerile financiare pe care le suportă sistemul de sănătate al ţării, elaborarea acestor metodologii este stringentă.

2) Prin metodologia elaborată trebuie să fie posibil de a calcula indicatorii care vor permite evaluarea efectivităţii alocărilor financiare şi eficienţei utilizării lor pentru anumite servicii medicale, programe de stat, activitatea instituţiilor medicale şi a sistemului în ansamblu.

3) Evaluarea acestor indicatori în aspectul celor trei tipuri de efect şi eficienţă – socială, medicală şi economică – va permite de a prioritiza serviciile medicale, diverse proiecte şi decizii manageriale din aspectele social, medical şi economic. Aceste măsuri vor asigura implementarea celor mai relevant, din punct de vedere economic şi medico-social, politici ale sistemului de sănătate în condiţiile insuficienţei critice a surselor financiare.

4) Indicatorii economici au o importanţă majoră în situaţia actuală socială şi economică a Republicii Moldova, ei nu pot fi „retuşaţi". Implementarea indicatorilor de performanţă economică în activitatea instituţiilor medicale din ţară va evidenţia clar managementul defectuos şi ineficient al acestora.

Bibliografie

1. http://www.medprivat.ru/phpnuke/html/modules.php?name=News&file=article&sid=67 (vizitat 04.06.2013)
2. Лыков А.К. *Развитие рынка медицинских услуг в условиях трансформации экономики*. Автореф. … на соиск. уч. ст. к.э.н. Саратов. 2002, 11 с.
3. *Духовное производство: социально-философский аспект проблемы духовной деятельности*. Под ред. Толстых В.И. М.: Наука, 1971, 352 с.
4. Malanciuc Iu. *Eficacitatea economică şi influenţa ei asupra calităţii serviciilor medicale*. În: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei, Chişinău, nr. 4(23), 2009, p. 84–90.
5. *Общественное здоровье и экономика*. Б.Б. Прохоров, И.В. Горшкова, Д.И. Шмаков, Е.В. Тарасова. М.: МАКС Пресс, 2007, 288 с.
6. Eţco Constantin, Malanciuc Iurie. *Asigurările medicale (principii, metode, tehnologii)*. Monografie, Chişinău, 2007, 456 p.
7. Концевая А. В., А. М. Калинина. *Оценка экономической эффективности медицинских технологий*. В: Заместитель главного врача, 2008, № 2, с. 90-94.
8. Ioncica Maria; Minciu Rodica; Stanciulescu Gabriela. *Economia serviciilor,* Bucureşti: Ed. Uranus, 1997, p. 274-282.
9. Орлов Е.М., Соколова О.Н. *Категория эффективности в системе здравоохранения* В: Фундаментальные исследования, 2010, № 4, с. 70-75.
10. Решетников А. В. *Критерии и показатели оценки социально-экономической эффективности управления финансовыми ресурсами системы ОМС*. В: Экономика здравоохранения, 2002, № 11, с. 25-26.
11. Jivan Alexandru. *Managementul serviciilor*, Timişoara: Editura de Vest, 1998, p. 92.
12. *Оценка эффективности деятельности медицинских организаций*. Под ред. проф. А.И. Вялкова, М.: ГЭОТАР-МЕД, 2004, 112 с.
13. Шамшурина Н.Г. *Показатели социально-экономической эффективности в здравоохранении*. М.: МЦФЭР, 2005, 318 с.

Prezentat la 19.07.2013

Iurie Malanciuc, dr. în med.,
Spitalul Clinic Republican,
tel. 069356711

PRIMELE REZULTATE ALE IMPLEMENTĂRII MECANISMULUI NOU DE PLATĂ PENTRU PERFORMANȚĂ ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Ghenadie DAMAŞCAN,
Compania Naţională de Asigurări în Medicină

Summary

The first results of the implementation of the new mechanism of paying for performance in primary health care

In Moldova, the same as in the most European countries, as a basic mechanism of financing method in PHC is used "per capita". But it is well known that each payment method in addition to the advantages has disadvantages, too. The main disadvantage of using the method " per capita" is its passivity. For these reasons, funding for the reason that the provider "exists " should be combined with funding for the provider that " do certain services".

In this context, since 2013, Moldova has implemented a new payment mechanism for achieving the indicators of performance. Analyzing the results of the implementation of this mechanism were found a number of changes that demonstrate the positive character stimulation of the new payment mechanism on the performance in primary care and argues further studies in this area.

Keywords*: funding mechanism PHC, new payment mechanism of the quality indicators.*

Резюме

Первые результаты внедрения нового механизма оплаты выполнения показателей качества в первичной медицинской помощи

В Республике Молдова, как и в большинстве европейских стран, в качестве основного механизма финансирования ПМП используется «подушевой» метод. Однако хорошо известно, что каждый способ оплаты имеет свои недостатки. Основным недостатком использования метода «на душу населения» является его пассивность. Для корекции этого недостатка часто прибегают к комбинированным методам оплаты.

В связи с этим, начиная с 2013 года, в Республике Молдова внедрен новый механизм оплаты выполнения показателей качества. В результате анализа применения этого механизма, был выявлен ряд изменений, свидетельствующих о положительном и стимулирующем влиянии нового механизм на качество первичной медицинской помощи.

Ключевые слова*: механизм финансирования ПМП, новый механизм оплаты выполнения показателей качества.*

Introducere. Asistenţa medicală primară reprezintă structură de bază a sistemului sănătăţii, constituind punctul de prim contact al pacientului în cadrul sistemului de prestare a serviciilor medicale. Din aceste considerente, pretutindeni în lume se acordă o atenţie deosebită factorilor care influenţează performanţa asistenţei medicale primare, unul dintre aceştia fiind finanţarea ei.

În Republica Moldova, ca şi în majoritatea ţărilor europene, drept metodă de bază în finanţarea AMP este utilizată metoda „per capita". Este însă bine cunoscut faptul că fiecare metodă de plată, pe lângă avantaje, are şi dezavantajele sale. Din aceste considerente, de obicei se recurge la combinarea metodelor de plată, prin care neajunsurile unor metode sunt diminuate prin avantajele altora.

Principalul dezavantaj al metodei „per capita" îl constituie pasivitatea ei. Faptul că prestatorul va primi aceeaşi sumă de bani pentru „aceeaşi populaţie" deloc nu înseamnă că populaţia va primi aceleaşi servicii pentru aceiaşi bani. Din aceste considerente, finanţările pentru faptul că prestatorul „există" trebuie combinate cu finanţări pentru faptul că prestatorul „oferă anumite servicii". De obicei, aceasta se realizează prin plată pentru performanţă. Începând cu anul 2013, în Republica Moldova a fost implementat un nou mecanism de plată pentru îndeplinirea indicatorilor de performanţă, analiza primelor rezultate ale căruia a constituit scopul studiului în cauză.

Material şi metode. În scopul analizei rezultatelor implementării noului mecanism de plată pentru performanţă, au fost efectuate următoarele cercetări:

- studiul dinamicii acumulării numărului total de puncte pe ţară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate;
- studiul dinamicii compexităţii unui serviciu mediu prestat;
- aprecierea îndeplinirii sumelor estimative specificate în contract;
- estimarea indicatorilor pentru care au fost plătite cele mai mari sume de bani etc.

Studiul a cuprins perioada ianuarie – mai 2013.

Rezultate şi discuţii. La baza sistemului actual de plată pentru performanţă stă un şir de indicatori care au următoarele criterii de îndeplinire:

Indicatorul 1: ***Internarea programată***

1.1. Numărul internărilor efectuate programat (în instituţiile spitaliceşti cu raportare electronică către CNAM pe bază de DRG) la trimiterea medicului de familie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte pentru fiecare internare programată efectuată a pacientului.

Indicatorul 2: ***Depistarea şi supravegherea maladiilor nontransmisibile***

2.1. Numărul persoanelor cu vârsta peste 18 ani, cărora li s-a măsurat tensiunea arterială în luna de

raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 1 punct pentru fiecare persoană cu vârsta peste 18 ani, căreia i s-a măsurat tensiunea arterială prima dată în anul de gestiune.

2.2. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidenţă şi primesc tratament antihipertensiv conform protocolului clinic naţional, sub supravegherea medicului de familie, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte (lunar) pentru fiecare persoană cu hipertensiune arterială, care se află la evidenţă şi primeşte tratament antihipertensiv (nu mai mult de 1 vizită în trimestru).

2.3. Numărul persoanelor cu hipertensiune arterială, instruite conform programului *Şcoala pacientului hipertensiv* în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană cu hipertensiune arterială instruită conform programului *Şcoala pacientului hipertensiv*.

2.4. Numărul persoanelor cărora li s-a apreciat indicele SCORE în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană căreia i s-a apreciat indicele SCORE, conform metodologiei aprobate (nu mai mult de o dată pe an pentru persoană).

2.5. Numărul persoanelor peste 45 de ani şi din grupul de risc investigate la glicemie în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană peste 45 de ani şi din grupul de risc investigate la glicemie prima dată în anul de gestiune.

2.6. Numărul persoanelor cu diabet zaharat care se află la evidenţă şi primesc tratament conform protocolului clinic naţional, sub supravegherea medicului de familie, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3,5 puncte (lunar) pentru fiecare persoană cu diabet zaharat care se află la evidenţă şi primeşte tratament (nu mai mult de 1 vizită în trimestru).

2.7. Numărul persoanelor cu diabet zaharat instruite conform programului *Şcoala pacientului cu diabet zaharat* în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană cu diabet zaharat instruită conform programului respectiv.

2.8. Numărul examenelor ginecologice profilactice, cu prelevarea citologiei, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 5 puncte pentru fiecare caz de examinare ginecologică profilactică, cu prelevarea citologiei, efectuată conform cerinţelor Protocolului clinic naţional (o dată la 2 ani la femei cu vârsta de la 25 ani, inclusiv din grupele de risc).

2.9. Numărul persoanelor luate la evidenţă primar cu tumori maligne în luna de raportare: forme vizuale – st. I, formele nevizuale – st. I-II. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană luată la evidenţă primar cu tumori maligne confirmate: forme vizuale – st. I, formele nevizuale – st. I-II.

Indicatorul 3: *Supravegherea gravidei şi a copilului*

3.1. Numărul gravidelor luate la evidenţă în termen de gestaţie până la 12 săptămâni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului pentru fiecare gravidă raportată constituie 30 de puncte.

3.2. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a indicat administrarea acidului folic în primul trimestru al sarcinii.

3.3. Numărul gravidelor cărora li s-a indicat administrarea preparatelor cu fier în primul trimestru al sarcinii în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 3 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a indicat administrarea preparatelor cu fier în primul trimestru al sarcinii.

3.4. Numărul gravidelor investigate prin examen ultrasonor, în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă căreia i s-a efectuat examen ultrasonor, în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.5. Numărul gravidelor care au consultat medicul obstetrician-ginecolog în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă care a fost consultată de către medicul obstetrician-ginecolog, în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.6. Numărul gravidelor care s-au adresat medicului de familie în termenele stabilite, în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului la fiecare termen raportat constituie 5 puncte pentru fiecare gravidă care a fost consultată de către medicul de familie în termenele stabilite de standardele în vigoare.

3.7. Numărul copiilor supravegheaţi conform standardelor în vigoare şi care au împlinit 3 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 puncte când copilul cu vârsta de 3 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în primele 3 luni de viaţă.

3.8. Numărul copiilor supravegheaţi conform standardelor în vigoare şi care au împlinit 6 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte când copilul cu vârsta de 6 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în perioada de la 3 la 6 luni.

3.9. Numărul copiilor supravegheaţi conform standardelor în vigoare şi care au împlinit 12 luni în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 20 de puncte când copilul cu vârsta de 12 luni, inclusiv cel născut în anul 2012, a fost supravegheat, conform standardului în vigoare, în perioada de la 6 la 12 luni.

Indicatorul 4: ***Depistarea şi supravegherea tratamentului pacienţilor cu tuberculoză în condiţii de ambulatoriu***

4.1. Numărul persoanelor din grupa de risc investigate la tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 4 puncte pentru fiecare persoană din grupa de risc investigată la tuberculoză.

4.2. Numărul persoanelor luate la evidenţă primar cu tuberculoză în luna de raportare. Valoarea realizării indicatorului constituie 10 puncte pentru fiecare persoană luată la evidenţă primar cu tuberculoză.

4.3. Numărul de cazuri finalizate de tratament al pacienţilor cu tuberculoză în condiţii de ambulatoriu, conform standardelor DOTS. Valoarea realizării indicatorului constituie 80 de puncte pentru fiecare caz de tratament supravegheat, inclusiv cazul iniţiat în anul 2012, finalizat în luna de raportare.

Raportarea către CNAM a îndeplinirii indicatorilor de performanţă în asistenţa medicală primară se efectuează lunar, prin intermediul unui sistem informaţional, raport care ulterior genereaza darea de seama "pe hârtie".

Suma estimativă pentru îndeplinirea indicatorilor de performanţă în anul 2013 constituie 148 933,0 mii lei sau 15% din suma totală alocată pentru asistenţa medicală primară.

Volumul bonificaţiei se estimează lunar, în funcţie de numărul de puncte acumulate de instituţia medico-sanitară şi de valoarea calculată a unui punct. Valoarea unui punct se calculează lunar prin raportarea a $^{1}/_{12}$ parte a cuantumului anual pentru îndeplinirea indicatorilor de performanţă la numărul total de puncte acumulate şi raportate de prestatorii de AMP pentru luna respectivă.

Prima cercetare a rezultatelor implementării noului mecanism a vizat studierea dinamicii acumulării numărului total de puncte pe ţară pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate. Rezultatele pot fi văzute în *figura 1*.

După cum vedem, pe parcursul primelor trei luni, numărul total de puncte acumulate a avut tendinţă spre creştere. Astfel, daca în prima lună au fost acumulate 1 736 932 puncte, apoi în luna a treia au fost acumulate 2 818 505 puncte, ceea ce e cu 62,3% mai mult. Însă pe parcursul următoarelor două luni acest indicator a descrescut până la nivelul de 1 936 627 puncte.

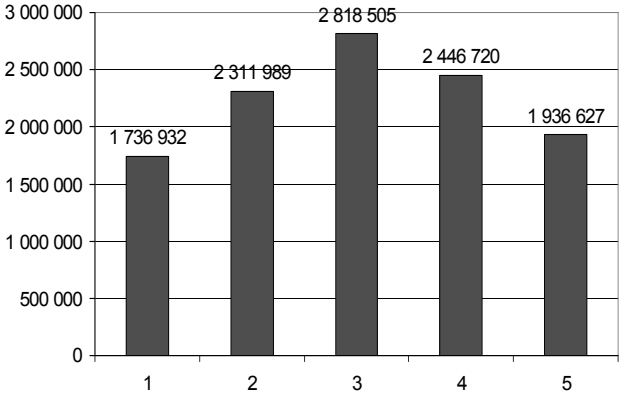


Figura 1. *Dinamica acumulării numărului total de puncte pentru îndeplinirea indicatorilor de calitate*

Întrebările firești în acest context ar fi: *Din care cauză a descrescut numărul de puncte acumulate? S-a întâmplat oare aceasta din cauza scăderii numărului de servicii prestate sau din motivul că a descrescut „complexitatea în puncte" a serviciului mediu prestat?*

Pentru a răspunde la aceste întrebări, au fost efectuate doua studii: al evoluţiei numărului de servicii prestate pe parcursul perioadei menţionate şi al evoluţiei valorii medii a unui serviciu prestat. Rezultatele sunt prezentate în *figurile 2* şi *3*.

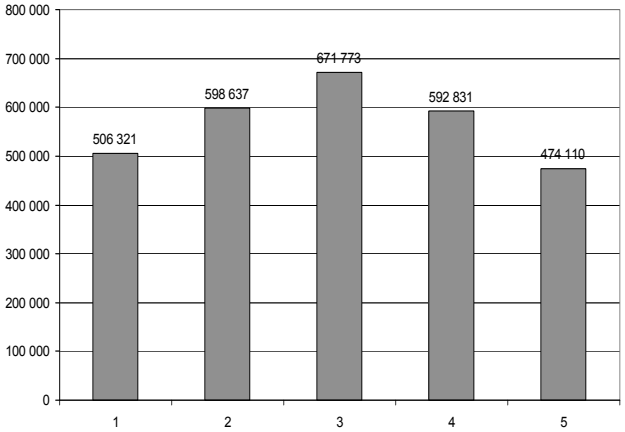


Figura 2. *Evoluţia numărului de servicii prestate*

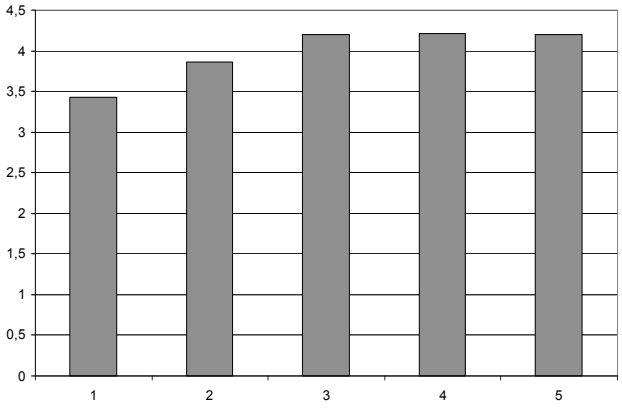


Figura 3. *Evoluţia valorii medii a unui serviciu prestat*

Observăm că valoarea medie a unui serviciu prestat nu s-a micşorat, ceea ce denotă faptul că diminuarea numărului de puncte acumulate pe ţară s-a datorat scăderii numărului de servicii prestate. De fapt, aceasta înseamnă că instituţiile medicale au preferat nu să presteze un număr cât mai mare de servicii, ci să presteze servicii mai complexe. Pentru a confirma acest fapt, noi am comparat numărul de servicii prestate pe fiecare indicator în luna I şi luna IV a anului 2013. Rezultatele pot fi văzute în *figura 4*.

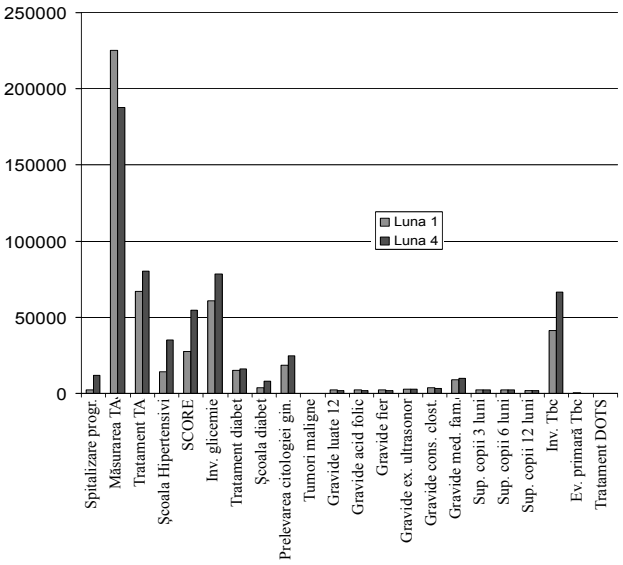


Figura 4. *Servicii prestate în luna I în comparaţie cu luna IV*

După cum se vede în diagramă, a scăzut considerabil numărul persoanelor cărora li s-a măsurat tensiunea arterială, dar această scădere trebuie privită drept un fenomen pozitiv, deoarece măsurarea tensiunii arteriale este o activitate de rutină şi în prima lună a motivat instituţiile să presteze un număr neargumentat de mare de asemenea servicii. Foarte important este faptul că, paralel cu aceasta, a crescut numărul persoanelor cu hipertensiune arterială care se află la evidenţă şi primesc tratament antihipertensiv conform Protocolului clinic naţional, sub supravegherea medicului de familie, numărul persoanelor cu hipertensiune arterială instruite conform programului *Şcoala pacientului hipertensiv*, numărul celora cărora li s-a apreciat indicele SCORE ş.a. Toate acestea ne vorbesc despre caracterul pozitiv stimulator al noului mecanism de plată conform performanţei asistenţei medicale primare.

Un alt aspect al cercetării rezultatelor implementării noului mecanism l-a constituit studiul legat de îndeplinirea sumelor estimative. Tabloul general poate fi văzut în *figura 5*.

A fost considerată normală îndeplinirea sumei estimative în limitele 90 – 110%. În acest diapazon s-au încadrat 62 de instituţii medicale. 66 de instituţii au depăşit pragul de 110%. Nu au ajuns la 90% de îndeplinire 52 de instituţii.

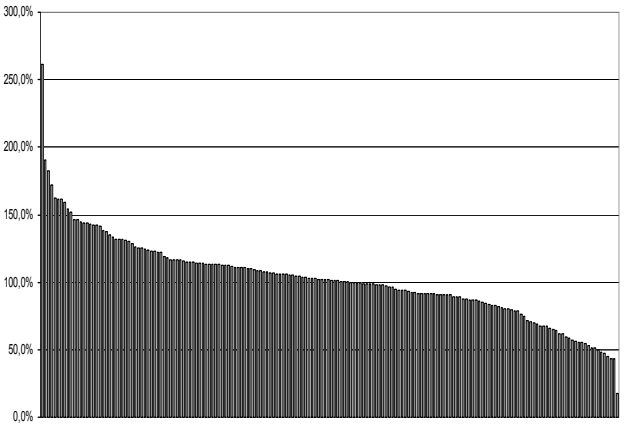


Figura 5. *Tabloul general al îndeplinirii sumelor estimative*

Diapazonul de îndeplinire a sumelor estimative a constituit ~45–200%. Prezenţa unui diapazon atât de mare argumentează necesitatea menţinerii mecanismului de plată pentru performanţă.

Studiul final vine să răspundă la întrebarea: *Pentru care indicatori se achită cei mai mulţi bani?* Rezultatul poate fi văzut în *figura 6*.

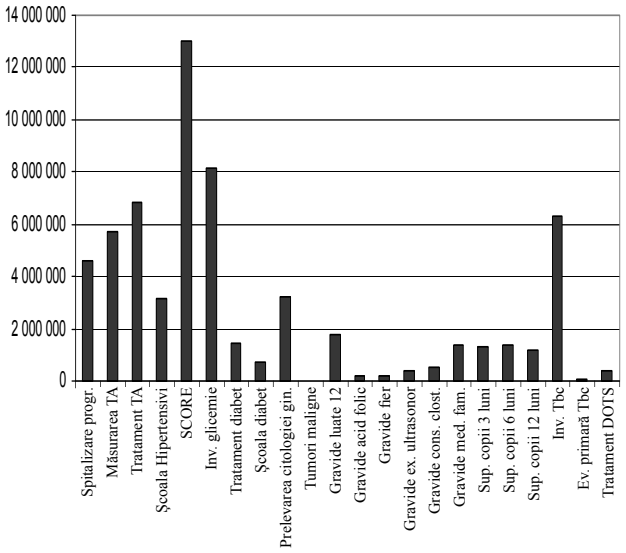


Figura 6. *Sume achitate per indicator*

Concluzii

1. Instituţiile medicale primare preferă să presteze servicii mai complexe, decât să presteze un număr cât mai mare de servicii. Aceasta ne vorbeşte despre caracterul pozitiv stimulator al noului mecanism de plată conform performanţei asistenţei medicale primare.

2. Diapazonul mare al procentului de îndeplinire a sumelor estimative (~45–200%) argumentează necesitatea prezenţei mecanismului de plată pentru performanţă.

3. Pe parcursul primelor 5 luni ale anului 2013, cei mai mulţi bani au fost achitaţi pentru aprecierea indicelui SCORE (~13 mil. lei), investigaţii la glicemie

a persoanelor peste 45 de ani și din grupa de risc pentru diabet zaharat (8,2 mil. lei), acoperirea cheltuielilor pentru persoanele cu hipertensiune arterială care se află la evidenţă și primesc tratament antihipertensiv conform Protocolului clinic naţional, sub supravegherea medicului de familie (6,8 mil. lei).

Bibliografie

1. Ordinul MS şi CNAM nr. 1239/253-A din 10.12.2012 *Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare în anul 2013 a Programului unic al asigurării obligatorii de asistenţă medicală*.
2. Riku Elovainio. *Performance incentives for health in high-income countries – key issues and lessons learned*. World Health Report (2010), Background Paper, no 32, 46 p.
3. Chaix-Couturier C., Durand-Zaleski I., Jolly D., Durieux P. *Effects of financial incentives on medical practice: results from a systematic review of the literature and methodological issues*. In: Int. J. Qual. Health Care, 2000; nr. 12, p. 133-142.

Prezentat la 11.07.2013

SPORIREA COST-EFICIENȚEI – O ALTERNATIVĂ A FINANȚĂRII INSUFICIENTE A SISTEMELOR DE SĂNĂTATE

Oleg RABOVILĂ, Zina COBÂLEANU,
ISMP Spitalul Clinic Republican

Summary

Increasing of efficiency as an alternative method when is insufficiency funding in health care

The costs in healthcare are rising every year as the result of increasing number and changing the structure in the direction of aging population, increasing the cost of medical services etc. which consisted in average 5.5–10.5% of GDP. Even the high developed countries with strong economies can not fully meet the funding needs in health care. As a result, in the 50th years of the last century, were initiated the first health economic studies.

The purpose of our study is a comparative analysis of methods for determining the effectiveness of medical care. National studies are needed to determine the real costs of medical services and the start of the work on elaboration of the national guidelines for pharmaco-economical analysis.

Keywords*: effectiveness of health care, funding, the cost of medical services, pharmaco-economic analysis.*

Резюме

Повышение эффективности как альтернативный метод при недостаточном финансировании в здравоохранении

Затраты в здравоохранении растут с каждым годом вследствие повышения количества и изменения структуры в сторону старения населения, увеличения стоимости медицинских услуг и т.д. и составляют в среднем 5,5–10,5% в структуре ВВП. Даже страны с сильными экономиками не могут полностью удовлетворить потребности финансирования в здравоохранении. Как следствие, еще в 50-х годах прошлого столетия появились первые медико-экономические исследования.

Целью нашего исследования явился сравнительный анализ методов определения эффективности медицинской помощи. Необходимы национальные исследования в определении реальных стоимостей медицинских услуг и начало работ по составлению национального руководства по фармако-экономическому анализу.

Ключевые слова*: эффективность медицинской помощи, финансирование, стоимость медицинских услуг, фармако-экономический анализ.*

Introducere. Pentru fiecare individ, ca și pentru întreaga societate, sănătatea reprezintă unul din cei mai importanţi factori ce asigură viaţa și desfășurarea activităţii. Creșterea cheltuielilor publice pentru sănătate are la bază o serie de factori: creșterea numărului populaţiei, modificarea structurii acesteia; sporirea costului prestaţiilor medicale; creșterea numărului cadrelor medicale; sporirea speranţei la viaţă etc. În ţările dezvoltate, cheltuielile pentru sănătate reprezintă aproximativ 5,5–10,5% din PIB, iar în ţările în curs de dezvoltare nivelurile sunt considerabil mai scăzute, uneori chiar sub 1% [1].

În același timp, toate ţările se confruntă cu o discrepanţă între cererea de servicii medicale și resursele disponibile, ceea ce a dus la variate metode de încercare de a spori eficienţa utilizării resurselor, de la tehnologizarea procesului de îngrijire la perfecţionarea organizării și a finanţării. Nu există nicăieri în lume un sistem perfect de sănătate care ar putea fi copiat. Experienţa pozitivă a unor ţări poate fi un izvor de inspiraţie, dar este necesară o adaptare la condiţiile locale [3].

Dacă apreciem sistemul sănătăţii din SUA în ultimii peste 30 de ani, volumul alocat serviciilor de sănătate a sporit de peste 2 ori: dacă în 1972 constituia 7,6%, iar 1992 – 14%, în 2004 a depășit 16% (cu alocaţiile private). Aceeași tendinţă de majorare considerabilă a fost atestată în Marea Britanie (sistem bazat de fonduri publice) și în Franţa (sistem bazat pe asigurări sociale). Ca urmare, în toate aceste ţări analiza de cost-eficacitate a devenit una dintre domeniile prioritare din sistemul de sănătate, iar în orientarea persoanelor cu posibilităţi de decizie – principalul argument pentru elaborarea unor politici și strategii în domeniu [2, 4, 5].

Aprecierea priorităţilor în domeniul sănătăţii publice ţine de competenţa managerilor sistemelor

de sănătate, a economiştilor, politicienilor şi reprezentanţilor mass-mediei. Astfel, managerii sistemelor de sănătate, analizând mortalitatea şi morbiditatea, evidenţiază acele domenii care, după distribuţie şi consecinţe – invaliditate timpurie, deces timpuriu şi reversibil –, duc societatea la pierderi esenţiale sociale şi economice. Sarcinile economiştilor şi a organelor de conducere sunt de a contrapune eficacitatea diverselor soluţii de dezvoltare a domeniului, comparând cheltuielile şi rezultatele obţinute. Asupra determinării priorităţilor au influenţă posibilităţile bugetului, necesitatea în servicii şi presiunea politică. Reprezentanţii mass-mediei şi ai organizaţiilor obşteşti asigură controlul societăţii asupra direcţiilor de dezvoltare a domeniului.

Din multitudinea de metode ce ar putea ameliora sănătatea populaţiei e destul de dificil de a alege acele tehnologii şi acele remedii medicamentoase care, având costuri rezonabile, ar putea aduce un efect maxim asupra sănătăţii populaţiei, comparativ cu costul lor.

În literatura de domeniu din ţară nu am găsit careva costuri privind îngrijirile medicale corelate cu un anumit tratament din Protocolul clinic şi ca urmare a unor calcule de eficienţă a utilizării surselor financiare alocate asistenţei medicale.

Scopul studiului a fost studierea şi analiza comparativă a metodelor de apreciere a cost-eficacităţii asistenţei medicale, precum şi argumentarea necesităţii imperative de a demara un studiu complex de apreciere şi comparare a costurilor diverselor îngrijiri medicale.

Material şi metode. Pentru realizarea studiului au fost folosite metodele descriptivă şi analitică. Au fost studiate peste 30 de surse naţionale şi internaţionale la subiectul cost-eficienţa în sistemele de sănătate.

Rezultate şi discuţii. H. M. Levin menţionează că primele studii privind analiza cost-eficienţei în SUA au apărut încă în anii '50 ai sec. XX, când s-au făcut primele încercări de a găsi o metodă de tratament efectivă, cu un cost relativ adecvat, iar către anii '60 au început să fie elaborate primele programe guvernamentale alternative.

Ca urmare, către anii '90 analiza cost-eficacităţii a devenit una dintre domeniile de prioritate pentru Centrul de Control şi Prevenire a Maladiilor din SUA (Center for Disease Control and Prevention). În alte state au fost create comitete similare: Comitetul Consultativ de Efecte Farmaceutice în Australia (Pharmaceutical Benefits Advisory Committee) şi Institutul Naţional pentru Sănătate şi Excelenţe Clinice în Marea Britanie (National Institute for Health and Clinical Excellence). Toate aceste structuri sunt cointeresate ca la alocarea fiecărui Dolar sau Liră sterlină să fie obţinut efectul de îmbunătăţire al sănătăţii maxim posibil [6, 10, 11].

Dacă la primele etape de utilizare metodele economice erau folosite pentru a limita careva cheltuieli, în prezent analiza complexă clinico-economică tot mai des contribuie şi la sporirea calităţii asistenţei medicale. Acum, în baza unei astfel de analize, se selectează totalitatea de procedee medicale şi remedii medicamentoase, fără de care nu este posibilă obţinerea rezultatului clinic aşteptat.

Aplicarea practică ai acestor metode a devenit posibilă odată cu acumularea unui număr mare de cercetări ale eficacităţii şi securităţii intervenţiilor medicale, efectuate după un model identificat în diferite sisteme de sănătate şi în diverse ţări, precum şi dezvoltarea şi accesibilitatea diverselor tehnologii informaţionale, care au făcut posibilă crearea şi utilizarea pe larg a unor baze de date fondate pe medicina bazată pe dovezi.

Metodele cel mai des aplicate sunt: analiza cost-eficacitate, analiza cost-beneficiu, analiza cost-utilitate, analiza costului bolii, analiza de minimizare a costurilor, analiza utilizării, calculul anilor de viaţă ajustaţi în funcţie de calitate, calculul anilor de viaţă ajustaţi în funcţie de incapacitate, calitatea vieţii asociată cu sănătatea etc. [18, 20].

Analiza cost-eficacitate (cost-effectiveness analysis) este evaluarea economică care compară costurile şi consecinţele a două sau mai multe alternative, în care unul dintre rezultate este exprimat în unităţi naturale.

Analiza cost-eficacitate presupune compararea rezultatelor orientate la obţinerea unui scop comun prin diferite căi. Eficacitatea se evaluează în baza obţinerii rezultatelor scontate: reducerea morbidităţii, sporirea calităţii asistenţei medicale, extinderea longevităţii unei grupe anumite din populaţie etc. Această metodă este pe larg folosită de companiile de asigurări în medicină. Din cele mai uşor apreciabile sunt: numărul de zile-pat, numărul de vizite, numărul de chemări ale ambulanţei etc.

Analiza cost-eficacitate poate contribui la asigurarea utilizării eficiente a resurselor de investiţii în sectoare în care beneficiile sunt dificil de exprimat monetar. Există categorii ale căror beneficii fie nu au un preţ de piaţă uşor accesibil, fie nu sunt uşor măsurabile în termeni monetari.

Analiza cost-beneficiu (cost-benefit analysis) este evaluarea economică care compară costurile şi consecinţele a două sau mai multe alternative, în care atât costurile, cât şi consecinţele sunt convertite în valoare monetară.

Analiza cost-beneficiu se aplică atunci când rezultatul poate fi exprimat în bani (micşorarea numărului zilelor de incapacitate, anii de viaţă

adăugaţi). Rezultatele unei astfel de analize pot fi exprimate prin raportul dintre suma alocată și suma care exprimă venitul sau pierderea la aplicarea unui procedeu faţă de altul. La nivel de ramură, această analiză se aplică pentru a oferi servicii medicale cu plată, alegerea pieţei pentru oferte medicale, marketing, aprecierea posibilei rentabilităţi [7, 8].

Analiza cost-utilitate (cost-consequence analysis) constă în evaluarea economică care compară costurile și consecinţele a două sau mai multe alternative, în care costurile și consecinţele nu sunt agregate și toate rezultatele sunt exprimate în unităţi naturale.

Analiza costului bolii (cost of illness analysis) este determinarea impactului economic al bolii sau al stării de sănătate incluzând costul tratamentului.

Analiza de minimizare a costurilor constă în evaluarea economică care compară costurile și consecinţele a două sau mai multe alternative care determină rezultate identice.

Analiza utilizării (utilization review) este o procedură organizată, care urmăreşte evaluarea internărilor, a duratelor de spitalizare, a serviciilor medicale furnizate, a necesităţii acestor servicii și care promovează utilizarea cea mai eficientă a acestor servicii.

Anii de viaţă ajustaţi în funcţie de calitate (quality adjusted life year – QALY's) se calculează multiplicând numărul de ani de viaţă adăugaţi de o intervenţie cu o valoare-standard care reflectă calitatea vieţii de-a lungul perioadei adăugate. Valoarea **0** acordată reprezintă decesul, iar valoarea **1** reprezintă starea de sănătate perfectă. Valori subunitare sunt posibile pentru stări de sănătate considerate mai nefavorabile decât decesul.

Anii de viaţă ajustaţi în funcţie de incapacitate (Disability-adjusted life years – DALY's) constituie o unitate a îngrijirilor de sănătate care ajustează speranţa de viaţă la o vârstă specifică, cu pierderea de sănătate și pierderea de ani de viaţă datorate incapacităţii date de prezenţa bolii sau a leziunilor. DALY se foloseşte frecvent pentru a măsura povara globală a bolii.

Calitatea vieţii asociată cu sănătatea (health related quality of life) reprezintă aspecte ale calităţii vieţii asociate cu sănătatea sau cu o îngrijire a sănătăţii (supravieţuirea, capacitatea de a desfășura activităţi /sarcini fizice considerate normale, cum ar fi mersul, conducerea unei maşini, desfășurarea unei activităţi productive, capacitatea de autoîngrijire și de îngrijire a altora, absenţa depresiei, absenţa durerii, capacitatea de a vedea, auzi, vorbi și de a gândi normal) [7].

În majoritatea statelor occidentale, criteriile de selecţie a metodelor maximal efective în diagnostic, tratament și profilaxie sunt cele incluse în standarde, protocoale, ghiduri clinice. Astfel, a devenit posibil să se ţină cont nu numai de criteriile clinice, dar și de mecanismele de reglare a cheltuielilor, devenind totodată posibilă realizarea unei vaste și detaliate analize clinico-economice. Au fost alcătuite compendii de analiză clinico-economică, totuși majoritatea lor nu conturează ferm toate subiectele, iar pentru realizarea acelorași obiective se propun metode alternative.

O parte componentă a unei analize economice complexe este și metoda de ***analiză farmaco-economică***. În aşa ţări ca Australia, Canada, SUA, Japonia, Danemarca, Marea Britanie, Belgia, Spania, Franţa, Norvegia, Suedia au fost elaborate Compendii Naţionale de analiză farmaco-economică [13, 14, 19].

În *Australia*, încă din anul 1990, recomandările de analiză economică a remediilor medicamentoase au fost incluse în Compendiul pentru companiile farmaceutice de prezentare a tuturor datelor despre remediile medicamentoase.

În *Canada* în 1994, în *Olanda* în 1998, *Franţa* în 1998, *Norvegia* în 1999, iar în *Letonia*, *Lituania* și *Estonia* în 2002 au apărut compendii asemănătoare [11, 16, 17, 20].

Totuși, numai în Australia, iar din 2002 în Norvegia indicaţiile incluse în compendiu sunt obligatorii, în alte ţări ele poartă un caracter consultativ. În Norvegia recomandările iniţial aveau caracter de recomandare, pentru ca apoi să devină obligatorii [17].

În Canada, Compendiul de analiză farmaco-economică este esenţial în realizarea principiilor de echitate și accesibilitate în îngrijările medicale [19].

În 2001, în *Marea Britanie* a fost luată decizia să nu se ramburseze cheltuielile pentru medicamente, dacă ultimele nu sunt recomandate de Compendiu [14, 19]. Astfel, pentru a obţine un rezultat determinat cu resurse financiare limitate, trebuie de selectat minuţios remediile medicamentoase utilizate, tipul de îngrijiri și aplicarea raţională a procedeelor medicale.

În sistemul de sănătate naţional, aprecierea cost-eficienţei metodelor de tratament nu este o problemă mai puţin actuală. Alegerea metodei curative reieșind din eficacitatea aşteptată și din costul determinat este necesară în majoritatea cazurilor, iar soluţia nu în toate caturile este uşor de găsit. Alegerea unor metode de diagnostic, tratament și reabilitare care ar duce la un impact considerabil asupra sănătăţii populaţiei este extrem de necesară în sistemele de sănătate cu finanţare insuficientă.

OMS, în 2003, a publicat *Ghidul OMS privind analiza cost-eficienţei*. La baza publicaţiei a stat studiul *WHO-CHOICE* (CHOsing Interventions that are Cost–Effective) din 1998, în care au fost reflectate metodele de elecţie pentru a obţine un impact considerabil asupra sănătăţii. La baza elaborării ghidului

au stat observaţii estimate în total la 2054 ani de studiu în 49 de ţări [12].

În acest ghid, experţii OMS au menţionat că analiza cost-eficienţei este la fel de importantă atât în statele cu venit modest sau mediu, cât şi în ţările cu venit înalt. Doar având la bază rezultatele acestor studii persoanele ce elaborează politici în sănătate, pe ţară au posibilitatea să eficientizeze folosirea resurselor oricum limitate pentru sănătate, în scopul atingerii unor rezultate optime în diminuarea poverii bolilor. Iar aceste studii trebuie efectuate în fiece ţară în parte, neputându-se reflecta rezultatele dintr-o ţară în alta.

Concluzii

1. În contextul alinierii la cerinţele OMS, este extrem de necesară realizarea unor studii de apreciere a costurilor reale ale îngrijirilor medicale, cu o posibilă evidenţiere a resurselor potenţiale de optimizare a acestor cheltuieli.

2. Devine extrem de necesară instituirea unor studii în crearea unor ghiduri de analiză farmacoeconomică, ce ar putea orienta consumatorul de servicii de sănătate către o selecţie mai optimă a remediilor medicamentoase.

Bibliografie

1. *Costurile şi calitatea serviciilor medicale*. Conferinţă Internaţională, Bucureşti, martie 2012.
2. M.R. Gold, J.E. Siegel, L.B. Russel, M.C. Weinstein. *Cost-effectiveness in health and medicine*. New-York, Oxford: Oxford University Press, 1996.
3. Olteanu Mircea. *Metode de creştere a eficienţei utilizării resurselor în sănătate*. Medica Academica, martie 2011.
4. Jefferson T., Demicheli V., Mugford M. *Elementary Economic Evaluation in Health Care*. BMJ books, 2000.
5. Kaiser Family Foundation. *Healthcare Cost: A Premier, Key information on healthcare costs and their impact*. 2009.
6. Klint R., Long H. *Towards a definition of Quality-Healthcare*. Physician Executive. 2003
7. V. Goldenberg-Vaida. *Manual de analiză cost-eficacitate*. Bucureşti, 2012.
8. Materialele Conferinţei internaţionale *Finanţarea sustenabila a sistemelor de sănătate*. 24-25 martie 2011.
9. *Medical bills rising faster than inflation*. Business Today, 2010, March 31, Sect. 2.
10. M. Drummond O'Brien, G. L. Stoddart, G. W. Torranse. *Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes*. Oxford: Oxford University Press, 1999.
11. *Valuing health care*. Ed. by F.A. Sloan. Cambridge: Cambridge University Press, 1998.
12. WHO Publications: World Health Organization. *Strengthening Health Systems to Improve Health Outcomes*, WHO framework for Action, 2005, Geneva.
13. Авксентьева М. В. *Международный опыт применения фармакоэкономических исследований в управлении здравоохранением*. В: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2000, № 1, с. 25-31.
14. Авксентьева М. В. *Методологические проблемы проведения и практического внедрения результатов клинико-экономического анализа*. В: Проблемы стандартизации в здравоохранении, 2001, № 4, с. 3-8.
15. Батов В. В. *Практический фармакоэкономический анализ как средство рационализации затрат на лекарственное обеспечение стационара* В: Управление системой охраны здоровья населения и отраслью здравоохранения в Республике Беларусь, Минск, 2003, с. 112-115.
16. Бекетов А. С. *Проведение анализа "цена – эффективность" для выбора препаратов из группы аналогов*. В: Качественная клиническая практика, 2002, № 2.
17. Васькова Л. *Фармакоэкономика должна быть экономной*. В: Медицинская газета (электронная версия), 2003, № 5-8.
18. Воробьев П. А. *Клинико-экономический анализ (оценка, выбор медицинских технологий и управление качеством медицинской помощи)*, 2004, 404 с.
19. Гракович А. А. *Принципы клинико-экономического анализа и перспективы использования его результатов в здравоохранении Республики Беларусь*. В: Вопросы организации и информатизации здравоохранения, 2007, № 2, с. 14-23.
20. Чурилин Ю. Ю. *Особенности расчета стоимости лекарственной терапии в фармако-экономическом анализе*. В: Качественная клиническая практика, 2001, № 2.

Prezentat la 20.06.2013

AUDITUL CULTURAL – O COMPONENTĂ IMPORTANTĂ A AUDITULUI ORGANIZAȚIONAL DIN INSTITUȚIILE MEDICALE

Nina GLOBA,
Catedra *Economie, Management şi Psihopedagogie în Medicină,*
USMF *Nicolae Testemiţanu*

Summary

The cultural audit – an important component of organizational audit of medical institutions

The paper presents the results of a study aimed at studying and evaluating the organizational culture of municipal hospitals. The article explains the necessity to assess organizational culture of the medical institutions. It also describes the various strategies and assessment methods of culture, and a number of difficulties that may face managers in the cultural audit process. At the same time, the paper reflects the views of managers of institutions in relation to some aspects of organizational culture audit.

Keywords: *organizational culture, the audit of culture, assessment of organizational culture, strategies and methods for assessing culture, questionnaire, interview, the phases of the organizational culture audit.*

Резюме

Культурный аудит – важный компонент организационного аудита медицинских учреждений

В статье представлены результаты исследования, направленного на изучение и оценку организационной культуры муниципальных больниц. В работе доказывается необходимость оценки организационной культуры медицинских учреждений. Также, описываются различные стратегии и методы оценки культуры и ряд трудностей, с которыми могут столкнуться менеджеры в процессе аудита культуры. Одновременно, отражаются взгляды опрошенных менеджеров учреждений по отношению к некоторым аспектам оценки организационной культуры.

Ключевые слова*: организационная культура, аудит культуры, оценка организационной культуры, стратегии и методы оценки культуры, анкета, интервью, этапы аудита организационной культуры.*

Introducere. Schimbarea şi/sau dezvoltarea organizaţională trebuie abordată dintr-o perspectivă dinamică. Nivelul procesului de schimbare este direct proporţional cu nivelul de complexitate a fiecărei organizaţii în parte. Indiferent însă de mărimea sau de complexitatea organizaţiei, managerul trebuie să realizeze în prealabil un audit al culturii instituţiei pe care o conduce [6].

Analiza culturii organizaţionale este o activitate din ce în ce mai întâlnită în teoria şi practica de specialitate, ca o bază pentru identificarea surselor importante ce conduc la explicarea punctelor forte sau slabe ale organizaţiei şi la modelarea culturii organizaţionale în vederea creşterii competitivităţii firmei [4; 5].

Pentru a rămâne competitivă, o organizaţie trebuie să-şi evalueze în mod constant valorile şi practicile sale, în scopul de a se asigura că acestea sunt aliniate strategiei.

Un audit cultural poate fi utilizat pentru a măsura cât de mult comportamentul unei organizaţii se potriveşte cu valorile exprimate. Această informaţie poate fi folosită pentru a determina direcţiile strategice, acţiunile competitive, investiţiile, noile evoluţii, schimbările organizaţionale, şi altele necesare pentru ca o organizaţie să se reorienteze în direcţia corectă [9].

Auditul cultural poate economisi timp, bani şi efort. El poate preveni deteriorarea relaţiilor interne şi externe, necesare pentru atingerea performanţelor.

Auditul poate concentra activitatea asupra prevenirii erorilor şi poate construi, de asemenea, competenţa culturală şi infrastructura pentru asigurarea unor pârghii de îmbunătăţire continuă [11].

Materiale şi metode. Lucrarea include rezultatele unei cercetări care a avut drept scop: studierea şi evaluarea culturii organizaţionale a instituţiilor medico-sanitare publice spitaliceşti municipale, în vederea eficientizării managementului instituţional şi sporirii performanţelor organizaţionale. Unul dintre obiectivele studiului a fost identificarea aspectelor privind auditul culturii organizaţionale din instituţiile respective.

Studiul realizat a fost unul descriptiv, transversal, selectiv după volumul eşantionului. Metodele de studiu utilizate au fost: istorică, epidemiologică, sociologică, statistică, matematică, bibliografică. Metodele aplicate pentru colectarea informaţiei: observarea directă; chestionarea; intervievarea; testarea psihologică. Instrumente utilizate în acest scop: chestionarul; testul Harrison pentru determinarea configuraţiei culturii, testul pentru determinarea intensităţii şi caracterului culturii organizaţionale.

Au fost chestionaţi 332 de angajaţi cu studii medicale, 120 din Spitalul Municipal *Sfântul Arhanghel Mihail* şi 212 din Spitalul *Sfânta Treime*, inclusiv manageri de la toate nivelele instituţiilor.

Rezultate şi discuţii. Auditul intern are o deosebită importanţă în sporirea performanţei în cadrul instituţiilor medico-sanitare publice, prin identificarea modului de funcţionare a instituţiei, a felului în care aceasta îşi îndeplineşte obiectivele şi sarcinile, evaluează rezultatele şi respectă prevederile legale [7].

Conturarea şi rapida dezvoltare a auditului constituie o concretizare a evoluţiei managementului şi are în centrul său funcţia de control-evaluare. S-a constituit deja o ştiinţă, după unii specialişti, sau o disciplină ştiinţifică a auditului, după alţii [5]. S-a pornit de la auditul clasic financiar, cristalizându-se în prezent mai multe tipuri: auditul juridic, auditul cultural (al culturii organizaţionale), auditul managerial, cu diverse categorii în cadrul lor.

Un audit reprezintă o examinare formală şi este, tradiţional, asociat cu evaluarea rezultatelor financiare. Acesta, de obicei, este realizat de un organism independent şi se efectuează pentru a satisface cerinţele legale sau de reglementare. În general, un audit este o examinare metodică şi o revizuire a unui sistem, proces, proiect sau întreprindere. Putem, de asemenea, evalua cultura unei organizaţii pentru a identifica elementele sale critice şi a utiliza informaţiile în scopul realizării mai eficiente a schimbărilor.

Astfel, un audit cultural este o investigare detaliată şi o evaluare a culturii unei organizaţii. Pentru a obţine o imagine completă, se recomandă a examina ambele părţi ale organizaţiei: cea operaţională şi cea culturală.

Diagnosticarea dimensiunilor culturii organizaţionale permite observarea comportamentului uman în organizaţie şi punerea în valoare a realităţilor organizaţiei, relevante pentru funcţionarea

ei. Totodată, analiza culturii organizaţionale este una dintre oportunităţile unei organizaţii de a avea acces la informaţii care să-i permită elaborarea unor strategii și politici realiste, în concordanţă cu valorile acceptate în cadrul acesteia.

Evaluarea culturii organizaţionale oferă celor interesaţi informaţii cu privire la gradul de cunoaștere și semnificaţiile atribuite de către angajaţi elementelor acesteia. Pe baza acestor informaţii, se poate determina care anume este percepţia salariaţilor cu privire la o serie de elemente și fenomene organizaţionale și în ce măsură ele sunt în concordanţă cu mesajele pe care doresc să le transmită managerii de la diferite nivele ierarhice [4].

Similar existenţei ambiguităţii în definirea culturii organizaţionale, există și o lipsă de consens în ceea ce privește măsurarea acesteia (Deshpande și Webster, 1989). O astfel de măsură poate fi dificilă, după cum subliniază Lund (2003), deoarece conceptele de bază se află sub nivelul conștient. Există o varietate de chestionare aplicate în încercarea de a evalua cultura, cum ar fi Profilul Cultura organizaţională (Orielly, 1991) și Scara de Congruenţă a Valorilor Organizaţionale (Enz, 1986), dar aceste instrumente nu se concentrează în mod special pe calitatea serviciilor sau pe dimensiuni care pot fi importante în mediul de acordare a serviciilor [3].

Astfel, auditul cultural poate fi o sarcină foarte complexă și care necesită o aplicare atentă. Persoanele care încearcă să desfășoare un audit cultura se pot confrunta cu multiple dificultăţi ce ţin de: selectarea și adaptarea metodelor și instrumentelor de analiză, colectare a datelor, lipsa de colaborare, nedorinţa angajaţilor de a participa la acest proces, modul de interpretare a datelor etc.

Șirul acestor dificultăţi îl completează și o altă problemă pe care am identificat-o în rezultatul cercetării noastre. Este vorba despre faptul că se atestă o lipsă de interes și dorinţă din partea unor manageri ai spitalelor, în special de nivelele mediu și inferior, de a participa la evaluarea culturală. Acest fapt este regretabil, deoarece managerii sunt, de fapt, cei care trebuie să fie interesaţi în desfășurarea auditului cultural, beneficiind în acest scop de un specialist din afara instituţiei, în special, dacă procesul nu necesită careva cheltuieli suplimentare din partea spitalului, deoarece problema insuficienţei resurselor financiare rămâne și astăzi actuală pentru aceste instituţii.

Cu referire la definiri și interpretări, autorii Stog și Caluschi (2002) menţionează că auditul trebuie înţeles ca identificarea și evaluarea valorilor și a formelor de manifestare a culturii organizaţionale, în scopul fortificării sau dezvoltării ei. Practic, această evaluare are rolul de a clarifica "punctele cardinale" ale climatului cultural, pentru a decide ce elemente din cultura organizaţională pot fi păstrate sau dezvoltate și care trebuie eliminate [6].

Utilitatea evaluării culturii organizaţionale reiese și din multiplele avantaje pe care ea le oferă, printre acestea fiind:

- Obţinerea de informaţii pentru fundamentarea unor strategii sau politici organizaţionale;
- Crearea și transmiterea viziunii manageriale;
- Furnizarea informaţiilor pentru programele de schimbare organizaţională;
- Identificarea elementelor reale și a celor de ficţiune din cadrul organizaţiei;
- Perfecţionarea comunicării;
- Contribuţia la succesul creării de organizaţii mixte;
- Obţinerea avantajului competitiv al instituţiei etc.

Diagnoza culturală poate avea ca obiective: identificarea relaţiilor, proceselor și fenomenelor reale care contribuie la crearea mediului cultural al organizaţiei; aprecierea gradului de manifestare și integrare a influenţei sistemului de valori, a adecvării strategice și a adaptării culturale la mediul extern; elaborarea coordonată a direcţiilor strategice de schimbare a culturii organizaţionale; sensibilizarea managerilor cu privire la rolul și importanţa culturii organizaţionale pentru asigurarea performanţei pe termen lung etc.

Autorii R. Addison și C. Haig (2011) recomandă a efectua auditul la următoarele trei nivele ale organizaţiei [10]:

1. *Angajaţii* – indivizi și echipe;
2. *Activitatea* – procese și practici;
3. *Locul de muncă* – organizarea.

Aceiași autori propun, în acest scop, utilizarea unei combinaţii de metode: interviuri, sondaje, observaţii, precum și o revizuire a documentelor pertinente, pentru a aduna împreună toate elementele culturii organizaţiei. Astfel, se pot elabora rapoarte și rezumate de audit cultural, pentru a ajuta organizaţiile să ia decizii, să creeze strategii și să identifice tactici pentru a implementa schimbarea.

Un audit cultural constă din trei etape: *evaluarea*, *analiza* și *elaborarea concluziilor și recomandărilor* [11]. Evaluarea poate include următoarele: revizuirea documentelor interne; revizuirea imprimeurilor și a altor mijloace media (radio, TV, ziare, reviste, conţinut web etc.); vizitele în teren; grupurile-ţintă; sondajele de opinii; interviuri cu părţile interesate; colectarea altor date pentru compararea lor cu baza de date culturale etc.

Metodele și tehnicile prin care elemente culturii organizaţionale pot fi evaluate sunt diverse. M. Năstase vine cu o clasificare amplă a acestora [4]:

I. *Metode calitative*:
   a. Derivate din psihologie: Testul celor 20 de afirmaţii (TA); Tehnica incidentelor critice (TIC); Analiza discursului (AD) etc.
   b. Metode calitative derivate din antropologie: analiza etnografică (AE); analiza povestirilor şi istorioarelor organizaţiei (APIO); analiza istoriei organizaţiei (AIO).
   c. Focus-grupul.
   d. Metoda observării.

II. *Metode cantitative*: chestionarea; testarea psihologică.

III. *Metode mixte*: intervievarea etc.

Cele mai utilizate instrumente în realizarea auditului cultural rămân totuşi a fi: chestionarul, interviul, grupul-ţintă şi observarea directă.

Chestionarul poate fi gândit în funcţie de specificul organizaţiei. În literatură există o diversitate de modele şi tipuri de întrebări care pot fi aplicate pentru un diagnostic cultural. Chestionarul, în comparaţie cu interviul, prezintă unele avantaje: permite chestionarea unui număr mai mare de subiecţi, într-un interval de timp relativ scurt, acordarea timpului suficient pentru reflectare, asigurarea anonimatului şi deci obţinerea unor rezultate mai veridice etc. Totodată, prezintă unele dezavantaje: nu permite obţinerea unor informaţii suplimentare, unele persoane completează incorect chestionarul etc. [8].

Focus-grupul reprezintă o metodă destul de eficientă în auditul cultural. Ea constă în gruparea anumitor categorii de profesionişti: manageri, medici, asistente medicale etc. şi organizarea unor discuţii de grup, ghidate de către evaluator, cu înregistrarea audio sau video a şedinţei. Această metodă capătă o valoare deosebită în procesul de evaluare a elementelor culturale, prin faptul că permite o apreciere nu atât cantitativă, cât calitativă.

A doua etapă a auditului o constituie analiza informaţiilor. Autorii Burduş, Căprărescu şi Androniceanu (2003) descriu această etapă de analiză critică a culturii organizaţionale ca fiind una dintre primele etape pentru realizarea cu succes a schimbărilor în cultura organizaţională.

În opinia lor, etapa respectiva include mai multe faze, printre care [1]:

1. Analiza componentelor culturii organizaţionale: descrierea şi analiza produselor artificiale; identificarea şi descrierea actorilor şi eroilor; analiza perspectivelor organizaţionale şi individuale; identificarea credinţelor, valorilor şi normelor; analiza concepţiilor de bază ale managerilor.
2. Identificarea şi analiza factorilor de influenţă interni şi externi.
3. Analiza tipului de cultură organizaţională.

În vederea creării unei imagini cât mai clare asupra profilului cultural al organizaţiei şi furnizării unei baze de date solid argumentate pentru intervenţiile ulterioare, este necesar să se efectueze o analiză SWOT, în cadrul căreia elementele profilului cultural să fie rearanjate conform categoriilor: puncte tari (Strengths); puncte slabe (Weaknesses); oportunităţi (Opportunities), ameninţări (Threats) [2].

În cadrul studiului pe care l-am desfăşurat, am cercetat opinia managerilor spitalelor cu referire la unele aspecte ale auditului cultural. Ne-a interesat în mod deosebit dacă în instituţii se practică auditul cultural şi dacă managerii ar dori să desfăşoare o astfel de evaluare.

Astfel, în instituţiile supuse analizei nu s-a practicat până la momentul investigaţiei un audit amplu şi formal al culturii organizaţionale. Dar managerii spitalelor au menţionat că ţin sub control şi iau anumite măsuri cu referire la unele aspecte ale culturii organizaţionale, cum ar fi: comportamentul, limbajul şi atitudinea angajaţilor, aspectul instituţiei, valorile care se promovează, grija faţă de respectarea tradiţiilor etc.

Totodată, majoritatea managerilor spitalelor consideră că instituţia în care activează trebuie să-şi evalueze periodic cultura sa organizaţională. Pentru aceasta au optat 91,67% din managerii Spitalului *Sf. Arhanghel Mihail* şi 67,86% din managerii Spitalului *Sfânta Treime* (*figura 1*). Totuşi, aproape o treime din managerii celui de-al doilea spital sunt împotriva auditului, constatându-se astfel o diferenţă semnificativă statistic între opiniile managerilor celor două instituţii ($p<0,05$).

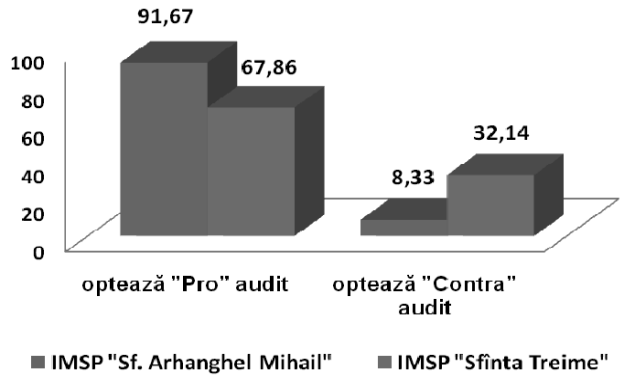


Figura 1. *Atitudinea managerilor spitalelor privind evaluarea periodică a culturii organizaţionale (%)*

Are importanţă deosebită modul în care se desfăşoară evaluarea culturală. Este importantă atât modalitatea şi instrumentele utilizate, cât şi competenţa persoanelor care realizează evaluarea. Din considerentul că managerii organizaţiei ar putea fi mai puţin obiectivi în aprecierea situaţiei, autorii recomandă apelarea la experţi externi. Pe lângă obiectivitate, aceştia dispun şi de abilităţile necesare

pentru a realiza cu succes un audit cultural. Fiind întrebaţi cum ar dori să desfăşoare acest proces, 66,67% din managerii Spitalului *Sf. Arhanghel Mihail* şi 78,57% din managerii Spitalului *Sfânta Treime* au menţionat că doresc implicarea unui expert (*figura 2*). Este necesar să menţionăm că deşi trei pătrimi din managerii celui de-al doilea spital optează pentru implicarea unui expert, conlucrarea cu aceştia în procesul de colectare a informaţiilor a fost mai dificilă decât cu cei din primul spital.

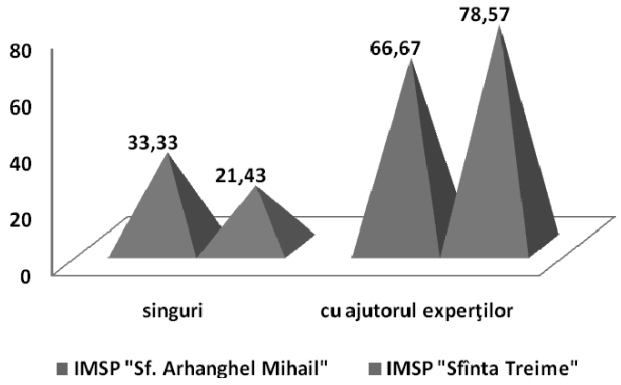


Figura 2. *Modul în care managerii spitalelor preferă să-şi evalueze cultura organizaţională (%)*

După cum vedem în figura de mai sus, majoritatea managerilor preferă să desfăşoare auditul culturii organizaţionale cu ajutorul experţilor externi.

Concluzii

1. Auditul cultural reprezintă o parte importantă a auditului organizaţional.
2. Pentru a se putea dezvolta şi a putea face faţă cu succes concurenţei, orice organizaţie trebuie să-şi evalueze periodic cultura sa organizaţională.
3. Gama de metode şi tehnici oferite de ştiinţă în acest scop este variată şi include procedee calitative, cantitative şi mixte.
4. Majoritatea managerilor din instituţiile incluse în studiu sunt de părerea ca evaluarea culturii organizaţionale este importantă şi necesară.
5. Cu toate acestea, managerii nu practică în activitatea lor auditul cultural.
6. Marea majoritate a managerilor consideră ca pentru a efectua un audit calitativ este necesar de a implica specialişti din afara instituţiei, care să posede un nivel înalt de cunoştinţe şi experienţă în domeniu şi să dispună de un grad mai înalt de obiectivitate.

Bibliografie

1. Burduş E., Căprărescu Gh., Androniceanu A., Miles M. *Managementul schimbării organizaţionale*. Bucureşti: Editura Economică, 2003, 573 p.
2. Huţu Carmen-Aida. *Cultura organizaţională şi transfer de tehnologie: premise pentru transformarea competitivă a organizaţiilor româneşti*. Bucureşti: Editura Economică, 1999.
3. Mark R. Testa, Lori J. Sipe. *The Organizational Culture Audit: A Model for Hospitality Executives*. The material of International CHRIE Conference-Refereed Track, Jul. 29th, 2011, p. 8.
4. Năstase M. *Cultura organizaţională şi managerială*, Bucureşti: Editura ASE, 2004.
5. Nicolescu O., Zecheru V. *Auditul managementului în instituţia publică*. Bucureşti: Editura Tribuna Economică, 2003, p. 17.
6. Stog L., Caluschi M. şi alţii. *Psihologia managerială*, Chişinău: Editura Cartier, 2002, p. 54.
7. Tintiuc D., Grejdeanu T., Spinei L. şi alţii. *Auditul intern şi managementul financiar în sistemul de sănătate.* Chişinău, 2009, p. 9.
8. Zorlenţan T., Burduş E., Căprărescu G. *Managementul organizaţiei*. Bucureşti: Ed. Economică, 1998, 736 p.
9. http://www.kdvi.com/Page/Organizational_Cultural_Audit.
10. http://www.bptrends.com/publicationfiles/SIX%2001-02-2011-COL-Performance%20Architecture-Culture%20Audit-Addison%20and%20Haig.pdf.
11. http://www.itapintl.com/whatwedo/globalworkforcetraining/culturalaudits.html.

Prezentat la 29.07.2013

DIMENSIUNEA ECONOMICĂ A SERVICIULUI NAŢIONAL DE SĂNĂTATE ORALĂ

Veronica BULAT,
Universitatea de Stat din Moldova

Summary

Economic dimension of national oral health system

In this paper are exposed the main elements of national oral health system, via base components identification, their economic effects and used reorganization methods. The public health solutions for oral diseases are most effective when they are integrated with other chronic diseases and with national public health system. Technical country support is integrated the oral health into their public health systems.

Keywords*: oral health, self-financing, life quality index.*

Резюме

Экономические аспекты национальной службы здоровья полости рта

Исследования, представленные в этой статье, отражают проблемы идентификации элементов, лежащих в основе здоровья полости рта, с точки зрения экономических эффектов и реорганизационных методов. Решения здравоохранения полости рта эффективнее, когда они интегрированы с другими проблемами системы национального здравоохранения в Республике Молдова. Техническое стоматологическое обслуживание интегрировано в системе национального здравоохранения.

Ключевые слова*: здоровье полости рта, самофинансирование, индекс качества жизни.*

Introducere. Afecţiunile cavităţii bucale au un impact major asupra populaţiei, servind drept markeri în identificarea calităţii vieţii unei comunităţi, fapt pentru care sunt calificate drept probleme de sănătate publică.

Organizaţia Mondială a Sănătăţii defineşte noţiunea de *sănătate publică dentară* drept ştiinţă şi artă a prevenirii şi controlului afecţiunilor dentare, precum şi promovare a sănătăţii orale prin implicarea eforturilor societăţii, iar medicina stomatologică publică reprezintă o practică stomatologică destinată colectivităţilor ca totalitate de indivizi, şi nu indivizilor în parte [3].

Majoritatea statelor puternic dezvoltate alocă serviciilor de sănătate orală între 5% şi 10% din cheltuielile publice de sănătate, acestea situându-se pe locul patru în ierarhia celor mai costisitoare afecţiuni.

Pentru a diminua consecinţele provocate de afecţiunile cavităţii bucale, OMS a propus, în anul 1981, un şir de obiective globale, stabilind limita de aplicare anul 2000, iar în 2004 a stabilit noi obiective, cu perioada de realizare fixată în anul 2020. În linii generale, planul-cadru al acestui proiect prevede stabilirea – la nivelurile regional, naţional, local – a măsurilor întreprinse de specialiştii în domeniu, astfel încât să fie minimizat impactul afecţiunilor orale asupra societăţii [3].

Printre obiectivele globale stabilite de OMS pentru anul 2020, pot fi menţionate: reducerea mortalităţii cauzate de afecţiunile orale şi cranifaciale, dezvoltarea sistemelor cost-eficacitate pentru prevenirea afecţiunilor orale, promovarea sănătăţii orale de rând cu alte sectoare ale sănătăţii umane, consolidarea sistemului de supraveghere a sănătăţii orale, promovarea responsabilităţilor socialere referitoare la cultivarea sănătăţii orale, susţinerea sistemului de îngrijire orală în diferite grupe socioeconomice etc.

Scopul studiului constă în caracterizarea sistemului naţional de asistenţă stomatologică şi identificarea factorilor care determină dezvoltarea acestuia.

Materiale şi metode. Studiul a fost realizat în baza informaţiilor colectate din rapoarte şi articole publicate în literatura de specialitate, în anii 2010-2012, şi a vizat mecanismul de finanţare, nivelul de asigurare cu forţă de muncă şi starea de sănătate orală în rândurile populaţiei.

Rezultate şi discuţii. Starea sănătăţii cavităţii bucale este influenţată de starea generală de sănătate a fiecărui individ în parte. Există, totuşi, mulţi factori care favorizează direct dezvoltarea afecţiunilor dentare, cum ar fi: alimentaţia insuficientă sau neechilibrată, folosirea excesivă a glucidelor, nerespectarea igienei orale, deprinderile vicioase ş.a.

Din punct de vedere economic, serviciul public de sănătate orală poate fi definit drept intervenţie financiară a autorităţilor competente în scopul cunoaşterii, prevenirii şi conservării sănătăţii dentare, pentru îmbunătăţirea indicilor calităţii vieţii unei societăţi.

Promovarea sănătăţii orale se poate realiza prin intermediul activităţilor educaţionale, organizatorice şi economice, aplicate în diferite comunităţi, menite să modifice comportamentul consumatorilor prin dobândirea unor desprinderi sanogene, în vederea fortificării sănătăţii.

Drept elemente definitorii în aplicarea strategiilor de promovare a sănătăţii orale pot servi: acţiunile de informare a populaţiei asupra riscurilor, eliminarea factorilor de risc, desfăşurarea campaniilor de informare privind atitudinea sanogenă, promovarea inovaţiilor şi tehnicilor noi de tratament stomatologic ş.a.

Starea de sănătate orală într-o societate este determinată de nivelul de accesibilitate a serviciilor stomatologice. Accesul la serviciile de sănătate generală depinde de următorii factori: genetici, de mediu, de dezvoltare economică, socioculturali, pe când accesul la serviciile stomatologice depinde de nivelul de organizare a sistemului naţional de sănătate orală.

Principalul mecanism de finanţare a sistemului naţional de sănătate orală din Republica Moldova este reprezentat de sistemul de asigurări medicale, bazat pe contribuţii obligatorii din partea angajaţilor şi angajatorilor. După mai mult de 20 ani de reforme, sistemul naţional de sănătate orală a suferit numeroase modificări. În prezent, datorită privatizării fostelor servicii publice de asistenţă stomatologică, s-a modificat modul de organizare şi finanţare a acestor instituţii, precum şi structura calitativă a forţei de muncă încadrate în acest sector. În prezent, instituţiile medico-sanitare publice şi cele private activează în baza Legii ocrotirii sănătăţii, Legii despre exercitarea profesiei de medic, Legii despre drepturile şi responsabilităţile pacientului, Ordinelor şi dispoziţiilor MS, Legii despre anteprenoriat etc.

Instituţiile medico-sanitare publice (spitale, cabinete stomatologice, centre de urgenţă) coexistă cu instituţiile private (cabinete şi clinici stomatologice), iar asistenţa stomatologică de ambulatoriu este asigurată, în Republica Moldova, de o reţea de 687 de cabinete stomatologice, dintre care 108 sunt publice şi 579 sunt private.

Accesibilitatea la serviciile stomatologice este condiţionată de următorii factori: nivelul de diversificare a sistemului naţional de asigurări de sănătate,

nivelul de finanţare a serviciilor de sănătate orală, raportul dintre cerere şi ofertă în diferite sectoare ale pieţei serviciilor stomatologice etc.

Principalele obstacole care pot apărea în accesul la servicii de sănătate orală pot fi: financiare (capacitatea pachetului de asigurări CNAM şi puterea de cumpărare a consumatorilor), culturale (educaţie, mentalitate, tradiţie), organizatorice (reţeaua de distribuţie a centrelor stomatologice, dotarea tehnico-materială, asigurarea cu cadre calificate) şi personale (automotivaţie personală).

Conform Programului unic, asistenţa medicală stomatologică acordată în cadrul sistemului asigurării obligatorii de asistenţă medicală include următoarele servicii acordate de medicul-stomatolog:

- *asistenţă stomatologică de urgenţă* în următoarele cazuri: pulpită acută, periodontită apicală acută, periodontită apicală exacerbată, stomatită aftoasă acută, gingivită şi stomatită ulceronecrotică acută, abces, periostită, pericoronarită, hemoragii postextracţionale, limfadenită acută, osteomielită acută, sialodenită acută şi calculoasă, sinusită acută odontogenă, traume şi fracturi ale maxilarelor;
- *consultaţie profilactică copiilor în vârstă de până la 18 ani şi gravidelor*, care include: examinarea cavităţii bucale şi recomandări privind igiena cavităţii bucale, periajul dentar, detartrajul dentar, aplicarea remediilor profilactice (fluor, Ca etc.), extracţii dentare, sigilarea fisurilor, obturarea cu materiale simple a defectelor coronariene provocate de caria dentară şi complicaţiile ei;
- *consultaţie profilactică tuturor persoanelor asigurate*, cu examinarea cavităţii bucale şi recomandări privind igiena şi profilaxia bolilor cavităţii bucale.

În acelaşi context, Legea cu privire la fondul asigurărilor medicale pentru anul 2012 a alocat pentru asigurarea serviciilor stomatologice menţionate mai sus suma de 37,42 mil. lei, ceea ce constituie cca 13,33% din suma alocată asistenţei medicale de ambulatoriu şi 0,94% din totalul fondurilor de asigurări obligatorii de asistenţă medicală.

Este destul de dificil de analizat cheltuielile private aferente asistenţei stomatologice în lipsa unui sistem unic de înregistrare a datelor.

În pofida alocărilor modeste în domeniul asistenţei stomatologice, starea sănătăţii dentare în rândurile populaţiei a înregistrat o direcţie pozitivă de dezvoltare. Astfel, prevalenţa cariei dentare exprimată de indicele DMFT (decayed, missing, filled teeth) la grupa de vârstă 12 ani a scăzut de la 3,5 în 2004 până la 3,1 în 2009.

Forţa de muncă antrenată în sectorul serviciilor stomatologice în anul 2012 constituia aproximativ 1491 medici-stomatologi antrenaţi în instituţiile cu formă publică de gestiune (dintre care 559 cu activitate în mun. Chişinău) şi 1348 medici stomatologi antrenaţi în instituţiile cu formă de gestiune privată. Raportaţi la populaţia Republicii Moldova, ar reveni în medie un medic-stomatolog la 1228 pacienţi. Pentru comparaţie, pentru anul 2011, în România acest raport constituia 1/1724, iar media pentru ţările Uniunii Europene constituia 1/1510 [2].

În literatura de specialitate există numeroase studii care indică asupra diferenţelor majore dintre serviciile stomatologice prestate într-o IMS publică şi cele prestate în cadrul unei IMS private. Din cauza numărului restrâns de servicii stomatologice gratuite, pacienţii apelează la serviciile stomatologice, în special, în cazuri de urgenţă, iar în cazul tratmentelor complexe consumatorii au tendinţa de a apela la serviciile private, net superioare după cost serviciilor publice de stat [5].

În scopul îmbunătăţirii calitative a serviciului stomatologic public, Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova a emis un ordin cu privire la trecerea la autogestiune a serviciului stomatologic începând cu data de 01.04.2013, care prevede separarea serviciului stomatologic şi fondarea întreprinderilor municipale drept *centrul stomatologic municipal/ raional*, în modul stabilit de legislaţia în vigoare [1]. Forma de autogestiune financiară este una opţională şi are drept scop susţinerea instituţiilor stomatologice publice care posedă un înalt nivel de organizare, sunt asigurate cu forţă de muncă înalt calificată, iar implementarea de noi forme manageriale ar duce la îmbunătăţirea serviciilor stomatologice. Reforma dată nu se răsfrânge asupra nivelului calitativ al serviciilor prestate, ci doar asupra modalităţilor de gestiune a fluxurilor financiare acumulate şi utilizate pentru asiguarea funcţionalităţii instituţiei date. Astfel, obiectivele prevăzute de Legea cu privire la ocrotirea sănătăţii cuprinde în continuare pachetul de asigurări al Casei Naţionale de Asigurări Medicale pentru diferite categorii de persoane (copii, persoane cu dizabilităţi, persoane social vulnerabile).

Cu toate acestea însă, în Republica Moldova, accesul la serviciile stomatologice este deficitar. Pentru comparaţie putem menţiona că în anul 2010, Consiliul General pentru Sănătate a Uniunii Europene a publicat un raport privind dezvoltarea indicatorilor sănătăţii orale în spaţiul european, în care a fost prezentată evaluarea acestor indicatori în 27 de state-membre ale UE şi trei state-candidate (Iugoslavia, Croaţia şi Turcia). În elaborarea studiului

au fost implicate 32 de instituţii guvernamentale, 20 asociaţii-partenere şi 25 ONG-uri.

Studiul dat a vizat mai multe aspecte, însă, în ceea ce priveşte accesul la serviciile de sănătate orală, s-a depistat că europenii apelează regulat la serviciile stomatologice, adică cca 57% au efectuat cel puţin o vizită în timp de un an. Mai mult de 79% din consumatorii europeni preferă serviciile private şi doar 14% au solicitat serviciile stomatologice publice. Mai mult decât atât, s-a depistat o dependenţă clară între volumul bugetului alocat pentru asigurările de sănătate orală şi nivelul de solicitare a servicilor publice. Motivele, pentru care europenii se prezintă la medicul-stomatolog indică o pondere de 50% în scopuri de rutină, o treime din respondenţi au efectuat diverse tratamente planificate şi doar 5% s-au adresat în cazuri de urgenţă. De asemenea, studiul a arătat că europenii nu consideră o problemă nivelul accesibilităţii serviciului stomatologic şi mai degrabă evită aceste servicii pe motivul lipsei problemelor la nivelul cavităţii bucale şi al preţurilor mari la servicii [2].

Concluzii. Pentru îmbunătăţirea sistemului de asistenţă stomatologică, Republica Moldova îşi asumă angajamentul prin calificarea problemelor de sănătate orală ca fiind prioritare şi urmează să asigure financiar promovarea sănătăţii orale şi reducerea afecţiunilor bucale în rândurile populaţiei.

Autorităţile abilitate şi reprezentanţii instituţiilor stomatologice întreprind măsuri de colaborare pentru îmbunătăţirea rezultatelor obţinute de sistemul naţional de sănătate orală.

Bibliografie

1. Ministerul Sănătăţii al RM. *Ordinul* nr. 244. din 13.03.2013 *cu privire la autogestiunea serviciului stomatologic.*
2. *Oral Health Report. Eurobarometer 330.* Directorate-Generale for Health of European Commission, Bruxelles, 2010, 112 p.
3. *Global Oral Health Project – 2020*, WHO, 2004, 180 p.
4. Petersen P. *Global research challenges for oral health*. In: Global Forum Research for Health, Vol. 2, p. 181-184.
5. Pancenco Anatol, Gumeniuc Aurel, Topalo Valentin, Munteanu Ion. *Calitatea asistenţei stomatologice prestate populaţiei în instituţiile de profil cu diferite forme de gestionare în opinia medicilor-stomatologi*. În: Medicina stomatologică, nr. 3(24), 2012, p. 9-14.

Prezentat la 11.07.2013

VIZIUNE ASUPRA CERERII PE PIAŢA PRODUSELOR STOMATOLOGICE DIN REPUBLICA MOLDOVA PRIN PRISMA TEORIEI COMPORTAMENTULUI CONSUMATORULUI

Veronica BULAT[1], Veaceslav BÂRDAN[2],
[1]Universitatea de Stat din Moldova;
[2]Universitatea Tehnică a Moldovei

Summary

The vision on dental products market demand from Republic of Moldova taking a common sense of consumer behavior theory

The study exposed in present paper reveal the problem of elements identification underliyng the dentists decision with the aim of tehnical-material assurance in dental service providing in Republic of Moldova. For defining elements determination of consumer behavior theory has been ussed questionnare techics. The survey include 347 test semple which indicate semnificant statistical difference between groups in promotion assessment and used products variety, and an insignificant statistical difference in way of dental products prices.

Keywords*: consumer behavior theory, dental product, dental service.*

Резюме

Спрос стоматологических товаров на рынке Республики Молдова на основе теории потребительского поведения

Исследования, представленные в этой статье, отражают проблемы идентификации элементов, лежащих в основе принятия решения стоматологом в целях материально-технического обеспечения при оказании стоматологических услуг в Республике Молдова. Чтобы определить основные элементы теории потребительского поведения, была использована техника анкеты. Опрос был проведен на 347 респондентов и указал на значительные статистические различия между группами в процессе оценки продвижения и диверсификации используемых стоматологических продуктов и на незначительную статистическую разницу в уровне цены на стоматологические продукты.

Ключевые слова*: теория потребительского поведения, стоматологические продукты, стоматологические услуги.*

Introducere. În condiţiile unei economii de piaţă, consumatorii au posibilitatea să aleagă dintr-o gama largă de produse şi servicii. Piaţa produselor stomatologice a Republicii Moldova este relativ mică, înregistrând cca 12 importatori şi distribuitori.

Preţurile serviciilor stomatologice prestate în instituţiile medico-sanitare publice sunt stabilite de guvern şi publicate în catalogul unic de preţuri. Cu

toate acestea, preţurile serviciilor diferă foarte mult în funcţie de mediul de prestare a lor [1]. Acest lucru poate fi verificat cu uşurinţă, cercetând ofertele de preţuri ale diferitelor instituţii de profil stomatologic.

În studiul elaborat, ne-am propus să determinăm limitele problemei referitoare la evoluţia consumului de produse stomatologice pe piaţa autohtonă, urmărind scopul identificării parametrilor de orientare utilizaţi de medicii-stomatologi – principalii consumatori în asigurarea tehnico-materială a procesului prestării serviciului stomatologic.

Obiectivele studiului au fost: identificarea apartenenţei respondenţilor la unitatea de decizie a instituţiei de activitate; determinarea preferinţelor medicilor-stomatologi în procesul de selectare a unui produs; delimitarea nivelului de accesibilitate a produselor stomatologice; motivarea consumului prin preţul produselor; sistematizarea modalităţilor prin care promovarea influenţează achiziţia produselor.

Materiale şi metode. În vederea realizării scopului propus, a fost utilizată tehnica chestionarului, în care au fost formulate 16 întrebări corespunzătoare obiectivelor menţionate ce au vizat următoarele aspecte:

- statutul profesional al consumatorului şi sectorul de activitate (3 întrebări);
- caracteristica produselor utilizate (2 întrebări);
- nivelul de acces la produsele stomatologice (2 întrebări);
- caracteristica preţului produselor utilizate (4 întrebări);
- modalităţile de promovare a produselor (3 întrebări);
- opinii şi recomandări ale consumatorului (o întrebare deschisă).

Studiul a fost efectuat în cadrul lucrărilor Congresului al XVI-lea al Asociaţiei Stomatologilor din Republica Moldova, în perioada 11-12 septembrie 2012, şi a cuprins un eşantion de 347 persoane, dintre care 212 (61,09%) îşi exercită activitatea în cadrul instituţiilor medico-sanitare (IMS) private, iar 135 (38,90%) – în cadrul instituţiilor medico-sanitare publice. Pentru a obţine o imagine mai clară asupra preferinţelor consumatorilor, analiza ulterioară a rezultatelor a fost efectuată în baza celor două tipuri de gestiune a activităţii înregistrate.

Informaţia obţinută a fost prelucrată statistic, aprecierea semnificaţiei statistice s-a efectuat în baza testului t-Student, iar veridicitatea calculelor obţinute a fost confirmată în baza metodelor statisticii variaţionale descrise pe larg în publicaţiile de profil [5, 6].

Rezultate obţinute şi discuţii. Întrebările referitoare la determinarea statutului profesional al consumatorului ne-au permis identificarea structurii calitative a nivelului de calificare a respondenţilor, totalizând următoarele rezultate: 251 medici cu categorie de calificare, fiind semnalată o diferenţă statistic semnificativă în funcţie de forma de gestiune a instituţiei de activitate, dintre care 58 (42,96±4,28%) din sectorul public de stat şi 193 (91,04±1,97%, p<0,01) din sectorul privat; 7 medici fără categorie de calificare; 13 tehnicieni dentari şi 76 persoane au indicat categoriile: student, rezident, doctorand (*figura 1*).

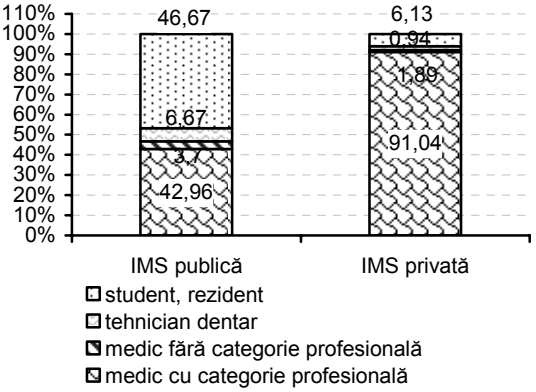


Figura 1. *Identificarea statutului profesional al respondentului (%)*

Sursa: elaborat de autori.

Întrebarea privind apartenenţa la activitatea administrativă stomatologică a avut drept scop identificarea influenţei de decizie în cadrul instituţiei de activitate [2]. Conform modelului lui Hobbes al comportamentului consumatorului (denumit şi *al factorilor de organizaţie*), se pune în atenţie achiziţionarea de bunuri şi servicii pentru entităţi colective instituţionalizate, şi în cazul acestui tip de consumatori se pune problema luării unor decizii de cumpărare privind bunuri sau servicii, specificitatea unor astfel de decizii fiind marcată de tipul de organizaţie. În unele organizaţii (firme de stat sau private, organisme guvernamentale sau sociale, organizaţii obşteşti etc.), astfel de decizii sunt luate de anumite persoane special desemnate, iar în altele – de diferite organe colective de conducere [1, 3]. Astfel, au fost intervievate circa 67 persoane (19,31±2,12%) ce deţin unitate de decizie la nivel raional, municipal, regional sau republican (8 din sectorul privat şi 59 din sectorul public); 48 persoane (13,83±1,86%) deţin alte funcţii de conducere, iar 232 persoane (dintre care 158 din sectorul privat) au declarat că nu deţin nici o funcţie în cadrul administrativ al instituţiilor stomatologice (*figura 2*).

Pentru determinarea caracteristicilor produselor stomatologice utilizate de către consumatori, am urmărit identificarea ordinii criteriilor de selectare a produsului şi nivelul de diversificare a materialelor stomatologice.

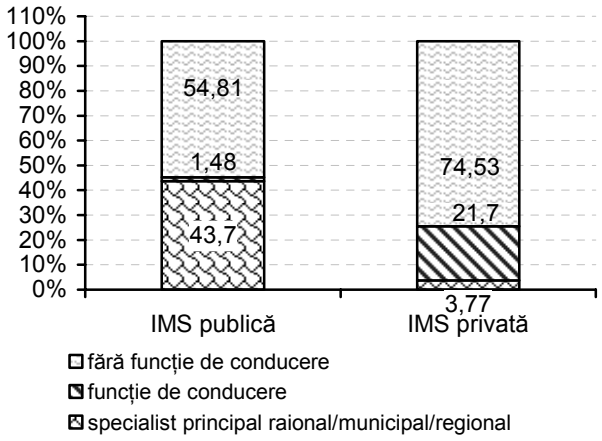


Figura 2. *Identificarea apartenenţei la activitatea administrativă stomatologică (%)*

Sursa: elaborat de autori.

La întrebarea: *„Care este ordinea criteriilor după care vă conduceţi atunci când selectaţi un produs?"*, respondenţii au fost rugaţi să numeroteze ordinea următoarelor criterii: calitate, preţ, accesibilitate, producători, condiţia financiară a pacientului, indicând 1 pentru cel mai important criteriu şi, respectiv, până la 5 – cel mai puţin important criteriu.

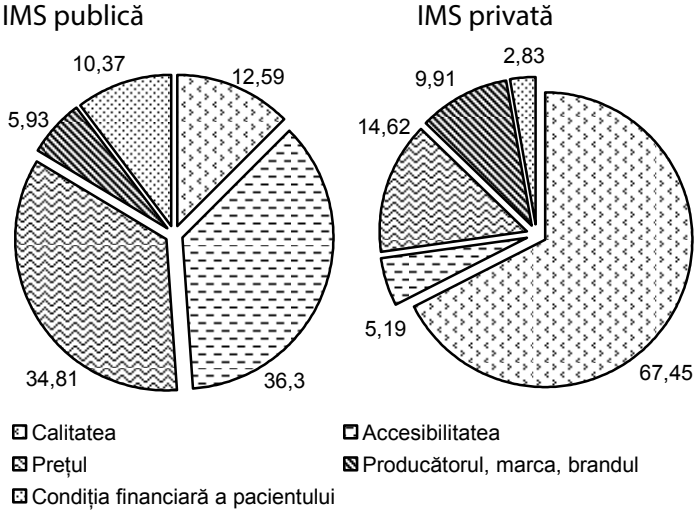


Figura 3. *Valoarea structurală a criteriilor de selectare a unui produs stomatologic (%)*

Sursa: elaborată de autori.

Prin întrebarea: *„Cât de des recurgeţi la schimbarea materialelor stomatologice utilizate?"* am determinat că medicii care activează în sectorul privat sunt mai predispuşi către schimbare, fenomen confirmat de diferenţa statistic semnificativă ($p<0,01$) prezentă pentru toate variantele de răspuns. Astfel, cca 26,89±3,05% au menţionat că diversifică adesea produsele utilizate şi doar 14,62±2,63% recurg la schimbări în cazuri excepţionale. În sectorul public, cca 49,63±4,32% îşi schimbă produsele stomatologice în cazuri excepţionale şi doar 3,7±1,63% apelează adesea la produsele noi de pe piaţă. Conform modelului hobbesian al comportamentului consumatorului expus mai sus, oricât de ataşat ar fi un individ de organizaţia din care face parte, asupra deciziilor sale privind cumpărarea de mărfuri şi servicii necesare acesteia îşi pun amprenta competenţa şi pregătirea profesională, aspiraţiile sale, judecăţile sale de valoare etc. [1, 7].

Nivelul de acces al consumatorului la produs oferă un avantaj major în prestarea serviciului la momentul apariţiei cererii, consumatorul apelând, mai degrabă, la un produs mai scump, însă mai accesibil, decât la un produs mai ieftin, dar care presupune cheltuieli suplimentare de transport şi de timp. În rezultatul studiului efectuat, s-a depistat că circa 35,6% din respondenţi nu au nici un centru de distribuţie a produselor stomatologice în raza de 50 km, aceştia fiind reprezentanţii din filialele raionale, care au mai menţionat că efectuează aprovizionarea de sine stătător sau prin expediţii poştale. Rămânând la capitolul accesibilitate, putem menţiona că la ultima întrebare de tip deschis, cca 34,2% din respondenţii din sectorul public şi-au exprimat nemulţumirea în legătură cu absenţa dealerilor în zonele Nord şi Sud, motiv pentru care suferă peirderi din cauza indisponibilităţii de produs în momentul cererii. Totodată, respondenţii din ambele sectoare au indicat că sunt satisfăcuţi de gama de produse stomatologice prezente pe piaţa autohtonă.

Preţul materialelor stomatologice condiţionează, într-o mare măsură, costul serviciului stomatologic prestat. În urma evaluării, întrebarea referitoare la preţuri nu a identificat o semnificaţie statistică între sectoare ($p>0,05$), astfel încât cca 159 respondenţi (75%±2,98) din sectorul privat au declarat că preţurile produselor corespund posibilităţilor medicilor-stomatologi, în timp ce doar 16 respondenţi (11,85%±2,79) din sectorul public au afirmat acelaşi lucru. În schimb preţuri „prea mici" au fost considerate de doar 2 respondenţi (1,48±1,04) din sectorul public şi 15 (7,08%±1,77) din sectorul privat, ceilalţi respondenţi au declarat că preţurile sunt „prea mari". Alte două întrebări referitoare la preţurile produselor stomatologice ne-au condus către concluzia că ofertele de reduceri promoţionale au o incidenţă mai mare în rândul medicilor antrenaţi în practica privată, fapt justificat, probabil, de tendinţa de a utiliza produse inovaţionale. În schimb, în ambele sectoare s-a constatat că consumatorii suportă cheltuieli suplimentare doar pentru livrarea produselor sau pentru comanda suplimentară a stocurilor lipsă, în timp ce doar 4 respondenţi au declarat că au fost penalizaţi cu taxe suplimentare pentru reţinerea plăţilor.

Din păcate, majoritatea respondenţilor au evitat să specifice suma lunară de bani destinată procurării produselor stomatologice. Totuși, din răspunsurile celor 103 respondenţi care au indicat această sumă putem menţiona că în domeniul profilaxiei dentare un medic utilizează produse în valoare de cca 1000 lei; în terapie – 5000-10000 lei; în ortodonţie – 10000-15000 lei; în chirurgia oro-maxilo-facială – 5000-10000 lei; în stomatologia ortopedică – 5000-10000 lei, iar în implantologia dentară 10000-15000 lei.

Pentru identificarea celor mai eficiente căi de promovare a produselor stomatologice, au fost formulate trei întrebări care stabilesc receptivitatea consumatorilor la sursele de informare referitor la noile tehnologii stomatologice, în funcţie de evenimentele la care participă (*figura 4*). Respondenţii au fost rugaţi să enumere ordinea surselor de informare pe o scară de la 1 (cea mai importantă sursă) până la 5 (cea mai puţin importantă sursă).

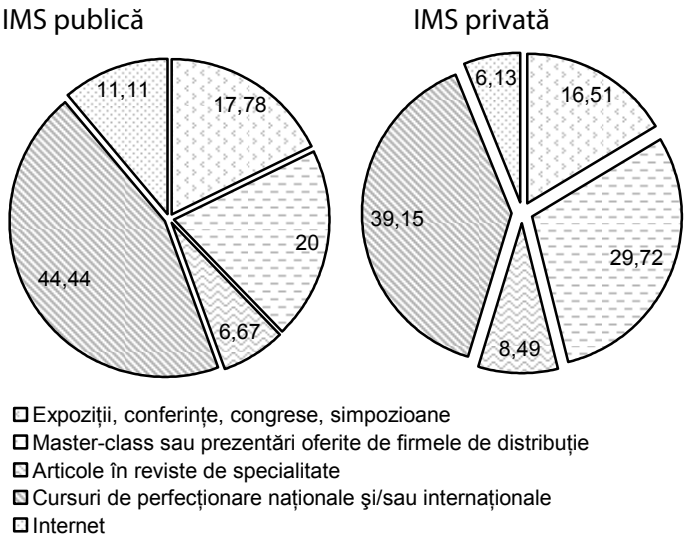


Figura 4. *Ponderea principalelor surse de informare privind noile tehnologii stomatologice printre consumatori (%)*

Astfel, a fost stabilit faptul că în sectorul public cca 46,67%±4,31 utilizează un nou produs stomatologic la recomandarea altui medic de aceeași specialitate, în timp ce în sectorul privat cca 74,53%±3,00 utilizează produsele noi la recomandarea distribuitorilor, motiv pentru care distribuitorii, probabil, nu-și consolidează sursele de informare în sectorul public (*vezi tabelul*).

Respondenți	Instituție de stat		Instituție privată		t-Student	Total	
	n	%±ES	n	%±ES		n	%±ES
De ce recomandare țineți cont atunci când decideți utilizarea unui nou produs?							
Recomandarea unui alt medic-stomatolog	63	46,67±4,31	26	12,26±2,26	p>0,05	89	25,65±2,35
Recomandarea Ministerului Sănătății RM	9	6,67±2,15	16	7,55±1,82	p>0,05	25	7,20±1,39
Recomandarea distribuitorilor	31	22,96±3,63	158	74,53±3,00	p<0,01	189	54,47±2,68
Prin decizie proprie	32	23,70±3,67	12	5,66±1,59	p>0,05	44	12,68±1,79
Total	135	100	212	100	p>0,05	347	100

NB: p>0,05 – lipsa semnificaţiei statistice; p<0,01 – diferenţă statistică semnificativă

Cu privire la modalităţile utilizate de distribuitori pentru informarea consumatorilor putem menţiona că în ambele sectoare se utilizează, cel mai des, conversaţia directă, telefonică sau prin e-mail, în timp ce doar 4,44% din totalul de respondenţi au declarat că distribuitorii nu-i informează în niciun fel despre produsele disponibile în stoc.

Într-un alt studiu recent, destinat analizei calităţii şi a factorilor de influenţă asupra nivelului asistenţei medicale stomatologice prestate populaţiei în instituţiile de profil cu forma de gestionare publică sau privată, la fel au fost chestionaţi un eşantion de medici-stomatologi în număr de 383 persoane din diferite zone ale Republicii Moldova.

Din cele 25 de întrebări propuse, la întrebarea *„Cum apreciaţi organizarea serviciului stomatologic şi baza tehnico-materială în instituţia medicală stomatologică unde activaţi?"*, 121 repondenţi au apreciat ca fiind „foarte bună", 158 respondenţi – „bună", 69 – satisfăcătoare şi doar 35 respondenţi o consideră „nesatisfăcătoare" [4]. Acest lucru ne demonstrează că aprovizionarea tehnico-materială nu reprezintă o problemă pentru asigurarea calităţii prestării serviciului stomatologic.

Concluzii. Consumatorii de produse stomatologice din Republica Moldova pot fi clasificaţi în două categorii.

Prima categorie de consumatori sunt medicii care prestează serviciul stomatologic într-o insituţie publică de stat, nomenculatorul de produse utilizate al cărora, aprovizionate din cont propriu, cuprind și produsele aprovizionate de către instituţia respectivă, de obicei, mai ieftine și cu o istorie lungă de aplicare. De regulă, acești consumatori apelează la aceleași produse, rareori schimbându-le, nu beneficiază de mari reduceri de preţuri de la distribuitori şi ţin cont de recomandările specialiștilor superiori și ale cursurilor de perfecţionare în scopul îmbunătăţirii calităţii serviciilor prestate pacienţilor.

A doua categorie de consumatori sunt medicii care prestează serviciul stomatologic într-o insituţie privată, ce pot fi caracterizaţi ca avangardiști în domeniul utilizării produselor noi, însă nu excesiv de scumpe. Acești consumatori sunt flexibili în modificarea tehnicilor de tratament, consideră oportună investiţia în activităţile practice oferite de distribuitori și sunt predispuși spre promovarea inovaţiilor

stomatologice pe piaţa autohtonă.

Bibliografie

1. Cătoiu I., Teodorescu N. *Comportamentul consumatorului*, Bucureşti: Editura Uranus, 2003, 270 p.
2. Hotărâre de Guvern nr. 1020 din 29 decembrie 2011 *Privind Catalogul Tarifelor Unice pentru serviciile medico-sanitare prestate contra plată de către instituţiile medico-sanitare publice*.
3. Marder Eric. *Comportamentul consumatorilor*, Bucureşti: Editura Teora, 2002, 365 p.
4. Pancenco Anatol, Gumeniuc Aurel, Topalo Valentin, Munteanu Ion. *Calitatea asistenţei stomatologice prestate populaţiei în instituţiile de profil cu diferite forme de gestionare în opinia medicilor-stomatologi*. În: Medicina stomatologică, nr. 3(24), 2012, p. 9-14.
5. Spinei Larisa, Lozan Oleg, Badan Vladislav. *Biostatistica*, Chișinău, 2009, 186 p.
6. Tintiuc Dumitru, Grossu Iulian. *Sănătate publică și management*, Chișinău, 2007, 875 p.
7. Ильин В. И. *Поведение потребителей*, Санкт-Петербург: Издательство Питер, 2000, 224 с.

Prezentat la 23.04.2013

Veronica Bulat,
GSM: 022577691;
e_mail: bulat.veronica@gmail.com

ASPECTE MANAGERIALE ALE CHIRURGIEI DE AMBULATORIU ÎN MEDIUL URBAN

Veaceslav ALBOT,
Spitalul Clinic Republican, laboratorul
Management în servicii de sănătate

Summary

Management aspects of urban ambulatory surgery

In time, the health system in the country was aimed at expanding inpatient care, the division of resources, leading to inefficiency expenditure of the financial resources. The experience of many countries shows that a possible workaround would be promoting outpatient surgery. Taking into account the needs imposed by time, a more detailed research was performed with the intent to surgical management of service delivery and the development of ambulatory surgery service in urban areas. Scientific Papers of WHO experts and Bureau of European and European Society quality of care served as methodological support for the research. Outpatient surgical services with all the necessary infrastructure was proposed as a result of this research.

Keywords*: outpatient surgery, medical assistance, accessibility, quality, efficiency.*

Резюме

Организационные аспекты амбулаторной хирургии городскому населению

В последние годы система здравоохранения в стране была направлена преимущественно на расширение стационарной медицинской помощи, на разделение средств, что привело к малоэффективным затратам финансовых ресурсов. Опыт многих высокоразвитых стран показывает, что выходом из создавшегося положения может быть развитие амбулаторной хирургии. Учитывая потребности, продиктованные временем, мы провели исследования, в которых ставили себе цель изучить организационные вопросы оказания хирургической медицинской помощи городскому населению в амбулаторных условиях. Были использованы методологические рекомендации, разработанные экспертами ВОЗ. Результаты исследования позволили разработать и внедрить действующую модель хирургической медицинской помощи городскому населению в амбулаторных условиях.

Ключевые слова*: амбулаторная хирургия, медицинская помощь, доступность, качество, эффективность.*

Introducere. La etapa actuală, în Republica Moldova, concepţia de bază a dezvoltării ocrotirii sănătăţii este majorarea eficacităţii sistemului prin reducerea resurselor, optimizarea cheltuielilor şi implementarea noilor tehnologii manageriale. Sunt solicitate servicii medicale accesibile, calitative şi inofensive, atât de consumatori, cât şi de producători. Aceasta motivează elaborarea şi implementarea noilor tehnologii manageriale, inclusiv în asistenţa medicală de staţionar foarte costisitoare şi solicitată.

Pe parcursul a mai multor ani, sistemul de sănătate din ţară a fost orientat la extinderea asistenţei medicale de staţionar, la divizarea resurselor care, în principiu, duceau la ineficienţa cheltuielilor. Experienţa mai multor ţări demonstrează că o salvare a situaţiei ar fi fortificarea chirurgiei de ambulatoriu.

În plan istoric, chirurgia de ambulatoriu îşi face apariţia cu o primă experienţă pe la mijlocul secolului XIX, în Statele Unite ale Americii, de către C. Long şi W. Morton, respectiv în anii 1842 şi 1846. O experienţă de mare anvergură a fost apoi realizată la începutul secolului XX, în Marea Britanie, unde un medic scoţian cu numele Nicoll a relatat în *British Medical Journal*, în 1909, la spitalul pentru copii din Glasgow, succesul înregistrat la circa 7.000 de intervenţii de ambulatoriu. În SUA, chirurgia de ambulatoriu este dezvoltată în continuare la începutul anilor '60 ai sec. XX de către J.B. Dillon şi Cohen D.D. sub forma a doua programe oficiale, puse în aplicare în spitalele din California în 1962 şi la Washington, în 1966, de către M.L. Levy şi C.S. Coakley. La sfârşitul anilor '60, au fost deschise primele două centre independente de chirurgie ambulatorie în Providence (Rhode Island, 1968) şi Phoenix (Arizona, 1970). Această alternativă este în creştere rapidă: zece centre independente se

deschid între 1970 şi 1975, altele 150 – în 1983, apoi 459 în 1985. În 1986, sunt înregistrate 838 de centre, iar în 1992 – 1700. Între timp, în 1979, 2,6 milioane de proceduri sunt efectuate în secţiile chirurgiei de ambulatoriu, aproximativ 3 milioane – în 1980, 8,5 milioane – în 1986 şi 11 milioane – în 1990 [1].

Principalele motivaţii ce se aflau la originea dezvoltării acestei alternative au fost: reducerea volumului de paturi în spital – o problemă importantă în SUA la sfârşitul anilor '60 – şi reducerea costurilor de spitalizare, necesare în contextul economic şi social al anilor '80.

În Republica Moldova, asistenţa chirurgicală de ambulatoriu se prestează începând cu secolul XIX. Primul ambulatoriu a fost deschis în anul 1817, în incinta spitalului orăşenesc Chişinău, unde volumul serviciilor medicale prestate erau insuficiente, pentru a putea satisface necesităţile populaţiei în tratamentul de ambulatoriu. Populaţia urbană nu avea acces la consultaţii medicale până în anul 1950 şi era deservită de prima policlinică orăşenească, iar mai târziu – de a treia policlinică orăşenească. Consultaţiile erau oferite de către următorii specialişti: terapeut, chirurg, otorinolaringolog şi oftalmolog. Exista laboratorul clinic şi cabinetul Roentgen. Arhivele municipale atestă că policlinica orăşenească, în anul 1947, a consultat 33682 de pacienţi. Este semnificativ faptul că în anul 1949, prin Ordinul nr. 870 al Ministerului Ocrotirii Sănătăţii, policlinicile au fost comasate cu staţionarul.

Unii autori consideră că pentru organizarea Centrelor de chirurgie de ambulatoriu este necesar să se ia în consideraţie următoarele principii manageriale: organizarea eficace a staţionarului chirurgical de zi; aspectele medico-juridice ale activităţii sale; nivelul profesional înalt al cadrelor chirurgicale; triajul şi selectarea bolnavilor pentru tratamentul chirurgical în ambulatoriu şi în spital; amplasarea centrelor în policlinici sau în staţionare, ca unitate funcţională autonomă; implementarea tehnologiilor contemporane şi înzestrarea cu aparataj modern; metode performante de anestezie şi ATI; micşorarea riscurilor; monitorizarea bolnavilor în perioada postoperatorie etc. [2, 3].

Una dintre funcţiile principale ale Centrului chirurgical de ambulatoriu trebuie să fie, în viziunea unor savanţi, trierea calitativă a bolnavilor pe categorii pentru operaţii. Anume în Centru se stabileşte: profilul operaţiei, volumul operaţiei, indicaţiile speciale, riscurile somato-funcţionale de anestezie şi operaţie, locul efectuării investigaţiei – în staţionar sau în ambulatoriu, monitorizarea ulterioară. În aşa mod are loc repartizarea raţională a pacienţilor între staţionar şi ambulatoriu. Formarea centrelor chirurgicale de ambulatoriu oferă posibilitatea de a reforma calitativ serviciul nominalizat la nivel prespitalicesc. Este necesar de a forma catedra *Chirurgie de ambulatoriu*, de a elabora ghiduri şi recomandări specifice etc. [4, 5].

Luând în consideraţie necesităţile dictate de timp, ne-am pus drept scop studierea aspectelor manageriale de acordare a serviciilor chirurgicale şi dezvoltarea serviciului chirurgiei de ambulatoriu în mediul urban din Republica Moldova. Pentru aceasta au fost formulate un şir de obiective ce ţin de: studierea managementului serviciului Chirurgie de ambulatoriu în procesul implementării Managementului Sistemic al calităţii serviciilor medicale chirurgicale de ambulatoriu; elaborarea unor noi tehnologii manageriale, cu certificarea şi implementarea lor; elaborarea Nomenclatorului operaţiilor şi manipulaţiilor ce urmează a fi efectuate în condiţii de ambulatoriu.

Materiale şi metode. Drept suport metodologic al cercetării au servit lucrările ştiinţifice ale experţilor OMS, inclusiv ale Biroului european şi a Societăţii europene de calitate a serviciilor medicale, cercetările în domeniu ale savanţilor din Republica Moldova: Testemiţanu N., Tintiuc D., Eţco C., Mereuţă I., Ghidirim Gh., Ababii I., Maloman E., Cecan M., Savin V., Palanciuc M., Cioban M. ş.a. Studiul s-a bazat pe concepţiile ştiinţifice contemporane ale teoriei sistemelor de sănătate, în general, şi ale Serviciului de Chirurgie, în special, elaborate de savanţii autohtoni şi de peste hotare [5–9].

Cercetările au fost realizate în conformitate cu obiectivele specifice: funcţii, nomenclator, standarde, capacităţi financiare, monitorizare, modele şi procedee medicale, costuri şi opinii ale experţilor. Unitatea de studiu – instituţia Chirurgie de ambulatoriu, serviciul personal, serviciile medicale specializate, costurile şi, evident, pacienţii. În procesul de studiu au fost utilizate diverse metode de cercetare: istorică, statistica medicală, economică, comparativă, de evaluare prin experţi. Au fost elaborate şi folosite mai multe chestionare, care au permis evaluarea de către experţi a multiplelor probleme ce ţin de accesibilitatea, eficacitatea şi calitatea serviciului Chirurgie de ambulatoriu. Pentru realizarea obiectivelor au fost necesare următoarele etape:

- Definirea problemelor în perspectiva stabilirii scopului şi investigaţiilor – actualitatea problemei, istoricul apariţiei şi dezvoltării serviciului Chirurgie de ambulatoriu;
- Elaborarea noilor tehnologii manageriale, certificarea şi implementarea în perspectivă a strategiei studiului;
- Studierea managementului serviciului Chi-

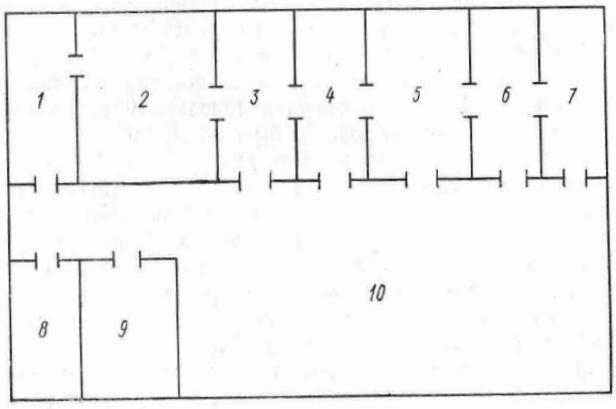
rurgie de ambulatoriu în procesul implementării managementului sistemic al calităţii serviciilor medicale chirurgicale de ambulatoriu, care au contribuit la atingerea scopului.

Rezultate şi discuţii. În rezultatul expertizei propunerilor manageriale referitor la organizarea, componenţa spaţială, dotarea şi managementul serviciului chirurgical de ambulatoriu, au fost propuse un şir de momente organizatorice, pentru elaborarea tehnologiei de activitate a acestui serviciu. Conform propunerilor înaintate de experţi, secţia Chirurgie de ambulatoriu urmează a fi amplasată în incinta Centrului Consultativ de Diagnostic (CCD) sectorial din municipiu, care necesită o bază tehnico-materială adecvată pentru activitatea deplină şi calitativă de deservire a pacienţilor.

Componenţa secţiei Chirurgie de ambulatoriu trebuie să includă: birouri pentru consultarea pacienţilor, săli de pansamente septice şi aseptice, săli pentru proceduri şi manipulaţii curative, sală de pregătire preoperatorie, sală de operaţii, staţionar de zi şi sală de sterilizare a instrumentelor (*vezi schema*).

Amplasarea secţiei este recomandabilă la etajul 2 sau 3 al instituţiei, aceasta fiind dotată cu ascensoare pentru uşurarea accesului pacienţilor.

Structura departamentului chirurgical de ambulato-



1 – autoclavă; 2 – de operare net; 3-4 – preoperatorie, 6 – cabinetul medicului; 5-7 – dressing (cameră pentru ghips); 8 – materiale şi instrumente; 9 – cameră pentru pacienţii postoperatori; 10 – cameră de aşteptare.

Pentru activitate specializată în secţia Chirurgie de ambulatoriu au fost recomandaţi următorii specialiştii:

- Medic-specialist chirurg maturi;
- Medic-specialist chirurg copii;
- Medic-specialist proctolog;
- Medic-specialist urolog maturi;
- Medic-specialist urolog copii;
- Medic-specialist angiolog;
- Medic-specialist ortoped-traumatolog copii;
- Medic-anesteziolog.

Fiecare medic-specialist trebuie să dispună de următoarele spaţii pentru deservirea pacientilor: sală pentru consultarea pacientului; sală de pansamente aseptice; sală de pansamente septice; sală de proceduri şi manipulaţii. Medici-specialişti din secţia Chirurgie de ambulatoriu deservesc pacienţii sectorului teritorial al Centrului Consultativ de Diagnostic, unde sunt amplasate şi centrele medicilor de familie adiacente, inclusiv acordarea primului ajutor, în cazuri de urgenţe, tuturor pacienţilor care se adresează.

Deservirea planică a pacienţilor urmează a fi efectuată în baza listelor programării prealabile prin sistemul informaţional centralizat şi, la necesitate, în baza adresărilor directe şi de urgenţă. Anturajul predispune spre o deservire calitativă şi grijulie din partea personalului medical, conform timpului programării prealabile. Algoritmul deservirii planice a bolnavilor este dirijat de asistenta medicală coordonatoare şi de asistentele medicale ale fiecarui medic-specialist în parte. Pacienţii cu adresări de urgenţă urmează a fi deserviţi în mod prioritar, iar cei care necesită vizite repetate la medic sunt programaţi instantaneu, chiar din biroul acestuia, la finalizarea vizitei curente, fiind anunţată data şi ora vizitei ulterioare. La fel se procedeaza şi cu pacienţii care urmează să viziteze medicul pentru pansamente şi alte manipulaţii (proceduri).

Calitatea serviciilor prestate de medicii secţiei Chirurgie de ambulatoriu este monitorizată permanent de şeful secţiei şi de administraţia instituţiei. Medicii secţiei frecventează cu regularitate, conform unui grafic predefinit, cursuri de perfecţionare a cunoştinţelor şi de calificare profesională, organizate la catedrele de profil ale USMF *N. Testemiţanu*, precum şi prin participare la conferinţe şi congrese specializate, atât în Republica Moldova, cât şi peste hotarele ei. La fel, şi asistentele medicale ale secţiei Chirurgie de ambulatoriu frecventează cu regularitate cursuri de reciclare.

Activitatea specialiştilor secţiei Chirurgie de ambulatoriu se desfăşoară în baza unui program predefinit şi revizuit lunar. Deservirea pacienţilor trebuie să fie efectuată pe parcursul întregii zile – atât în prima, cât şi în a doua jumătate. Deservirea pacienţilor se recomandă a fi organizată atât la baza secţiei din CCD, cât şi la baza CMF aflate la evidenţa CCD.

Activitatea specialiştilor secţiei este strict reglementată de Ordinul Ministerului Sănătăţii al Republicii Moldova nr. 721 din 16.07.2012, al Direcţiei municipale de sănătate, precum şi de regulamentul intern al instituţiei curative. Prin intermediul asistentelor medicale, se duce o evidenţă strictă a intervenţiilor chirurgicale, atât urgente, cât şi pla-

nice, a pansamentelor septice şi aseptice, precum şi a altor manipulaţii curative şi de diagnostic, în registre individuale speciale pentru fiecare medic. La fel, are loc un control strict al prevenirii infecţiilor nosocomiale.

Concluzii

1. Fortificarea chirurgiei de ambulatoriu duce la micşorarea cheltuielilor financiare.

2. Activitatea eficientă a secţiei Chirurgie de ambulatoriu depinde în mare măsură de aspectele medico-juridice ale activităţii sale, de nivelul profesional al cadrelor, triajul şi selectarea bolnavilor pentru tratament, de implementarea tehnologiilor avansate şi înzestrarea cu aparataj modern.

3. Secţia Chirurgie de ambulatoriu cuprinde medici de mai multe specialităţi chirurgicale, pentru o bună realizare a obiectivelor vizate şi o funcţionare eficientă.

Bibliografie

1. Mereuţa Ion. *Sistemele sănătăţii în ţările Uniunii Europene*, Crio, 1997.
2. Berwik D. M., Enthoven A., Burker J. P. *Quality management in the NHS: the doctor's rote-I.* In: BMJ, 1992, vol. 304, p. 235–239.
3. Ростомашвили Е.Т. *Использование каудальной анестезии в практике амбулаторной хирургии.* В: Амбулаторная хирургия. Стационарзамещающие технологии, 2005, № 1, с. 60.
4. Знаменская С.И., Коммунарова О.П. *Амбулаторная хирургия*, 2005 Н1, с. 45.
5. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., Stedler L. *Managementul asistenţei medicale primare în RM*. Chişinău, 2005.
6. Burns L., M. Ferber. *Ambulatory surgery in the Unites States: Development and prospects.* In: J. Ambulat. Care Management, 1981, vol. 4, p. 1–13.
7. Clyne C. A., Jamieson C.W. *The patient's opinion of day care vein surgery*. In: Br. J. Surg., 1978; nr. 65(3), p. 194–196.
8. Тэгай Н. Д., Колосов П. В. *Контроль качества медицинской помощи в системе ОМС*. В: Здравоохранение, 1996, № 3, с. 7–32.
9. Усольцева Е. В., Машкара К. И. *Хирургия заболеваний и повреждений кисти*. Л.: Медицина, 1975, изд. 1, 405 с.; 1978, изд. 2, 431 с.; 1986, изд. 3, 442 с.

Prezentat la 09.04.2013

Veaceslav Albot,
cercetător ştiinţific în laboratorul
Managementul serviciilor de sănătate,
Spitalul Clinic Republican
Tel. 270679, mob. 069239007

BENEFICIILE PROGRAMULUI DE MARKETING SOCIAL *SLABEŞTE SĂNĂTOS* PRIN MEDIUL ONLINE

Galina TOMAŞ, Constantin EŢCO, Ludmila GOMA,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

The benefits of social marketing program „Slăbeşte sănătos" in the online environment

Social marketing is based on the principle that efforts of promoting social causes need to respond to the needs, preferences and lifestyles of consumers. Basic component of social marketing program represents the organizations response to the needs and desires of consumers. In given article describes the impact of the program on organizational communication in the online environment. The effectiveness of the Program „Slăbeşte sănătos" organized by SRL „Unica Shaping club" is analyzed by Online Magazine „Unica.md" in February 2013 – October 2013 on the target audience.

Keywords*: social marketing, marketing planning, online marketing.*

Резюме

Преимущества программы социального маркетинга «Slăbeşte sănătos» посредством онлайн-среды

Социальный маркетинг основан на принципе того, что все усилия по продвижению социальных задач должны соответствовать потребностям, предпочтениям и образу жизни целевых потребителей. Основным компонентом социального маркетинга является маркетинговая программа организации, которая отвечает на нужды и желания потребителей. В данной статье рассматривается взаимодействие организации и потребителей посредством общения в онлайн-среде. Анализируется эффективность Программы «Slăbeşte sănătos», организованной SRL «Unica Shaping Club» на страницах интернет журнала www.unica.md с февраля по октябрь 2013 года и её влияние на целевую аудиторию.

Ключевые слова*: социальный маркетинг, программа маркетинга, online маркетинг.*

Introducere. Multe dintre problemele sociale şi de sănătate publică au cauze comportamentale, iar marketingul social oferă un mecanism pentru abordarea acestor probleme prin influenţarea indivizilor în sensul adoptării unor noi comportamente şi a unui nou stil de viaţă, considerat mai sănătos. Principiul de bază al aplicării marketingului social constă în realizarea unor eforturi de promovare a anumitor cauze sociale, care vor răspunde nevoilor, preferinţelor şi

stilurilor de viaţă ale consumatorilor-ţintă. Componenta de bază a marketingului social este programul de marketing, care reprezintă răspunsul organizaţiilor la nevoile şi dorinţele consumatorilor [1, 2].

Materiale: revista online „Unica.md", dările de seamă privind programul de marketing social *Slăbește sănătos*.

Rezultate şi discuţii. În activităţile de marketing social, programul de marketing se constituie ca punct central al strategiei de piaţă a organizaţiei. Exprimat sub forma unui plan desfăşurat al unei activităţi complexe de marketing, programul de marketing social este alcătuit dintr-un ansamblu de acţiuni practice care urmăresc atingerea unui obiectiv sau a unui șir de obiective prestabilite. Un program de marketing de succes trebuie să surprindă beneficiile sociale, atât pentru consumator, ca element central al programului, cât şi pentru organizaţia care promovează cauza socială respectivă. În cadrul programului de marketing social se folosesc diferite tactici care pot influenţa creşterea gradului de informare sau a gradului de educare, dar scopul principal este schimbarea de comportament [2, 3].

Dezvoltarea Internetului a adăugat programului social o nouă componentă: componenta online. Studiul de faţă îşi propune să analizeze programul de marketing social din perspectiva mediului online. Articolul descrie impactul programului de marketing asupra comunicării organizaţiilor în mediul online. Întru realizarea acestui obiectiv, lucrarea prezintă etapele care trebuie să fie urmate în construirea unui program social efficient în mediul virtual. Scopul este de a sprijini organizaţiile să răspundă nevoilor consumatorilor într-un mod obiectiv şi rapid. Autorii analizează eficienţa Programului de maketing social *Slăbește Sănătos* şi impactul lui asupra publicului-ţintă, program organizat de SRL *Unica Shaping Club* şi prima revistă online pentru femei *Unica.md*, pe perioada februarie – octombrie 2013. Programul se propune a fi desfăşurat în trei faze, cu o componentă online.

Programul dat îşi propune să schimbe comportamentul negativ ce ţine de alimentaţia incorectă şi lipsa de mişcare, oferind soluţii pentru a contracara efectele acestora prin alimentaţie echilibrată şi practicarea atrenamentelor de shaping.

Având drept punct de plecare planul de marketing al organizaţiei, procesul de elaborare a programului de marketing social presupune parcurgerea anumitor etape [3]. Vom analiza eficienţa Programului *Slăbește Sănătos* din punct de vedere al comunicării online. Vor fi studiate etapele programului social online şi modul în care acestea au fost adaptate unei probleme sociale actuale.

Etapele elaborării programelor de marketing social

1. ***Definirea problemelor sociale care vor fi abordate***. Potrivit datelor statistice din R. Moldova, stilul de viaţă nesănătos constituie o cauză majoră a multiplelor tulburări şi boli. Pornind de la acest fapt, SRL *Unica Shaping Club* şi prima revistă online pentru femei *Unica.md* au decis lansarea unui program social care să atragă atenţia populaţiei asupra efectelor negative ale consumului de alimente în exces şi lipsei sportului în viaţa de zi cu zi.

2. ***Definirea scopului şi a obiectivelor programului social online***. Scopul acestui program este de a promova un stil de viaţă echilibrat, cu un consum potrivit de alimente şi multă mişcare. Organizatorii urmăresc sensibilizarea populaţiei şi propun cel puţin doua ore de exerciţii fizice pe săptămână. Obiectivele vizează următoarele aspecte:

- informarea publicului larg asupra necesităţii adoptării unui stil de viaţă sănătos;
- educarea publicului larg cu privire la următoarele concepte: echilibru nutriţional, comportament nutriţional sănătos, importanţa exerciţiului fizic;

Obiectivele financiare ale programului se referă la:

- atingerea unui grad de notorietate ridicat – peste 80% pentru femei şi peste 20% pentru tineri;
- generarea de trafic pe website-ul propriu, *www.unica.md*, de minimum 10.000 de vizitatori unici/săptămână după primele luni de la lansare.

3. ***Stabilirea axei de comunicare***. Mesajul de promovare al programului social *Slăbește Sănătos* este: „*Sănatatea şi frumuseţea sunt preocuparea noastră*". Prin acest mesaj se urmărește informarea publicului larg asupra beneficiilor aduse de adoptarea unui comportament nutriţional echilibrat şi practicarea antrenamentelor shaping. Programul social *Slăbește sănătos* foloseşte Internetul ca mediu de comunicare cu persoanele interesate în schimbarea comportamentelor alimentare cu risc. Pe website-ul *www.unica.md***,** atât femeile, cât şi tineretul şi toţi cei interesaţi de stilul lor de viaţă pot afla mai multe despre o nutriţie echilibrată, despre mişcare şi beneficiile aduse de acestea.

Tot pe acest website, organizatorii au introdus o modalitate de comunicare online cu consumatorii-ţintă – a fost organizată rubrica *Întrebări şi răspunsuri*, prin intermediul căreia au fost oferite răspunsuri la toate problemele legate de alimentaţie, stilul de viaţă activ, practicarea efortului fizic moderat.

4. ***Stabilirea populaţiei-ţintă*.** Populaţia-ţintă o reprezintă consumatorii din R. Moldova, programul adresându-se atât celor care practică un stil de viaţă sănătos, în care alimentaţia echilibrată şi activitatea fizică joacă roluri de o egală importanţă, cât şi celor

care respectă într-o măsură mai mică aceste reguli sau nu le respectă deloc.

Deşi populaţia generală o reprezintă publicul larg, SRL *Unica Shaping Club* și prima revistă online pentru femei *Unica.md* au adoptat două direcţii mai importante în comunicare. Astfel, o direcţie vizează femeile cu vârsta de 25-50 de ani, iar cealaltă – tinerii. Deoarece în cadrul familiei femeia are cel mai mare interes faţă de alimentaţie, influenţând opiniile celor din jur, Programul social *Slăbește sănătos* a inclus, în prima sa componentă, activităţi destinate special femeilor. O a doua componentă o reprezintă patru femei selectate, cu o greutate mai mare de 100 kg, pentru care antrenamentul shaping și comportamentul alimentar fără risc joacă un rol hotărâtor atât în viaţa personală, cât și în determinarea nivelului de sănătate.

5**. *Planificare media***. În realizarea planului de media au fost parcurși următorii pași:

- *Alegerea canalelor media*. Principalul canal de comunicare în mediul online a fost website-ul *unica.md*. Alte forme de comunicare online au fost: *facebook.com*, *e-mailing*. Prin intermediul website-ului, consumatorii s-au putut informa cu privire la stilul de viaţă sănătos, au avut posibilitatea să citească ultimele noutăţi ale programului;
- *Selectarea suporturilor media*. Suporturile media folosite în cadrul programului au fost: link-uri, motoare de căutare, website-uri partenere, bannere publicitare și forumuri;
- *Stabilirea modalităţii de utilizare a suporturilor selectate*. Suporturile media folosite au fost înscrise în principalele motoare de cautare, iar mesajele și bannerele programului au fost valorificate prin website-uri partenere;
- *Achiziţionarea spaţiului publicitar*. În limita bugetului disponibil, mesajului social a fost promovat prin bannere și suporturi publicitare pe website-ul *unica.md* pe toată perioada programului.

6. ***Evaluarea eficienţei Programului*** social *Slăbește Sănătos* în mediul online. Eficienţa programului în mediul online a fost analizată prin următorii indicatori: numărul de vizitatori, numărul de solicitări în cadrul sesiunilor de întrebări și răspunsuri pe probleme de nutriţie și numărul de respondenţi ce au început să frecventeze *Unica Shaping Club* cel puţin de 2 ori pe săptămână de la primele rezultate ale programului expuse online.

Dacă în luna februarie accesările acestui site s-au mărit la 13500, în martie erau deja în număr de 15500, în aprilie – 17000. Dacă facem o comparaţie, pentru a informa aceste 17000 de femei și a schimba comportamentele lor cu risc, ar trebui să angajăm zilnic 1000 de troleibuze pentru a le aduna. După cum vedem, prin mediul virtual au fost create premisele unei comunicări mai rapide și mai eficiente.

Principalul indicator al eficienţei programului a fost sesiunea de întrebări și răspunsuri în rubrica *Discută cu Galina*, în revista online *Unica.md*, la care au participat 4400 de respondenţi. Rezultatele studiului au arătat că respondenţii sunt destul de preocupaţi de stilul lor de viaţă.

Astfel, pe 38% din respondenţii online îi preocupă problemele legate de alimentaţie și efortul fizic moderat; 25% sunt activi și atenţi la alimentaţie; 28% sunt sedentari și doresc o schimbare în comportamentul lor alimentar; 10% sunt indiferenţi faţă de stilul lor de viaţă.

În ceea ce privește vârsta, categoria persoanelor cu vârste cuprinse între 25 și 54 de ani este cea mai puţin preocupată de stilul de viaţă. Principalul motiv îl reprezintă lipsa de timp, cei mai mulţi fiind angajaţi cu normă deplină.

Concluzii

1. Întrucât planificarea activităţilor de marketing reprezintă o necesitate în orice organizaţie, au fost evidenţiaţi paşii ce trebuie să fie parcurși în realizarea unui program de marketing social. Totodată, a fost propus un model de program social în mediul online.

2. Campania de marketing social este justificată atunci când problema abordată afectează un număr semnificativ de persoane și necesitatea rezolvării ei este urgentă. Un moment benefic pentru organizaţie de a se implica într-o campanie de marketing social este acela când există o legatură între scopul organizaţiei și profilul campaniei de marketing social, când problema abordată este destul de importantă pentru clienţii acestei organizaţii, când vânzările ar avea de câștigat în urma schimbării comportamentului populaţiei [1, 4].

3. A fost analizată eficienţa componentei online a Programului social *Slăbește Sănătos*. Rezultatele au arătat că organizatorii au respectat etapele necesare programului de marketing online. Mai mult, eficienţa programului a confirmat necesitatea urmăririi acestor etape și în viitoarele programe de marketing social online. Prin mediul virtual au fost create premisele unei comunicări mai rapide și mai eficiente.

Bibliografie

1. Kotler P. *Social Marketing: Improving the Quality of Life*, San Francisco: Sage Publications, SUA, 2002.
2. Kotler P., Lee N. *Influencing Behaviors for Good*. III Ed., San Francisco: Sage Publications, SUA, 2008.
3. Westwood J. *Cum să concepi un plan de marketing*, Bucureşti: Editura Rentrop & Straton, 2007.
4. Eţco C. *Economia în Sănătate.* Chișinău: Epigraf, 2000.

Prezentat la 09.07.2013

SISTEMUL INFORMATIC *HOSPITAL MANAGER SCH* ÎN MANAGEMENTUL INSTITUŢIILOR SPITALICEŞTI

R. PUIA[1], V. FRUNZĂ[1], C. ABRAMIHIN[3], A. PUIA[2],
[1]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*,
[2]Universitatea de Stat din Moldova,
[3]Academia de Studii Economice din Moldova

Summary

Information System "Hospital Manager SCH" for hospital management

Integrated "Hospital Manager SCH" is designed and implemented in order to manage the whole process of recording information of patients from admission of patients until discharge or sending them to another medical institution. The software meets the applicable requirements of the health system of the Republic of Moldova. The system is equipped with a set of facilities for the collection, reporting and validation of patient-level data, including those directed at the insurance medicine in the DRG (CASE-MIX).

***Keywords**: medical information system, database, DRG (CASE-MIX).*

Резюме

Информационная система «Hospital Manager SCH» в управлении больницами

Комплексная информационная система «Hospital Manager SCH» разработана и реализована с целью управления процессом учета информации о лечебном процессе пациентов больничного учреждения, начиная от приема пациента до его выписки или перевода в другое медицинское учреждение. Программное обеспечение соответствует требованиям системы здравоохранения Республики Молдова. Система оснащена набором средств для сбора, представления и проверки данных на уровне пациента, включая данные страховой медицины DRG (CASE-MIX).

***Ключевые слова**: медицинская информационная система, база данных, DRG (CASE-MIX).*

Creşterea volumului de date medicale, evoluţia continuă în domeniul medical, necesitatea evaluării şi optimizării activităţilor din cadrul instituţiilor spitaliceşti impun implementarea tehnologiilor informaţionale în lucrul cotidian al personalului medical.

În anul 2004, Ministerul Sănătăţii al RM, împreună cu Departamentul Tehnologii Informaţionale, au elaborat, conform Hotărârii de Guvern nr. 1128 din 14.10.2004, *Concepţia Sistemului Informaţional Medical Integrat*, care reprezintă unul din documentele de baza în dezvoltarea tehnologiilor informaţionale în domeniul sănătăţii. Guvernul RM a aprobat planul dezvoltării societăţii informaţionale în Republica Moldova, în conformitate cu Strategia Naţională de Edificare a Societăţii Informaţionale *Moldova electronică*, aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 255 din 09.03.2005. În cadrul acestei strategii, compartimentul e-Sănătatea stipulează prerogative fundamentale de dezvoltare a domeniului menţionat.

Sistemul informaţional spitalicesc trebuie să fie situat într-un mediu spitalicesc care să susţină atât gestionarea datelor medicale din fişele pacienţilor, cât şi să furnizeze diverse informaţii manageriale de diferit nivel, care ar contribui la îmbunătăţirea managementului instituţiei şi calităţii îngrijirilor medicale acordate.

Sistemul informatic *Hospital Manager SCH*, destinat evidenţei tratamentului pacienţilor, este implementat într-o serie de instituţii spitaliceşti din ţară şi funcţionează pe parcursul a mai mulţi ani. Sistemul permite gestionarea procesului de evidenţă şi întreţinere a informaţiilor la fiecare din etapele tratamentului pacienţilor, prezentând un ansamblu integru de prelucrare a datelor referitoare la tratamentul pacientului, începând cu examinarea lui, internarea în spital şi terminând cu externarea sau transferul lor interspitalicesc.

Sistemul permite prelucrarea datelor conform secţiilor, posturilor, saloanelor, grupurilor înrudite de secţii, conform profilurilor de tratament şi de vârstă, tipurilor de asigurări şi de achitări. Sistemul informatic prezintă un set de subsisteme interactive, destinate posturilor de lucru ale personalului medical din secţiile de primire şi cele curative, din farmacia, laboratorul spitalului, din cabinetele radiologice şi de diagnostic funcţional, secţia operatorie, din blocul alimentar, secţia de informatică şi statistică medicală şi întreţine o interacţiune flexibilă între ele. Softul include concomitent evidenţa lucrului personalului medical implicat în procesul tratamentului.

Sistemul asigură un flux informaţional fluent în cadrul unei instituţii şi centralizează date clinice, medicale şi financiare despre fiecare pacient, de la programare până la facturare şi raportare.

Fiecare din componentele sistemului informatic este dotat cu funcţii de intrare-ieşire, de validare şi control al corectitudinii datelor, asigurând furnizarea fluxurilor de informaţii atât pe verticală, cât şi pe orizontală. Datorită acestui fapt şi graţie partajării funcţionalităţii sistemului între diferite secţii, solicitarea personalului medical scade şi creşte calitatea informaţiei referitoare la tratarea pacientului.

Luând în consideraţie nivelul actual de dotare a instituţiilor spitaliceşti cu tehnică de calcul, sistemul

este proiectat în aşa mod încât permite exploatarea locurilor de lucru atât în regim autonom, cât şi în reţea, în baza serverelor de baze de date. În caz că serverul principal din unele considerente nu este accesibil, sistemul permite funcţionarea continuă a posturilor de lucru, cu posibilitatea de transfer amânat al datelor sau cu trecerea la regimul de transfer manual al acestora prin intermediul unui suport. Sistemul informatic este dotat cu funcţionalităţi de deservire a bazelor de date de un personal fără o pregătire specială în domeniul bazelor de date.

Facilităţile menţionate îi oferă sistemului informatic o flexibilitate înaltă la totalizarea şi furnizarea informaţiei, fapt ce ridică nivelul calităţii deciziilor organizatorice şi manageriale în instituţia spitalicească.

Sistemul se adaptează necesităţilor diverselor unităţi medicale şi are abilitatea de obţinere a unei evidenţe în timp real a tratamentului pacienţilor, atât din punctul de vedere al situaţiei lor medicale, cât şi din punctul de vedere al costurilor serviciilor de care ei au beneficiat. Se face cunoscută în orice moment evoluţia stării clinice a pacientului (analize, investigaţii, diagnostic, tratament etc.), precum şi a activităţii personalului medical. În mod analogic, se pot obţine costurile serviciilor prestate unui anumit pacient, la un anumit moment, pe o anumită secţie sau centralizat la externarea acestuia; totodată, e posibilă raportarea respectivă la diferite niveluri, inclusiv în sistemul asigurărilor de sănătate.

Evidenţa diagnosticelor maladiilor pacienţilor se efectuează conform codurilor internaţionale CIM, revizia X.

Sistemul dispune de posibilitatea procesării informaţiei stocate după diferite criterii:

- conform perioadei analizei activităţii;
- conform grupurilor de statut al pacienţilor;
- conform secţiilor, posturilor sau saloanelor;
- conform tipurilor de asistenţă medicală acordată;
- conform diviziunilor şi departamentelor.

În sistem se duce evidenţa transferurilor pacienţilor din secţie în secţie, tipului şi locului decesului, se ţine cont de profilul pacientului, profilul secţiei, de tipul de plată şi de compania de asigurare.

În vederea protecţiei datelor personale ale pacienţilor şi ale personalului, softul este dotat cu un sistem de protecţie de acces neautorizat, care permite accesul personalului numai la datele pacienţilor trataţi în subdiviziunea respectivă şi dispune de posibilitatea identificării personalului în procesul de actualizare a datelor. Softul întreţine posibilitatea de arhivare a datelor şi lucrul cu ele, precum şi de mentenanţă a arhivelor.

Subsistemul secţiei de spitalizare din cadrul sistemului informatic *Hospital Manager SCH* permite completarea fişei pacientului în conformitate cu formele aprobate de Ministerul Sănătăţii al RM prin Ordinul 426 din 11.05.2012, în funcţie de complexitatea cazurilor (DRG şi CASE-MIX), evidenţa separată a adresărilor şi internărilor, permite imprimarea registrelor de evidenţă la internare şi în secţii, precum şi a altor formulare în conformitate cu necesităţile instituţiei. În scopul monitorizării cazurilor de urgenţă, în sistemul informatic a fost prevăzută perfectarea fişei pacientului (formular 003-4/e).

Softul include, pentru secţia de informatică şi statistică medicală, prelucrarea datelor la nivelul spitalului în baza informaţiei acumulate despre tratamentul, analizele, investigaţiile, procedurile, diagnosticele fiecărui pacient, efectuate în diferite subdiviziuni, şi permite generarea diverselor totalizări necesare procesului de gestionare a spitalului, colectarea datelor şi completarea unui set de forme electronice statistice pentru transmiterea lor către Centrul Naţional de Management în Sănătate, precum şi a altor centralizatoare prezentate instanţelor de resort, cum ar fi Ministerul Sănătăţii, Compania Naţională de Asigurări în Medicină şi altele. Suplimentar la rapoartele statistice, sistemul este dotat cu posibilitatea de a vizualiza şi completa în direct o serie de forme medicale, atât în bază de formulare, în forme libere, cât şi posibilitatea exportării în Excel a unora din ele (cum ar fi 30-săn. Anexa 1, Centralizator 016/e, Incapacitatea munci 16-săn şi altele).

În secţia statistică sunt accesibile următoarele funcţionalităţi:

- evidenţa tratamentului;
- evidenţa transferurilor în cadrul spitalului;
- externarea pacienţilor;
- mişcarea pacienţilor;
- analiza statistică a lucrului personalului medical;
- controlul veridicităţii datelor;
- rapoarte statistice.

Secţia statistică, prin intermediul subsistemului *Clasificatoare*, acumulează şi actualizează aşa informaţii ca: denumirile secţiilor, selectarea diagnosticelor, a operaţiilor, a anesteziilor, a procedurilor, a personalului medical etc., specifice instituţiei spitaliceşti.

Softul utilizat în secţiile curative conţine subsisteme distincte pentru lucrul medicilor, al asistentei superioare şi asistentelor de post. Fiecare din categoriile menţionate dispune de posibilitatea evidenţei tratamentului în limitele funcţiilor de serviciu la nivelul secţiei, postului şi salonului pacientului.

Personalul secţiei are posibilitatea de a accesa informaţia despre stocul preparatelor în farmacie, de a transmite comanda electronică a preparatelor în farmacia spitalului şi de a recepţiona bonurile de livrare din farmacie în aceeaşi formă. Comenzile secţiilor la farmacie sunt vizate electronic de medicul-şef, adjunct al spitalului.

Concomitent, în cadrul secţiei este realizată evidenţa transmiterii la post a preparatelor şi a administrării lor pacienţilor, procesul finisându-se cu perfectarea Bonului personificat. Comanda preparatelor în farmacia spitalului şi administrarea lor poate fi efectuată şi în baza foii de prescripţii medicale, perfectate în formă electronică.

La rândul său, foaia de prescripţii medicale în sistem poate fi completată de medicul curant atât manual, cât şi în baza standardelor medicale stocate în baza de date, în funcţie de diagnosticele principale şi cele concomitente. În caz de necesitate, medicul are posibilitatea de a combina ambele metode. În plus, medicul poate administra preparatele în conformitate cu anumite scheme de tratament. Softul dispune de un subsistem aparte pentru întreţinerea şi ajustarea standardelor de tratament.

Prin intermediul sistemului informatic *Hospital Manager SCH*, medicul poate indica pacientului investigaţiile de laborator şi explorările funcţionale necesare, iar după efectuarea lor în subdiviziunile respective poate să vizualizeze rezultatele. La externarea pacientului, în baza datelor stocate despre tratament, medicul are la dispoziţie mecanisme de perfectare a epicrizei, a extrasului de trimitere şi a altor documente. Medicii din secţiile chirurgicale au posibilitatea de a pregăti planurile, protocoalele şi descrierile operaţiilor pacienţilor.

Sistemul permite evidenţa şi prelucrarea datelor despre mesele prescrise pacienţilor pe parcursul tratamentului şi prezentarea operativă din secţii a acestor date blocului alimentar al instituţiei.

În cadrul sistemului informatic *Hospital Manager SCH*, pentru laboratorul spitalului este realizată evidenţa şi prelucrarea informaţiei de laborator pentru o largă varietate de aplicaţii clinice.

Subsistemul destinat secţiei de imagistică oferă posibilitatea procesării imaginilor şi stocării lor în sistem şi transmiterea imaginilor în secţii, pentru analiza lor de către medic.

În secţia operatorie, subsistemul include posibilităţi de perfectare a certificatului de concediu medical sau a certificatelor pentru elevi şi studenţi şi de prelucrare statistică a datelor despre ele.

În farmacia spitalului, softul întreţine posibilitate de a opera atât cu denumirile comune internaţionale (DCI), cât şi cu cele comerciale ale preparatelor conform formelor farmaceutice, dozărilor, divizărilor, ambalajelor şi corespunde Nomenclatorului de Stat al Medicamentelor. În sistem e realizată evidenţa seriilor şi termenelor de valabilitate ale preparatelor, precum şi a analizei consumului lor în conformitate cu diverse criterii.

Softul e dotat cu mecanisme de evidenţă a intrărilor şi eliberărilor din farmacia spitalului, de primire a comenzilor din secţii, formarea în baza lor a bonurilor de livrare, evidenţa bonurilor de retur din secţii şi a actelor de decontare. Evidenţa intrărilor în farmacie poate fi efectuată atât în baza facturilor de livrare, cât şi în baza contractelor încheiate cu furnizorii.

Datele despre circulaţia preparatelor în cadrul instituţiei pot fi livrate contabilităţii, în scopul evidenţei contabile. De aceleaşi posibilităţi dispune fiecare din subdiviziunile care sunt deservite de farmacia spitalului. În secţiile curative se efectuează evidenţa nominală a preparatelor administrate, cu perfectarea Bonului personificat.

Pentru realizarea Ordinului 122-A/683 din 03.07.12 în aspectul modalităţii de codificare, colectare, raportare şi validare a datelor la nivel de pacient în cadrul DRG (CASE-MIX), în sistem a fost elaborat un instrumentar de evidenţă a serviciilor medicale în mediul DRG, cu generarea datelor pentru transmiterea în sistemul DRG şi recepţionarea datelor din sistemul DRG. De asemenea, pentru realizarea Ordinului nr. 199 din 01.03.2013 al Ministerului Sănătăţii privind desfăşurarea procesului de monitorizare a cazurilor de urgenţe pediatrice, în sistem a fost inclus instrumentarul de colectare şi transmitere în formă electronică la Compania Naţională de Asigurări în Medicină a datelor de raportare.

În scopul gestionării, întreţinerii şi deservirii întregului sistem, precum şi al protejării informaţiei, sistemul informatic *Hospital Manager SCH* dispune de un soft specializat în deservirea bazelor de date. El dispune de următoarele funcţionalităţi:

- efectuarea copiilor de siguranţă;
- repararea bazelor de date;
- reinstalarea programelor;
- copierea clasificatoarelor;
- arhivarea şi actualizarea datelor.

Interfaţa softului este elaborată în limba de stat şi dispune de posibilitatea de a extrage toate datele necesare pentru totalizările rezultatelor evidenţei tratării pacienţilor, cu includerea lor în dările de seamă ale IMSP.

Softul utilizează calculatoare-standard în calitate de posturi de lucru ale personalului spitalului (dotate cu MS Windows XP şi mai recente), cu cerinţe minime faţă de parametrii calculatoarelor, şi permite

trecerea de la un mediu de exploatare la altul (cum ar fi, de exemplu, Remote desktop etc.).

Bibliografie

1. Frunză V., Abramihin C., Avros R., Puia R., Dumitraşcu M. *Unele aspecte ale realizării sistemului de evidenţă a informaţiei despre tratarea pacienţilor în instituţiile spitaliceşti*. În: Materialele Conferinţei Internaţionale BIT+ „Tehnologii Informaţionale – 2006", Chişinău, 2006.
2. Frunză V., Puia R. *Certificat de înregistrare a obiectelor ocrotite de dreptul de autor şi drepturile conexe*, Seria PC nr. 2928/2105 din 08.12.08 *Hospital Manager*, Agenţia de Stat pentru Proprietate Intelectuală, Chişinău, 2008.
3. Purcărea Victor Lorin. *Managementul sistemului informaţional spitalicesc*, Bucureşti: Editura Universităţii *Carol Davila*, 2007.
4. Tintiuc Dumitru, Grossu Iurie. *Sănătate Publică şi Management*, Chişinău: CEP *Medicina*, 2007.

Prezentat la 3.07.2013

ИСПОЛЬЗОВАНИЕ ПРИНЦИПОВ ЭКОЛОГИЧЕСКОГО МЕНЕДЖМЕНТА КАК ФАКТОР ЭФФЕКТИВНОСТИ РЫНКА

Елизавета РЯБОВА, Константин ЕЦКО,
Catedra *Economie, Management şi Psihopedagogie în Medicină*,
USMF *Nicolae Testemiţanu*

Summary

The using of ecological management principles as a factor of market efficiency

The article is dedicated to the ecological effectiveness research, which is very important for modern market mechanism. We also make attention to the relationship between general management and quality management, as well their links with ecological management. The authers show also some criteria of evaluation of environment protection activity, quality norms of environment and resources, ecologic efficiency indicators.

Keywords*: ecological management, general management, quality management, market efficiency.*

Актуальность темы. Человечество обладает множеством благ, связанных с бурным развитием научно-технического прогресса (НТП), и в то же время приблизилась возможность экологической катастрофы. Сегодня обострилось основное противоречие между ограниченностью всех видов ресурсов и ростом человеческих потребностей, и оно особенно остро проявляется в области потребления природных ресурсов. Обострилось и антропогенное воздействие на природную среду.

Проблемы возникают в результате такого взаимодействия природы и человека, при котором антропогенная нагрузка на территорию (ее определяют через техногенную нагрузку и плотность населения) превышает экологические возможности этой территории, обусловленные главным образом ее природно-ресурсным потенциалом и общей устойчивостью природных ландшафтов (комплексов, геосистем) к антропогенным воздействиям.

Обострилась и проблема экологичности производства продукции, безопасности для людей и для окружающей среды в целом. Экономический и экологический подходы к оценке результатов человеческой деятельности прямо противоположны: экономисты оценивают эти результаты с точки зрения увеличения объемов производства и роста потребления, а экологи – с точки зрения ущерба, нанесенного природе и здоровью человека.

Взаимосвязь показателей здоровья населения с экологическими факторами (в том числе с воздействием деятельности предприятий на экологию человека и среды) давно доказана и сегодня активно исследуется в ряде развитых стран мира.

Между тем, для адекватной оценки степени воздействия человека на природу должны использоваться совокупные эколого-экономические показатели.

В последние годы, в рамках Общего Менеджмента возникло новое направление – Экологический Менеджмент, который, с другой стороны, очень тесно связан с менеджментом качества, более того, можно даже сказать, что сам Менеджмент Качества является сегодня лишь другим, особым воплощением экологического менеджмента. Качественно лишь то, что экологично, а то, что экологично, качественно, при чем для всех субъектов экономики – для производителей, для потребителей, для окружающей среды, населения, государства.

Материал и методы. Были использованы методы сравнительного анализа, системный подход, логика, теоретические исследования. Был изучен ряд библиографических источников, схем и графиков.

Результаты и дискуссии. Прогрессивное общественное развитие у нас прочно ассоции-

руется с экономическим ростом. Экономический рост углубляет экологические проблемы. Противодействовать прогрессу производства губительно: производство и потребление в смысле воспроизводства человека совпадают, их неразрывная связь закреплена в экономических категориях «производительное потребление» и «потребительское производство».

Выходом из этого замкнутого круга может стать пересмотр стратегии экономического роста в пользу стратегии устойчивого развития и создания новой прогрессивной технологии.

Если проанализировать экономическую статистику большинства развитых стран, то она чаще всего свидетельствует о росте производства и повышении благосостояния населения. Общемировой показатель производства товаров и услуг увеличился на 20% за последнее десятилетие. Производимый на планете валовый продукт увеличился по сравнению с серединой XX века почти в пять раз [2].

Экономисты оптимистичны в своих прогнозах на будущее. Экологи считают, что рост экономического развития компенсировался в сторону отрицательных величин ухудшением среды обитания человека и стремительной деградацией его самого.

Еще сравнительно недавно медицина четко проводила грань между 2-мя состояниями человека – здоровьем и болезнью. Сейчас в медицинской науке появился новый термин – «третье состояние», который относится к людям, пребывающим на грани между болезнью и здоровьем. В третьем состоянии, по данным социологов, пребывают 60-70% жителей планеты. В настоящее время 40-50% молодых матерей не в состоянии выкормить детей своим грудным молоком [3].

Национальная статистика Республики Молдова свидетельствует о том, что неуклонно увеличивается выброс вредных веществ в атмосферный воздух стационарными источниками (в том числе работающими предприятиями) с 15,2 тыс. тонн в 2000 году до 20,5 тыс. тонн в 2007 году (в том числе, двуокись серы, окись азота, окись углерода), в 2007 году на 25 тыс. тонн повысился выброс веществ автотранспортом; повышается загрязненность воздуха городов Молдовы: всего за 3 года (2004–2007 гг.) в 11,2 раза возросло число дней превышения предельно допустимой концентрации вредных веществ в атмосфере города Кишинева, в несколько раз этот показатель увеличился в Бельцах, Рыбнице, Тирасполе [1].

Растет и число токсичных отходов на предприятиях, а цифры по их вторичному использованию невелики. В то же время инвестиции на охрану окружающей среды, хотя и увеличились начиная с 2001 года, еще не достигли уровня этого года, т.е. 6060,0 тыс. лей. Практически не инвестируются средства на утилизацию и захоронение токсичных отходов. Стоимость ОПФ (основных производственных фондов) для ООС (охраны окружающей среды) сегодня меньше, чем в 1999 году, когда она составила 1089,6 млн. лей [1].

Уровень загрязнения атмосферы по республике составляет 93%, в Кишинёве – 96%. Лесных массивов сейчас меньше, чем 20 лет назад: лишь 12% территории РМ покрыто лесами (данные 2012 года) [6].

Центр Исследований экологической устойчивости Йельского Университета провёл очередное исследование экологической ситуации в мире и подготовил рейтинг экологичности стран мира (Environment Performance Index-EPI). При составлении рейтинга использованы 22 параметра (качество воды, воздуха, влияние окружающей среды на здоровье человека, выброс вредных веществ и т.п.).

Молдова занимает 108 место в данном рейтинге, и это ниже среднего уровня. Жизнеспособность экологической системы Молдовы оценивается в 38,7 баллов по 100-балльной шкале, 8,2 балла – по биоразнообразию. Состояние водных ресурсов оценивается в 22,3 балла (88 место) [7].

По данным на 11.02.2013, на встрече с премьер-министром Молдовы, министр окружающей среды республики выделил следующие экологические проблемы: снижение нанесения вреда экологии предприятиями, воспитание бережного отношения к природе, привлечение инвестиций для решения экологических проблем. За 2010-2012 годы более 130 тыс. хозяйств было подключено к системе водоснабжения. В целом, Министерство окружающей среды Молдовы разработало более 70-и проектов для улучшения экологической ситуации в республике [8].

Проблемы экологического менеджмента, такие, как орошение, изменение климата, отходы, водоснабжение и канализация были определены как приоритетные для Министерства окружающей среды на ближайшие 3 года (2013-2016) в ходе встречи главы экологического ведомства с руководителем Департамента устойчивого развития для стран Европы и Центральной Азии Всемирного Банка Ласло Ловей [9].

Но дело не только и не столько лишь в этих малообнадеживающих цифрах. Дело, прежде всего, в нарастании нового противоречия новой

эпохи: коренном на сегодняшний день различии в экономическом и экологическом подходах к оценке хозяйственной деятельности.

Нам кажется, на сегодня это одно из наиболее острых глобальных противоречий рынка. Экономика не должна противоречить экологии, экологические подходы должны быть встроены в экономические модели по схеме: «Выгодно экономически то, что экологично».

Экологический менеджмент призван стать наукой и практикой предприятий настоящего и ближайшего будущего. Конкурентоспособными в этом будущем станут экологичные производства с качественными результатами.

В Российской литературе (в том числе, в переводах документов 180 14000) термин «Экологический менеджмент» заменен на термин «Управление качеством окружающей среды» (иногда применяется термин «Экологическое управление») [2; 3].

На основе анализа существующих нормативных документов, учебно-методической литературы, практики деятельности, для этих понятий можно выделить существенные отличия. Например, экологическое управление осуществляется государством и экономическими субъектами, а экологический менеджмент – более практическое понятие (для экономических субъектов).

К основным функциям экологического управления и менеджмента относится:

- обоснование экологической политики и обязательств;
- планирование экологической деятельности;
- организация внутренней и внешней экологической деятельности;
- управление персоналом;
- управление воздействием на окружающую среду и использованием ресурсов;
- внутренний экологический мониторинг и экологический контроль;
- анализ и оценка результатов экологической деятельности;
- пересмотр и совершенствование системы экологического управления и экологического менеджмента.

Понятие «Система экологического менеджмента» впервые было четко определено в BS 7750 (Environmental management System) в 1992 году, как часть общей системы менеджмента, включающая организационную структуру, планирование, распределение ответственности, практическую работу, цели, задачи, процедуры, ресурсы и т.д. (ISO 14001 – Environmental management Syste Specification with guidance for us. Definitions; 3.5 – Environmental management System) [5].

Нам представляется целесообразной идея о том, что, по аналогии с системой TQM (Total Quality Management), выработка экологической эффективности, как и качественных показателей, должна начинаться еще на «предстадиях» производства, т.е. еще при разработке и при обосновании проектов нового производства и продукта.

Что же такое это новое понятие «Экологическая эффективность»?

Экологическая эффективность – это эффективность с экологической точки зрения всего проекта в целом.

Ее основные характеристики:

- экологическая эффективность продукции:
- для непосредственных производителей;
- для потребителей;
- для окружающей среды, общества;
- экологическая эффективность для тех же параметров (для непосредственных производителей, для окружающей среды, общества, для потребителей);
- экологическая эффективность утилизации отходов, степень их возвратного использования;
- степень вмешательства в природу, в экосистему со стороны производства;
- нормативы и абсолютные объемы затрат дефицитных природных ресурсов, субститутность сырья;
- степень ущерба окружающей среде и обществу от послепродажного использования и утилизации продукции;
- степень возвратности тары, упаковки, степень ее инвертности в биотопливо и другие ресурсы;
- сквозной и гибкий характер методов контроля экологической эффективности от дизайна до послепродажного обслуживания на всех стадиях ЖЦТ (жизненного цикла товара);
- включение экологического контроля и экспертизы в TQM на предприятии, в Систему Качества;
- создание максимально безотходных производств, когда недопустима ситуация:

$$Q\ отх. > Q\ кон.пр.,$$

где $O_{отх}$. – объем отходов,
О кон. пр. – конечный продукт;

- минимизация экологических рисков как основная цель.

Количественно-экологические риски пред-

ставляют собой реальные или потенциальные величины ущерба (потерь), наносимого состоянию внешней и внутренней среды предприятия, обществу в целом, потребителям и производителям.

Качественно они бывают обратимыми и необратимыми, допустимыми, критическими, катастрофическими. С точки зрения ущерба самой фирмы; абстрагируясь от других элементов, во владении фирмы – ее имущество (капитал, фонды) и прибыль. С точки зрения потери данных элементов риски бывают допустимые, критические, катастрофические. С точки зрения проявления в разных сферах они бывают производственные, коммерческие, ссудно-банковские.

В **заключение**, считаем целесообразным назвать некоторые критерии оценки природоохранных мероприятий:

1. Показатели вовлечения ресурсов в хозяйственный оборот по целевому назначению;
2. Нормативы качества среды и ресурсов;
3. Показатели нормативной и фактической эффективности (продуктивности) ресурсов – ресурсоотдача (R1) и ресурсоемкость (R2).

R1 = Pr/∑R x 100;

R1 = Q/∑R x 100;

R2 = ∑R/Pr x 100;

R2= ∑R/Q x 100,

где: *Q* – объем выпуска; P_2 – прибыль; ∑R – сумма вовлеченных природных ресурсов.

4. Размеры ущерба хозяйству региона и страны, фирме, потребителям;

5. Сравнительная экологическая эффективность – соотношение социально-экономического эффекта от применения экологических мероприятий с затратами на них. Однако это подсчитать затруднительно, поэтому считаем возможным применить следующие показатели:

$Э_1$ = (Чистая прибыль от реализации продукции / Себестоимость продукции до внедрения экологического проекта) x 100%

Аналогично подсчитывается и ***$Э_2$*** – эффективность после внедрения экологического проекта. При этом учтем, что прибыль может увеличиваться за счет привлечения новых покупателей (аттрактивность «экологического качества»);

6. Показатели состояния здоровья населения, работников, потребителей.

В завершение скажем, что экологическое качество, так же, как качество вообще, может рассматриваться, согласно подходу Донабедиана (4), с трех сторон:

I – Структура (ресурсы);

II – Процесс (технологии);

III – Результат (экологическое качество).

Отдельным очень важным моментом для исследования является система стимулирования в экологическом менеджменте.

Литература

1. *Anuarul Statistic al Moldovei*. Статистический ежегодник Молдовы. Кишинев, 2009, с. 21-26.
2. Гирусов Э. В., Бобылев С. Н. и др. *Экология и экономика природопользования*. Москва: Юнити, 2000, с. 18.
3. Гусева Т. В., Хачатуров А Е. и др. *Добровольная экологическая деятельность: неиспользуемые возможности*. Москва: Эколайн, 1999, 37 с.
4. Донабедиан А. *Качество ухода: как можно его оценить?* В: Журнал Американской Медицинской Ассоциации, Москва: Юнити, 2008, с. 26-27.
5. Макаров С. В., Гусева Т. В. *Экологический менеджмент*. Москва: Эколайн, 1998, с. 4.
6. vse.md/index./1108 09.11.2012.
7. www.infomarket.md/1108.
8. ad.md/politica/76 11.02.2013.
9. www.newsmoldova.ru 05.03.2013.

Prezentat la 19.06.2013

CONSIDERENTE STRATEGICE ÎN DEZVOLTAREA FORŢEI DE MUNCĂ DIN SĂNĂTATE

Oleg GALBUR,
Şcoala de Management în Sănătate Publică

Summary

Strategic considerations in health workforce development

This article describes the demographic situation in the Republic of Moldova and health human resources situation, including set of proposals for public authorities' decision making process. Demographic decline, aging population, rural depopulation and other features specific to demographic process has a major impact on the evolution of epidemiology, the education quality and development of the health workforce. This phenomenon requires on-going need of human health capital optimization, gradual adjustment to the current demographic realities and projected scenarios.

Keywords*: demography, population, morbidity, human resources for health.*

Резюме

Стратегические соображения развития кадровых ресурсов здравоохранения

Статья описывает развитие демографических процессов в Республике Молдова и человеческих ресурсов здравоохранения, а также выдвигает ряд предложений для принятия решений органами власти. Сокращение численности населения, старение, депопуляция сельской местности и другие особенности демографических процессов оказывают существенное влияние на эпидемиологический процесс, а также на качество подготовки человеческих ресурсов для здравоохранения. Это явление требует дальнейшего совершенствования управления человеческими ресурсами здравоохранения, постепенной адаптации к существующим демографическим реалиям и к прогнозируемым сценариям.

Ключевые слова*: демография, население, заболеваемость, человеческие ресурсы здравоохранения.*

Introducere. În condiţiile dificultăţilor economice actuale şi constrângerilor financiare, care nu se vor atenua semnificativ în următorii ani, sistemul naţional de sănătate urmează să-şi identifice din interior soluţii pertinente pentru dezvoltarea continuă a calităţii serviciilor de sănătate, pentru creşterea accesibilităţii asistenţei medicale şi ameliorarea indicatorilor de sănătate. Eficientizarea tuturor componentelor de activitate, planificarea argumentată şi gestionarea raţională a resurselor, optimizarea mecanismelor de prestare a serviciilor medicale, modernizarea şi transparenţa procesului decizional sunt vectorii care pot orienta sistemul de sănătate spre dimensiuni noi.

În acest sens, rolul crucial revine eficientizării resurselor umane, care sunt una dintre cele mai importante componente ce determină performanţa sistemului de sănătate, dar şi care consumă cea mai mare parte din bugetele naţionale ale sănătăţii (remunerarea muncii, formare şi dezvoltare profesională etc.) [1, 2]. Pentru ca intervenţiile în acest sens să asigure condiţiile necesare dezvoltării echilibrate şi valorificării depline a potenţialului uman, ele trebuie să fie bazate pe gândire sistemică, raţionament economic, planificare argumentată şi analize previzionale [3, 4, 5, 6].

Conform rezultatelor mai multor cercetări în domeniu, dezvoltarea resurselor umane în sănătate este influenţată atât de factori externi (sociodemografici, epidemiologici, geografici, politici, financiar-economici, culturali), cât şi de factori interni (politici şi strategii de dezvoltare, sistemul de livrare a serviciilor de sănătate, particularităţile specifice de dezvoltare ş.a), cele mai mari presiuni asupra forţei de muncă în sănătate ţinând totuşi de evoluţia procesului demografic [7, 8].

Astfel, anticiparea acţiunii evoluţiei demografice asupra dezvoltării în perspectivă a societăţii în ansamblu este elementul de bază de la care urmează a fi lansate obiectivele pentru viitor în sistemul de sănătate [9]. Ipotetic, putem presupune că evoluţia proceselor demografice influenţează direct, în aspect cantitativ şi calitativ, spectrul ambelor componente de bază ale sistemului de sănătate: beneficiarii serviciilor de sănătate şi prestatorii acestor servicii/forţa de muncă în sănătate. Tendinţele demografice, determinând modificări în evoluţiile epidemiologice, ar putea să se răsfrângă asupra efectivului potenţialilor beneficiari ai serviciilor de sănătate, ceea ce va necesita adaptarea spectrului forţei de muncă din sănătate. În acelaşi timp, resursele umane din sănătate, ca parte componentă a societăţii, vor suporta aceleaşi presiuni din partea proceselor demografice ca şi sociatatea în ansamblu (*figura 1*).

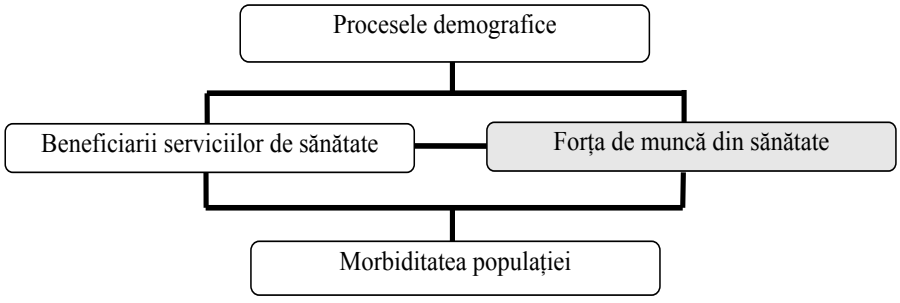


Figura 1. *Interrelaţiile dezvoltării forţei de muncă în sănătate*

În același timp, rezultatele unor cercetări privind evoluția atractivității profesiei medicale au demonstrat că tendințele demografice influențează direct sistemul educațional, precum și capacitatea acestuia de generare a forței de muncă pentru toate ramurile economiei naționale, inclusiv pentru sistemul de sănătate [10].

În aceste condiții, forța de muncă din sănătate urmează nu numai să-și mențină capacitatea și performanța, dar și să se ajusteze continuu schimbărilor efectivului și spectrului beneficiarilor de servicii medicale. Proiecția necesităților de perspectivă a resurselor umane din sănătate, inclusiv în baza estimărilor demografice, cel puțin pentru următorul deceniu, ar permite luarea unor decizii argumentate, pentru a asigura necesitățile, eficiența și randamentul scontat al potențialului uman disponibil.

O problemă stringentă pentru sistemul național de sănătate este distribuirea neuniformă a resurselor umane, atât geografic, cât și pe specializări, aceasta fiind una dintre cauzele principale ale accesului inechitabil al populației la servicii de sănătate [11]. Morbiditatea populației are un spectru foarte variat, și nu doar pe diverse nosologii, dar și din punct de vedere geografic, în pofida dimensiunilor geografice reduse ale țării [12]. Deși resursele umane nu sunt unicul factor care determină evoluția indicatorilor de sănătate, totuși mai multe cercetări aduc dovada unor legături directe între numărul de lucrători în domeniul sănătății și starea de sănătate a populației [13, 14]. Astfel, deși conturarea unor tendințe ale evoluției indicatorilor de sănătate în funcție de prezența/lipsa medicilor este o precondiție obligatorie pentru o planificare eficientă a resurselor umane și pentru ajustarea continuă a spectrului de medici-specialiști la necesitățile reale ale sistemului de sănătate, în viziunea autorului, acest subiect este deseori neglijat și puțin elucidat de cercetătorii autohtoni.

Or documentele de politici privind dezvoltarea resurelor umane din sănătate stabilesc drept obiectiv prioritar utilizarea rațională a potențialului uman disponibil și planificarea resurselor umane în funcție de necesitățile reale ale sistemului, dar principiile actuale de planificare rămân în continuare defectuoase. Având drept punct de reper exclusiv posturile vacante din sistemul public al sănătății, planificarea resurselor umane este bazată pe tradiții, standarde formate în timp, influențe administrative, dar nu pe principii argumentate științific, adaptate la realitățile actuale și necesitățile de perspectivă ale sistemului de sănătate, la evoluțiile prognozate ale indicatorilor de sănătate și proceselor demografice.

Astfel, proiectarea acestui studiu a pornit de la necesitatea elaborării unor recomandări pentru planificarea și dezvoltarea forței de muncă în sănătate, în contextul perspectivelor demografice, epidemiologice și socioeconomice. În acest scop au fost evaluate, analizate și conturate tendințele generale ale elvoluței demografice, precum și implicațiile eventuale asupra spectrului de beneficiari ai serviciilor de sănătate și forței de muncă în sănătate, dar și a evoluției morbidității populației prin prisma asigurării cu medici-specialiști.

Materiale și metode. Evaluarea proceselor demografice în Republica Moldova, pe parcursul ultimului deceniu, s-a efectuat în baza datelor statistice oficiale, precum și a rezultatelor cercetărilor relevante din ultimii ani la acest subiect. Tabloul demografic al resurselor umane din sănătate (medici), evoluția principalilor indicatori de sănătate, impactul distribuirii neuniforme a medicilor asupra morbidității populației au fost conturate în baza analizei datelor statistice și informațiilor oficiale la acest capitol, a cercetărilor științifice relevante din ultimii ani în domeniul respectiv, cercetărilor proprii, precum și a informațiilor disponibile în bazele de date despre sănătate naționale și europene.

Rezultate și discuții

Evoluția principalilor indicatori demografici. Pe parcursul ultimului deceniu, populația totală a Republicii Moldova s-a redus cu cca 53 000, iar populația prezentă s-a micșorat, în special, după anul 2005, ca urmare a degradării demografice continue, intensificării proceselor migratorii și orientării fluxului preponderent spre exterior (*figura 2A*). Ponderea populației urbane în anul 2012 a constituit 41,7% (cel mai redus nivel în regiunea europeană), ceea ce denotă subdezvoltarea economică a țării. Contrar tendințelor globale, populația urbană s-a redus în ultimul deceniu mai mult decât cea rurală, iar acest proces de ruralizare relativă a populației este de asemenea un indicator nefavorabil. Analiza repartizării teritoriale a populației scoate în evidență unele particularități, cum ar fi concentrarea populației în zona Centru, preponderent în mun. Chișinău, cea mai importantă zonă economică din țară [15].

Structura populației pe grupe de vârstă poartă amprenta caracteristică unui proces de îmbătrânire demografică, adică creșterea ponderii persoanelor vârstnice și reducerea ponderii persoanelor în vârstă de 0-14 ani. În ultimul deceniu, ponderea grupei de vârstă 0-14 ani s-a redus cu cca 6%, iar ponderea populației vârstnice a crescut cu cca 2%. Din cauza nivelului înalt al mortalității bărbaților în vârstă aptă de muncă, procesul îmbătrânirii populației este caracteristic preponderent pentru femei, care actualmente constituie mai mult de 60% în structura populației cu vârstă de 65 ani și mai mult. Deși

numărul populaţiei apte de muncă este în creştere, prognozele arată că în anii următori acest indicator se va reduce treptat (*figura 2B*).

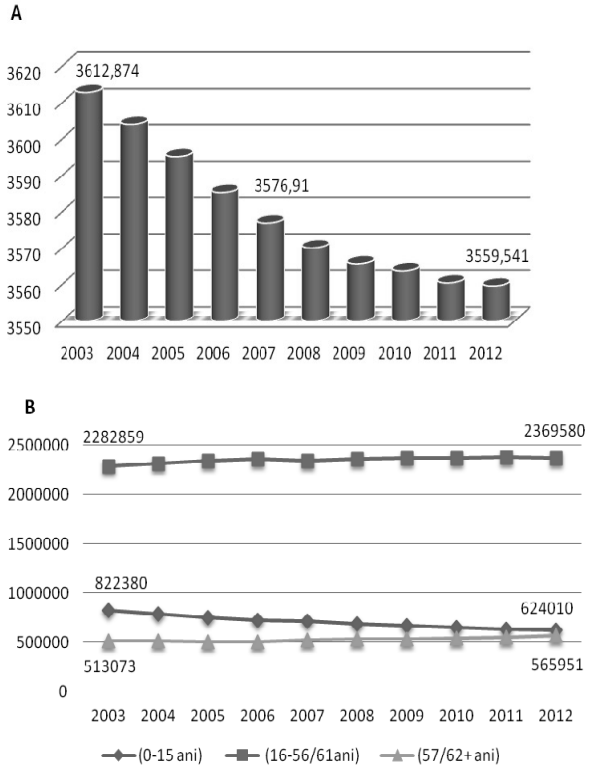


Figura 2. *Evoluţia numărului total (A) şi pe grupe de vârstă a populaţiei (B) (abs.)*

Populaţia de sex masculin, în mediul urban, în ultimii ani se caracterizează ca fiind relativ tânără (grupele de vârstă de peste 60 de ani constituie cca 10%), iar în mediul rural a depăşit pragul de îmbătrânire, constituind 12%. Populaţia feminină urbană cu vârstă peste 60 de ani constituie cca 13,5%, iar în mediul rural se caracterizează printr-un grad înalt de îmbătrânire (17,8%), ceea ce denotă că fenomenul îmbătrânirii populaţiei este determinat preponderent de îmbătrânirea populaţiei feminine rurale [16, 17, 18].

Structura populaţiei pe sexe este destul de inertă, deşi se conturează o tendinţă de micşorare a dezechilibrului pe sexe a populaţiei, în special în mediul urban. Din numărul total al populaţiei, cca 51,9% sunt femei, în ultimul deceniu acest raport reducându-se treptat, procentajul bărbaţilor fiind în creştere uşoară. Corelaţia procentuală între femei şi bărbaţi s-a redus de la 108,8% în anul 2003 până la 107,9 în 2012, fenomen caracterizat ca unul nefavorabil din punct de vedere al perspectivelor demografice [15, 16, 18].

Rata natalităţii se încadrează în limitele medii europene ale acestui indicator, fără excepţii semnificative de la evoluţia fenomenelor demografice înregistrate pe plan european. Însă indicatorul sumar al natalităţii rămâne cu mult mai scăzut decât nivelul necesar pentru simpla reproducere demografică prin succesiunea generaţiilor. Creşterea ratei natalităţii în ultimii ani s-a datorat, în general, numărului temporar mare al femeilor de vârsta fertilă, acest indicator înregistrând valori mai mari în raioane şi mai mici în municipii.

Rata mortalităţii a avut o evoluţie instabilă în ultimul deceniu, conturându-se următoarele particularitati specifice: mortalitatea are o tendinţă descendentă, deşi valoarea ei rămâne relativ înaltă, în comparaţie cu ţările economic avansate; rata mortalităţii masculine prevalează rata mortalităţii feminine. Se menţin în continuare diferenţe între ratele mortalităţii generale pe medii de reşedinţă, ceea ce se explică prin procesul mai accentuat de îmbătrânire demografică a populaţiei din mediul rural. Respectiv, sporul natural al populaţiei a variat în ultimul deceniu între valori negative şi doar în anul 2011 a fost egal cu zero, ca urmare a echilibrului între ratele natalităţii şi mortalităţii [17].

Speranţa de viaţă la naştere, în ultimul deceniu, s-a majorat în medie cu cca 2 ani pentru ambele sexe; această tendinţă de creştere se va menţine şi în viitor, fiind un proces caracteristic ţărilor europene.

Însă creşterea speranţei de viaţă, pe fundalul reducerii ratei de fertilitate, determină îmbătrânirea populaţiei. Speranţa de viaţă a femeilor este cu cca 8 ani mai mare decât a bărbaţilor, acest fenomen datorându-se nivelului mai înalt al mortalităţii bărbaţilor. Datorită nivelului diferenţiat al mortalităţii, speranţa de viaţă la naştere a populaţiei urbane este mai mare decât a celei din mediul rural cu cca 3,6 ani, atât la bărbaţi, cât şi la femei (*figura 3 A*). Vârsta medie a populaţiei a crescut de la 34,4 ani în anul 2003 până la 36,7 în anul 2011, iar conform prognozelor această tendinţă se va menţine şi în viitor (*figura 3B*) [18].

Deşi tendinţa de creştere a vârstei medii este caracteristică ambelor sexe, totuşi acest indicator prevalează la femei, în anul 2011 constituind 38,3, comparativ cu 35,1 la bărbaţi, ceea ce denotă că procesul de îmbătrânire prevalează la femei. Evoluţia procesului de îmbătrânire se caracterizează prin anumite particularităţi specifice, şi anume: decurge mai intens la femei decât la bărbaţi, datorită speranţei de viaţă mai mari a populaţiei feminine; decurge mai intens în mediul urban comparativ cu cel rural, datorită speranţei de viaţă mai mari în localităţile urbane. Coeficientul îmbătrânirii populaţiei în perioada de referinţă a avut o evolutie instabilă, cu o tendinţă de micşorare până în anul 2006 şi cu o tendinţă de creştere în ultimii ani, ajungând în anul 2011 până la valoarea de 14,8 (valoarea acestui indicator de 12,0 şi mai mult clasifică populaţia drept una îmbătrânită) [17, 18, 19].

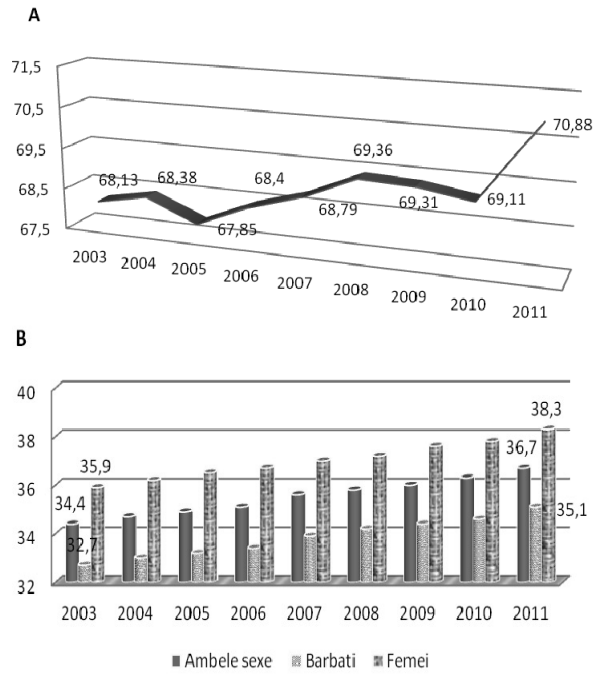


Figura 3. *Evoluţia speranţei de viaţă la naştere (A) şi a vârstei medii a populaţiei (B) (ani)*

Indicii sarcinii demografice şi îmbătrânirii populaţiei în plan teritorial confirmă tendinţele de îmbătrânire a populaţiei la nivel naţional, ceea ce în viitor va avea implicaţii *economice* (reducerea numărului populaţiei în vârstă aptă de muncă, limitarea şi îmbătrânirea resurselor umane disponibile), *sociale* (micşorarea contingentului de copii pentru instituţiile de învăţământ, necesitatea adaptării sistemului de sănătate şi de pensionare sub influenţa procesului de îmbătrânire) şi *demografice* (reducerea ratei natalităţii, creşterea ratei mortalităţii, determinată de procesul de îmbătrânire a populaţiei; micşorarea ratei de nupţialitate şi creşterea ratei de divorţialitate etc.) [20, 21].

Estimările evoluţiei numărului populaţiei prevăd o reducere considerabilă a numărului poplaţiei Republicii Moldova în următorii 20 de ani. Conform prognozelor moderat pesimiste, către anul 2020 numărul populaţiei va fi de cca 3.502.945 sau cu cca 62.659 mai puţin comparativ cu anul 2011, fără a lua în calcul mişcările migratorii. Numărul populaţiei va fi în scădere continuă, iar procesul de îmbătrânire demografică va atinge proporţii extrem de mari. Treptat se va reduce natalitatea, din cauză intrării în vârsta reproductivă a generaţiilor feminine puţin numeroase, născute la sfârşitul secolului trecut, ceea ce va influenţa decisiv evoluţia numărului populaţiei în prima jumătate a acestui secol. Aceste generaţii vor determina efectivul populaţiei feminine de vârstă fertilă şi, implicit, numărul de copii născuţi în următoarele decenii. Conform prognozelor demografice, valul de îmbătrânire considerabilă se va produce începând cu anul 2015, când ponderea persoanelor cu vârsta de 0-14 ani se va egala cu ponderea persoanelor cu vârsta de 60 de ani şi mai mult, iar ulterior prima variabilă va fi în descreştere, iar a doua – în creştere [22] (*figura 4A*).

Tendinţele evoluţiei demografice a populaţiei au impact multilateral asupra dezvoltării sistemului educaţional, inclusiv celui medical, iar numărul populaţiei în vârstă de până la 25 de ani are influenţă directă asupra contingentului copiilor de vârste preşcolară, şcolară, gimnazială, liceală şi universitară, dat fiind faptul că în toate etapele sistemului de învăţământ este antrenată populaţia în limitele de vârstă de 3 şi 23 de ani, iar în domeniul medical – până la cca 30 de ani. Evoluţia structurii demografice a populaţiei din ultimul deceniu a avut repercusiuni nemijlocit asupra contingentului de elevi potenţiali candudaţi la instruire universitară, inslusiv medicală. În anii 1997-1998, contingentul de copii pentru clasa I alcătuia 75-76 mii copii, iar în anii 2008-2009 efectivul copiilor pentru clasa I constituia doar 36-37 mii, diminuându-se de 2 ori, acestea fiind generaţiile cu cel mai mic număr de copii înregistrate în Republica Moldova, iar aceste schimbări în structura pe vârste se vor reflecta în perspectivă direct asupra contingentului elevilor din clasele gimnaziale, apoi liceale şi universitare (*figura 4B*).

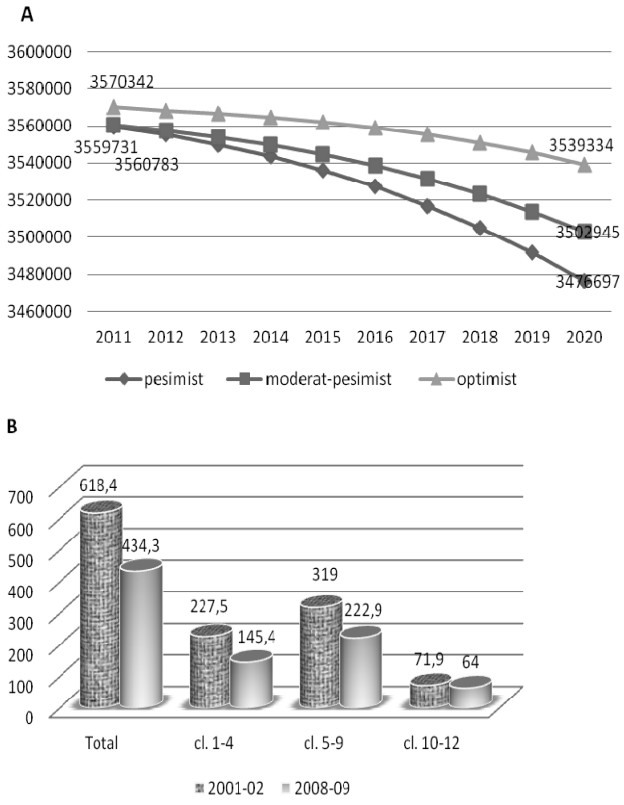


Figura 4. *Estimările evoluţiei numărului populaţiei (A) şi numărul de elevi în ciclurile primar, gimnazial, liceal (B) (mii)*

Doar în perioada 2003-2009, numărul absolvenţilor învăţământului general s-a redus cu cca 11%, această tendinţă menţinându-se în continuare, ceea ce va duce la reducerea numărului de candidaţi potenţiali pentru înmatriculare în instituţiile de învăţământ superior, inclusiv medical, afectând din punct de vedere calitativ procesul de formare profesională a viitorilor lucrători medicali [20].

Indicele dezvoltării umane este o măsură comparativă a speranţei de viaţă, alfabetizării, învăţământului şi nivelului de trai şi este folosit pentru a compara nivelul de dezvoltare a unei ţări la scară mondială, având un caracter socioeconomic. În anul 2011, Republica Moldova s-a plasat pe poziţia 111 din numărul total al celor 187 de state incluse în raport, făcând parte din categoria statelor cu un nivel mediu de dezvoltare, după ţările cu nivel foarte înalt şi ţările cu nivel înalt de dezvoltare [23].

Aspecte demografice ale forţei de muncă din sănătate. La 1 ianuarie 2012, în Republica Moldova activau 12914 medici, inclusiv 10657 medici în sistemul public de sănătate şi 2257 – în instituţii medicale departamentale, astfel că în total la fiecare 10 mii locuitori reveneau în medie cca 36,3 medici. Micşorarea numărului total de medici, deosebit de pronunţată către sfârşitul anilor '90 ai secolului trecut, a continuat până în anul 2004, când efectivul medicilor a fost cel mai redus din ultimii treizeci de ani, ulterior conturându-se o tendinţă de creştere anuală uşoară a acestui indicator. În linii generale, aceeaşi evoluţie a avut-o şi numărul medicilor care activează în sectorul public de sănătate, doar că acest segment al resurselor umane din sănătate s-a redus şi după anul 2004 (*figura 5A*) [17].

Acest fenomen denotă că şi după implementarea, în anul 2004, a unui nou mecansim de finanţare, în baza asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală, sectorul public de sănătate nu a devenit mai atractiv, iar exodul medicilor s-a menţinut în continuare. Prin urmare, creşterea numărului total de medici în ultmii ani realmente se datorează dezvoltării sectorului medical privat, care atrage tot mai mulţi medici. De asemenea, a crescut numărul de medici care activează în instituţiile medico-sanitare departamentale, în pofida intenţiilor autorităţilor de a integra aceste instituţii în sectorul public de sănătate, întru eficientizarea resurselor disponibile, evitându-se astfel dublarea serviciilor.

Analiza comparativă a evoluţiei numărului populaţiei şi numărului de medici în sistemul sănătăţii denotă că pe ambele dimensiuni se constată fenomene identice după caracter şi desfăşurare în timp, ceea ce demonstrează că tendinţele caracteristice procesului demografic la nivel naţional se reflectă direct şi asupra forţei de muncă din sănătate.

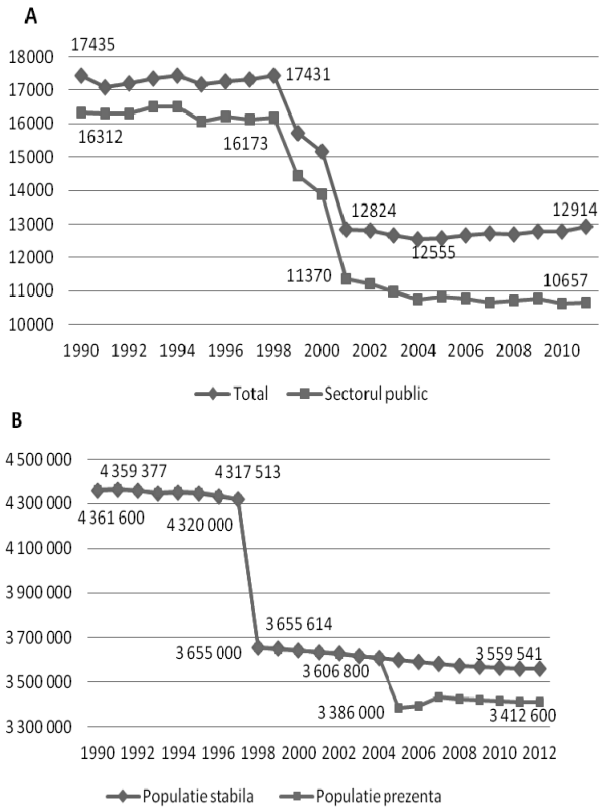


Figura 5. *Evoluţia numărului de medici (A) şi a numărului total al populaţiei (B), abs.*

Diminuarea efectivului de medici în ultimii 15 ani a avut loc pe fundalul reducerii numărului populaţiei şi, în aceste condiţii, gradul de asigurare a populaţiei cu medici nu s-a modificat semnificativ, menţinându-se la un nivel comparabil cu ţările din vecinătate şi din regiune, fenomen deosebit de important în planificarea resurselor umane din sănătate (*figura 5B*).

Reducerea numărului total al populaţiei şi tendinţele de îmbătrânire au repercusiuni severe şi asupra sistemului educaţional, inclusiv asupra învăţământului medical, dat fiind faptul că treptat scade numărul elevilor şi absolvenţilor învăţământului general, ceea ce diminuează numărul candidaţilor potenţiali la instruire universitară. Astfel, doar în perioada 2005-2009, numărul absolvenţilor învăţământului mediu general (licee şi şcoli medii), care constituie de fapt efectivul de bază al candidaţilor potenţiali la instruire universitară, s-a redus cu cca 10 mii, această tendinţă menţinându-se şi în anii următori (*figura 6A*).

Micşorarea continuă a numărului absolvenţilor învăţământului general va limita considerabil capacităţile sistemului educaţional de generare a resurselor umane pentru ramurile economiei naţionale, inclusiv pentru sistemul de sănătate. Contrar tendinţelor de reducere a numărului de absolvenţi ai învăţământului general, numărul de burse oferite de către Stat pentru înmatriculare în învăţământul

medical superior, respectiv şi al candidaţilor reali (abiturienţi), în perioada respectivă aproape că s-a dublat (*figura 6B*).

Această discordanţă între oferta tot mai redusă a învăţământului general şi cererea în creştere a învăţământului medical inevitabil reduce din intensitatea concurenţei la etapa admiterii, afectând astfel din punct de vedere calitativ procesul de selecţie a candidaţilor la instruire în domeniul medical. Conform prognozelor demografice, în următorii ani numărul populaţiei cu vârstă până la 14 ani va fi în continuă micşorare, ceea ce denotă că şi numărul absolvenţilor învăţământului general va fi în descreştere continuă (*figura 6C*).

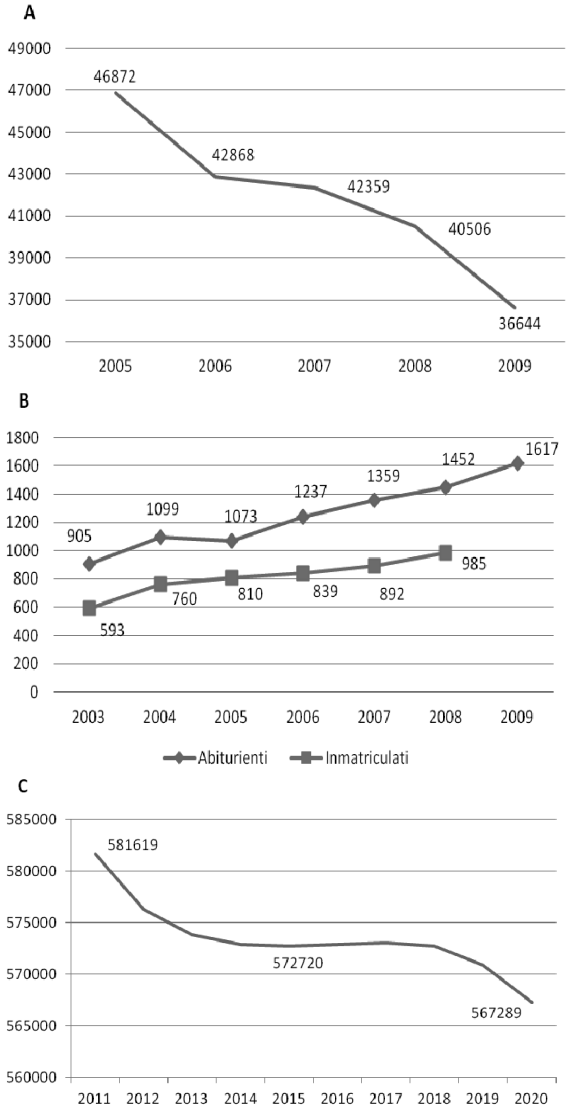


Figura 6. *Evoluţia numărului candidaţilor potenţiali la instruire medicală (A), numărul abiturienţilor şi persoanelor înmatriculate în învăţământul medical superior (B) şi evoluţia proiectată a populaţiei cu vârsta până la 14 ani (C), abs.*

Reducerea continuă a numărului de absolvenţi ai învăţământului liceal, nivelul mediu de dezvoltare umană a societăţii, tendinţele de continuare a studiilor superioare în ţările europene inevitabil diminuează numărul potenţialilor candidaţi la instruire medicală, afectează competitivitatea în procesul de selecţie a candidaţilor la instruire în domeniul medical şi poate avea un impact deosebit de negativ pe termen lung asupra calităţii şi performanţei resurselor umane din sănătate. Or la etapa planificării pregătirii profesionale a medicilor, urmează a pune în aplicare abordări echilibrate şi argumentate, care să asigure o concordanţă între necesităţile sistemului de sănătate în forţă de muncă, capacităţile sistemului educaţional de a genera resurse umane şi pronosticul evoluţiei proceselor demografice.

Analiza efectivului de medici pe categorii de vârstă a conturat un tablou specific domeniului de activitate şi diferenţiat de structura pe vârste a populaţiei la nivel naţional. Astfel, la începutul anului 2012, cca 16% din medici aveau vârsta până la 40 de ani, cca 59% aveau vârsta 40-60 de ani şi cca 25% aveau vârsta peste 60 de ani, inclusiv cca 400 de medici aveau vârsta mai mare de 70 de ani. Ţinând cont de faptul că medicii se plasează în câmpul muncii la cca 30 de ani, putem considera că raportul de vârstă al medicilor este unul relativ favorabil şi echilibrat. Însă pe parcursul ultimilor ani, vârsta medie a medicilor are o tendinţă de creştere continuă, datorită intrării în sistem a unui număr tot mai redus de tineri şi menţinerii în activitate a persoanelor de vârstă înaintată, inclusiv după pensionare. Acest fenomen corelează cu tendinţele de îmbătrânire a populaţiei şi în perspectivă ar putea avea un impact inevitabil aupra structurii pe vârste a resurselor umane din sistemul sănătăţii, astfel că şi în următorii ani va creşte vârsta medie a personalului medical şi se va majora rata lucrătorilor medicali de vârstă pensionară.

Din numărul total de medici, cca 58% sunt femei şi cca 42% sunt bărbaţi, ceea ce denotă că în sistemul sănătăţii structura pe sexe a medicilor diferă de nivelul acestui indicator pe ţară (cca 52/48). Faptul că efectivul de medici este reprezentat preponderent de femei se explică prin specificul activităţii profesionale, deşi acest raport nu este identic din punct de vedere geografic şi pe dimensiunea rural/urban. În instituţiile medico-sanitare raionale activează cca 56,7% medici-femei, pe când în instituţiile medico-sanitare din municipiile Chişinău şi Bălţi femeile constituie cca 60,5% din numărul total al medicilor, ceea ce denotă că în mediul urban activează mai mulţi medici-femei, comparativ cu mediul rural. Cel mai înalt raport femei/bărbaţi se înregistrează în mun. Chişinău, unde cca 62% din medici sunt femei şi doar 38% sunt bărbaţi, în Bălţi, în funcţii de medic activând cca 59% femei şi cca 41% barbaţi.

La nivelul instituţiilor medico-sanitare raionale, acest raport este variat: în raioanele de centru in-

dicatorul în cauză (55/45) este cel mai apropiat de nivelul mediu general pe ţară; în raioanele de sud şi de nord acesta fiind egal respectiv cu 57/43 şi 58/42. Cca 18% din medicii-femei au vârsta până la 40 de ani, cca 66% au vârsta 40-60 de ani şi cca 16% au vârsta mai mare de 60 de ani, inclusiv 3% cu vârsta mai mare de 70 de ani. Aceste date denotă că majoritatea femeilor care activează actualmente în sistemul sănătăţii au vârsta de 40-60 de ani, iar cca 25% din numărul total al femeilor-medici sunt de vârstă pensionară. De menţionat că pe parcursul ultimilor ani se atestă o tendinţă clară de creştere a procentajului persoanelor de sex femenin în contingentul candidaţilor înmatriculaţi la studii în învăţământul medical superior, ceea ce în perspectivă ar putea modifica şi mai mult structura pe sexe a medicilor din sistemul sănătăţii. Ţinând cont de faptul că anumite specialităţi necesită eforturi psihoemoţionale şi fizice sporite (medici-traumatologi, anesteziologi-reanimatologi, morfopatologi, legişti ş.a.), fiind preferate preponderent de barbaţi, menţinerea unei structurii pe sexe echilibrate a efectivului de medici este o condiţie extrem de importantă în procesul planificării resurselor umane pentru sănătate.

Studiul în cauză nu a depistat diferenţe din punct de vedere gender, geografic, cultural, etnic, religios, istoric şi de altă natură, care ar putea avea un impact asupra dezvoltării resurselor umane din sănătate. Femeile activează în diverse funcţii, inclusiv de conducere (conducători de instituţii, adjuncţi ai conducătorilor de instituţii, şefi de subdiviziuni etc.), sunt reprezentate în organele colegiale de conducere ale instituţiilor medico-sanitare, beneficiază de aceleaşi facilităţi în relaţiile de muncă, nefiind depistate inegalităţi determinate de sex.

Evoluţia principalilor indicatori de sănătate. Morbiditatea generală se caracterizeaza printr-o crestere continuă, în special, rata prevalenţei este în ascensiune în ultimii ani, iar această tendinţă probabil că se va menţine în continuare. Incidenţa generală a avut o evoluţie instabilă, dar cu o tendinţă de creşetere în ultimii cinci ani, dovadă a complexităţii fenomenului şi eficienţei reduse a măsurilor aplicate în acest sens. La nivel raional, incidenţa generală în ultimii ani, de asemenea, este instabilă, iar analiza acestui fenomen denotă că în raioanele unde nu sunt medici-specialişti incidenţa maladiilor respective este mai mică şi, invers, în raioanele asigurate cu anumite categorii de medici-specialişti se atestă un nivel mai sporit al incidenţei maladiilor. Analiza în comparaţie a incidenţei diferitor maladii conturează un tablou în care predomină detaşat maladiile aparatului respirator, după care urmează leziunile traumatice, complicaţiile sarcinii, naşterii şi lăuziei, bolile infecţioase şi parazitare şi bolile sistemului nervos (*figura 7A*) [15].

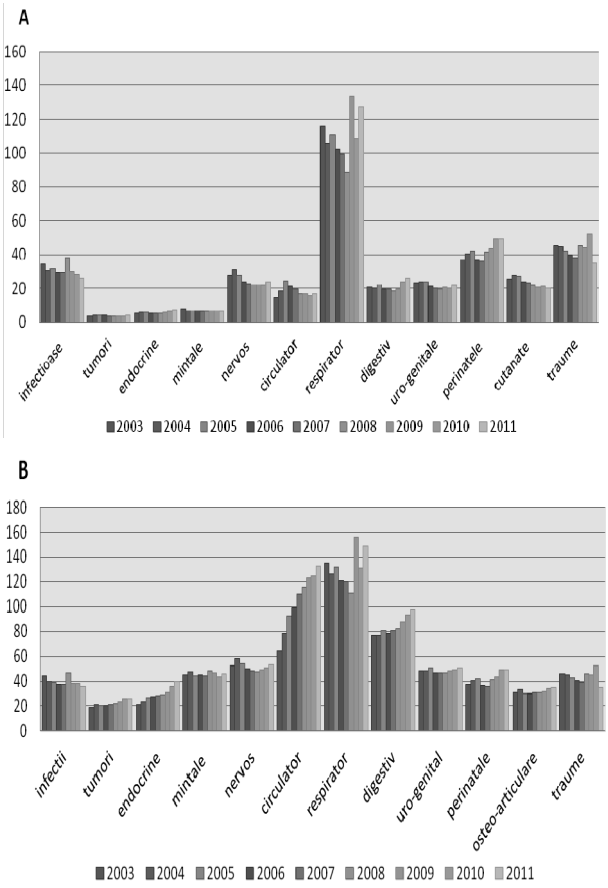


Figura 7. *Incidenţa (A) şi prevalenţa (B) maladiilor / 1000 locuitori*

În prevalenţa generală a populaţiei predomină maladiile apartului respirator, urmate de cele ale aparatului circulator, maladiile sistemului digestiv, ale sistemului nervos şi ale sistemului uro-genital. Prevalenţa bolilor cronice este destul de înaltă, practic fiecare a treia persoană din ţară suferind de o boală cronică, iar cele mai frecvente boli cronice sunt ale sistemelor circulator şi digestiv, bolile osteoarticulare şi ale sistemului nervos [24]. O evoluţie ascendentă are incidenţa diabetului zaharat, patologiilor glandei endocrine şi tulburărilor de metabolism, în condiţiile asigurării extrem de reduse a instituţiilor medico-sanitare cu medici-endocrinologi în ultimii ani. Republica Moldova este lider în regiune după incidenţa prin tuberculoză activă, nivelui acestui indicator fiind mult mai mare decât în ţările comparabile. Deşi incidenţa prin tumori maligne are o tendinţă de creştere şi în statele europene, totuşi în R. Moldova acest indicator creşte mult mai intens, majoritatea cazurilor diagnosticate fiind într-o stare avansată de dezvoltare. În continuă creştere este incidenţa prin alcoolism, iar cea a psihozelor alcoolice s-a majorat de cca trei ori [25] (*figura 7B*).

Cauzele de deces rămân identice pe parcursul ultimilor ani, astfel că cele mai multe decese au drept cauză bolile aparatului circulator, urmate de tumori, bolile aparatului digestiv, accidente, intoxicaţii şi traume, bolile aparatului respirator. Se constată anumite particularităţi în mortalitatea populaţiei pe regiuni şi clase ale cauzelor de deces, în zona de nord a ţării mortalitatea fiind mai înaltă practic la toate cauzele principale de deces, iar în zona centrală mortalitatea cauzată de boli ale aparatului digestiv depăşeşte nivelul mediu pe ţară al acestui indicator. Structura mortalităţii pe sexe, după cauzele de deces, nu diferă substanţial de structura mortalităţii generale, predominând detaşat maladiile sistemului circulator atât la femei, cât şi la bărbaţi, deşi femeile decedează totuşi mai frecvent din cauza acestor maladii. Mortalitatea feminină mai predomină uşor şi în cazul maladiilor tractului digestiv, iar mortalitatea masculină este mai mare în cazul accidentelor, intoxicaţiilor şi traumelor, bolilor infecţioase şi parazitare, bolilor aparatului respirator şi tumorilor [25].

Mortalitatea maternă reprezintă un fenomen demografic cu implicaţii majore medicale, fiind un indicator al stării de sănătate a populaţiei şi a gradului de dezvoltare a ţării. Evoluţia ratei mortalităţii materne în ultimii ani se caracterizează printr-o instabilitate, iar la originea majorităţii cazurilor de mortalitate maternă stau probleme de ordin social, inclusiv modul de viaţă instabil, cu perioade de migrare temporară de muncă, dar şi neapelarea la ajutor medical din anumite considerente de ordin personal. În funcţie de mediul de trai, mortalitatea maternă predomină, de regulă, în localităţile rurale, deşi este caracteristică ambelor categorii de populaţie, ceea ce denotă că probleme majore la acest capitol există pe ambele dimensiuni. Evoluţia acestui indicator, comparativ cu ţările învecinate, reflectă pe deplin gravitatea problemei în cauză, dat fiind faptul că în Republica Moldova se înregistrează cea mai înaltă rată a mortalităţii materne, fiind mult mai mare decât în alte ţări comparabile [25].

Mortalitatea infantilă se caracterizează pintr-o evoluţie instabilă, deşi în ultimii ani s-a conturat o tendinţă de micşorare. Acest indicator rămâne în continuare la nivel nesatisfacător, fiind la un nivel mult mai înalt comparativ cu ţările învecinate şi de referinţă. Principalele cauze ale mortalităţii infantile sunt complicaţiile ce apar în perioada perinatală, malformaţiile congenitale, anomaliile cromozomiale, bolile aparatului respirator, accidentele, intoxicaţiile şi traumele. Nivelul înalt de morbiditate şi mortalitate infantilă este determinat preponderent de starea sănătăţii femeii, iar datele statistice denotă că majoritatea femeilor gravide suferă de afecţiuni extragenitale. Cel mai înalt nivel al mortalităţii infantile se înregistrează în raioanele de sud, iar cel mai mic – în Chişinău, ceea ce demonstrează diferenţe existente între populaţia rurală şi cea urbană la capitolele studii, bunăstare, condiţii de trai, educaţie pentru sănătate şi modul sănătos de viaţă, acces la servicii medicale etc., acesta fiind un indicator atât al stării de sănătate, cât şi al nivelului de dezvoltare socioeconomică a ţării şi societăţii [25, 26, 27].

Evaluarea comparativă a morbidităţii şi principalelor cauze de deces al populaţiei cu nivelul asigurării populaţiei cu medici reflectă o dependenţă directă între aceste procese, conturându-se segmentele mai vulnerabile ale sănătăţii populaţiei, dar şi ale asigurării sistemului de sănătate cu forţa de muncă necesară:

Morbiditate	Cauze
Bolile aparatului circulator sunt cauză a mai mult de jumătate din totalul mortalității, prevalența acestora fiind în continuă creştere.	Medici-cardiologi lipsesc în 9 raioane, 14 raioane au doar câte un singur medic cardiolog; medicii-cardiologi formați se angajează preponderent în Chișinău.
Bolile aparatului respirator detaşat constituie principala cauză a morbidității populației, atât după incidență, cât şi după prevalență, iar numărul deceselor de tuberculoză este în continuă creştere.	În 10 raioane activează doar câte un medic-ftizipneumolog, iar un raion nu are medic-ftiziopneumolog; doar cca unul din cinci medici-ftiziopneumologi se angajează după absolvire conform calificării şi activează în instituții medico-sanitare; atractivitatea profesiei este extrem de redusă, fiind asociată cu nocivități, riscuri sporite, contactarea persoanelor socialmente vulnerabile.
Bolile sistemului digestiv sunt printre principalele cauze ale morbidității populației, creşte rata mortalității din cauza cirozei, creşte morbiditatea prin hepatite.	Majoritatea raioanelor nu au medic-gastroenterolog, doar unul din şapte medici-gastroenterologi, formați în ultimii ani, activează în sectorul public al sănătății, exclusiv în Chișinău.
Bolile oncologice sunt în creştere continuă, sporeşte mortalitatea din cauza tumorilor, în special din cauza cancerului glandei mamare, fiind a doua cauză principala de deces.	În 18 raioane nu activează medici-oncologi, din numărul total de medici-oncologi formați în ultimii ani doar unul din zece activează în instituții medico-sanitare raionale.
Complicațiile sarcinii, naşterii şi lăuziei sunt printre cauzele principale ale morbidității şi mortalității materne (de 3-4 ori mai înalt decât în țările economic avansate), principala cauză a mortalității infantile.	Numărul medicilor-obstetricieni ginecologi din sectorul public al sănătății s-a redus cu cca 70 în ultimii zece ani, doar unul din trei medici-obstetricieni ginecologi formați în ultimii ani activează în sectorul public al sănătății, majoritatea în Chișinău; în 4 raioane activează doar câte un medic pediatru, 10 raioane nu au medic-neonatolog, din medicii-pediatri formați în ultimii ani doar unul din patru activează în sistemul public de sănătate.

Este în creştere morbiditatea prin diabet zaharat, incidența şi prevalența patologiilor glandei tiroide şi altor maladii endocrine şi de metabolism.	În 13 raioane nu activează medici-endocrinologi, în mai mult de jumătate din raioane activează doar câte un singur medic-endocrinolog, în ultimii ani instituțiile medico-sanitare raionale nu au beneficiat de medici-endocrinologi nou-formați.
Incidența prin alcoolism şi psihoze alcoolice s-a dublat în ultimii ani, incidența prin narcomanie şi toxicomanie se menține la un nivel înalt.	Două raioane nu au medici-psihiatri, majoritatea raioanelor au doar câte un medic-psihiatru, 9 raioane nu au medic-narcolog; doar jumătate din mediciipsihiatri formați în ultimii şapte ani activează în sectorul public al sănătății.
Malformațiile congenitale sunt una dintre principalele cauze ale mortalității infantile.	Nu există un sistem de formare a medicilor-geneticieni, respectiv în instituțiile medico-sanitare practic nu activează medici-geneticieni.

Astfel, devine evidentă relaţia dintre morbiditate şi accesul populaţiei la servicii medicale, care pot fi prestate eficient doar în cazul când sistemul sănătăţii dispune de resurse umane suficiente, bine pregătite şi uniform repartizate din punct de vedere geografic. Pe parcursul ultimilor zece ani, densitatea medicilor la nivel naţional a fost relativ satisfăcătoare şi constantă, menţinându-se la un nivel de cca 35-36 medici la fiecare 10 000 locuitori, ceea ce denotă că dificultăţile sistemului de sănătate în a-şi asigura resursele umane necesare ţin mai mult de gestionarea ineficientă a acestora din interior.

Prin urmare, evoluţia proceselor demografice (micşorarea numărului total şi îmbătrânirea populaţiei, creşterea ponderii populaţiei în vârstă, mortalitatea sporită în vârstă aptă de muncă, sporul natural negativ, depopularea, ruralizarea relativă a populaţiei, intensificarea migraţiei ş.a.), factorilor socioeconomici (economie în tranziţie, salarii modeste, infrastructură subdezvoltată a localităţilor, drumuri neadecvate, lipsa serviciilor în localităţile rurale), simplificarea regimului de circulaţie la nivel european şi posibilităţile tot mai largi de angajare peste hotare impun necesitatea orientării eforturilor spre menţinerea efectivului actual de medici, ajustarea continuă la necesităţile reale şi eficientizarea gestionării potenţialului uman din sistemul sănătăţii.

Concluzii

1. Republica Moldova, în prezent, este la etapa tranziţiei demografice a populaţiei, confirmată prin procesele de reformare structurală şi evoluţia principalelor variabile ale mişcării naturale a populaţiei. Evoluţia demografică a ţării se manifestă ca fenomen de „declin demografic" cu populaţie în scădere, evoluţie nefavorabilă a natalităţii şi mortalităţii, spor natural şi migraţional negativ, dezechilibru în structura pe vârste şi intensificarea procesului de îmbătrânire a populaţiei, astfel că presiunile proceselor demografice asupra sistemului de sănătate vor fi în creşetere continuă.

2. Repartizarea teritorială a populaţiei scoate în evidenţă următoarele aspecte cu pondere majoră în procesul planificării resurselor umane din sănătate: concentrarea populaţiei în zona centrală a ţării, cea mai mică pondere a populaţiei urbane din regiunea europeană, diferenţe ale mortalităţii în mediile urban şi rural, ca urmare, inclusiv, a inechităţilor în consumul serviciilor de sănătate, acestea fiind mai accesibile în mediul urban.

3. Declinul demografic care va atinge proporţii în următorii ani, schimbările în structura pe vârste a populaţiei, reducerea continuă a numărului de copii şi tineri, pe fundalul mişcărilor migratorii în ascensiune, vor contribui la diminuarea numărului de potenţiali candidaţi pentru instruire în domeniul medical, la reducerea competitivităţii în procesul de selectare a candidaţilor la instruire medicală, ceea ce ar putea afecta calitatea procesului de formare profesională în domeniul medical.

4. Analiza comparativă a spectrului morbidităţii populaţiei, în funcţie de gradul asigurării cu medici, atestă tendinţe diametral opuse, ceea ce confirmă rolul primordial al resurselor umane în ameliorarea indicatorilor de sănătate şi demonstrează necesitatea direcţionării eforturilor pentru asigurarea sistemului de sănătate cu forţă de muncă capabilă să ofere populaţiei servicii medicale de calitate.

Recomandări

1. În condiţiile reducerii continue a numărului populaţiei şi tendinţelor de îmbătrânire a acesteia, constrângerilor economico-financiare şi altor factori cu caracter nefavorabil, redresarea situaţiei la compartimentul resurse umane urmează a fi realizată prin sporirea atractivităţii sectorului public de sănătate, prin menţinerea forţei de muncă existente, atragerea şi revenirea medicilor care actualmente activează în alte domeniu ale economiei naţionale.

2. Politicile în domeniul resurselor umane din sănătate urmeaza a fi orientate prioritar spre menţinerea volumului actual de formare profesională, ajustarea continuă la spectrul beneficiarilor serviciilor de sănătate, redistribuirea fluxului de medici spre zonele deficitare prin pârghii motivaţionale, crearea condiţiilor mai flexibile de recalificare profesională a medicilor, diversificarea instruirii profesionale (specializări adiţionale, complementare, pentru competenţe etc., care să permită lărgirea spectrului de abiltăţi şi competenţe ale medicilor, pentru acordarea asistenţei medicale specializate), optimizarea

continuă şi adaptarea continuă a instruirii postuniversitare a medicilor la necesităţile sistemului de sănătate etc.

3. Ţinând cont de reducerea continuă a numărului de elevi, este imperios necesară implementarea unor principii de planificare a pregătirii medicilor în baza unor abordări echilibrate între oferta învăţământului general şi necesităţile de perspectivă ale sistemului de sănătate, care să asigure calitatea formării profesionale, integrarea medicilor licenţiaţi în sectorul de sănătate, condiţii pentru activitate şi creştere profesională, evitându-se astfel migrarea acestora spre alte domenii sau peste hotarele ţării.

4. În contextul îmbătrânirii demografice a populaţiei şi creşterii ratei persoanelor vârstnice, este necesar a dezvolta un sistem bine conturat de formare profesională a medicilor-geriatri şi a personalului medical specializat în domeniul ingrijirilor medicale atât la domiciliu, cât şi în instituţii specializate, dat fiind faptul că serviciile medicale şi sociale pentru populaţia vârstnică şi grupele social vulnerabile inevitabil vor avea, în urmatorii ani, o dezvoltare vertiginoasă.

5. În condiţiile reducerii continue a populaţiei din mediul rural, se impune necesitatea identificării localităţilor rurale cu perspectivă clară de dezvoltare din punct de vedere al fenomenelor demografice, spre care urmeaza a fi orientate prioritar investiţiile materiale (renovarea şi dotarea Centrelor de sănătate) şi umane (asigurarea cu medici de familie şi asistenţi medicali), economic argumentate şi justificate. Structura sistemelor de sănătate raionale urmează a fi ajustată şi optimizată în funcţie de mişcările naturale ale populaţiei, inclusiv prin lărgirea ariilor de deservire medicală a populaţiei, ţinând cont de fenomenul tot mai intens de depopulare a mediului rural. Ajustarea continuă a structurii sistemelor de sănătate raionale şi modernizarea managementului resurselor umane sunt mecanisme reale de optimizare a resurselor financiare disponibile, de majorare a remunerării muncii lucrătorilor medicali şi de atragere a medicilor pentru activitate în sectoarele defavorizate.

Bibliografie

1. Bloor K., Maynard A., Hall J., Farhauer O., Lindgren B. *Planning human resources in health care: Towards an economic approach*. An international comparative review. Toronto: Canadian Health Services Research Foundation; 2003. (http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/bloor_report.pdf)
2. Zurn P., Dal Poz M., Stilwell B., Adams O. *Imbalances in the health workforce*. In: Human Resources for Health, 2004, nr. 2, p. 13. (http://www.human-resources-health.com/content/2/1/13)
3. *Systems thinking for health systems strengthening*, WHO, 2009. (http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789241563895_eng.pdf)
4. Kabene S.M., Orchard C., Howard J.M., Soriano M.A., Leduc R. *The importance of human resources management in health care: a global context*. In: Hum Resources Health, 2006, nr. 4, p. 20. (http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1552082/)
5. Dreesch N. et al. *An Approach to Estimating Human Resource Requirements to Achieve the Millennium Development Goals*. In: Health Policy and Planning 20, no. 5 (2005), p. 267–276**.**
6. Kaplan A.D., Dominis S., Palen J.GH., Quain E.E. *Human resource governance: what does governance mean for the health workforce in low- and middle-income countries?*, In: *Human Resources for Health,* 2013, nr. 11, p. 6. (http://www.human-resources-health.com/content/11/1/6)
7. Danon-Hersch N., Paccaud F. *Future trends in human resources for health care: a scenario analisis.* Hospices cantonaux Département universitaire de médecine et de santé communautaires. Institut universitaire de médecine sociale et préventive, Lausanne, 2005. (http://www.iumsp.ch/Publications/pdf/rds110_en.pdf)
8. *Human resources for health in Europe*. European Observatori on Health Systems and Policies, Edited by Carl-Ardy Dubois, Martin McKee, Ellen Nolte, Open University Press, 2006. (http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/98403/E87923.pdf**)**
9. Bossaert D., Demmke Ch., Moilanen T. *The impact of demographic change and its challenges for the workforce in the European public sectors*. Three priority areas to invest in future HRM, European Institute of Public Administration, 2012. (http://www.eipa.eu/files/repository/product/20121018073618_WorkingPapers2012_W_01.pdf)
10. Galbur O. *Atractivitatea profesiei medicale în Republica Moldova*. În: Curierul Medical, nr. 4 (328), Chişinău, 2012. (http://usmf.md/uploads/Downloads/Curierul%20medical/Curier%20med.nr4.pdf)
11. *Report referring to the assessment (geographical, sectoral, by field, gender) of the existing human resources in the health sector trend analysis for the past seven years*. Designed by Oleg Galbur consultant assistance in developing local human resources strategy and action plan for implementation, Chisinau, 2010. (http://www.ms.md/_files/11545-Report%2520reffering%2520to%2520the%2520assessment%2520of%2520trhe%2520human%2520resources.pdf)
12. Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna S. *Analiza stării de sănătate a populaţiei Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici (pentru perioada 2005-2009)*. Centrul de Asistenţă pentru Autorităţile Publice, Chişinău, 2010. (http://www.ms.gov.md/_files/6696-111.pdf)
13. Anand S., Bärnighausen T. *Health workers and vaccination coverage in developing countries: an econometric analysis*. In: The Lancet, 2007, nr. 369, p. 1277–1285.
14. Speybroeck N et al. *Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes*. Background paper prepared for The world health report 2006. Geneva, World Health Organization, 2006. (http://www.who.int/hrh/documents/reassessing_relationship.pdf).)

15. *Banca de date statistice Moldova*, Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, 2012. (http://www.statistica.md)
16. *Populaţia Republicii Moldova pe vârste şi sexe, în profil teritorial la 1 ianuarie 2012*, Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, Chişinău, 2012. (http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/populatia/Populatia_RM_2012.pdf)
17. *Anuarul statistic al Republicii Moldova 2011*. (http://www.statistica.md/pageview.php?l=ro&idc=263&id=2193)
18. *Moldova în cifre***. Breviar statistic, Biroul Naţional de Statistică, Chişinău, 2012. (**http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/Moldova_in_cifre/2012/Moldova_in_cifre_2012_rom_rus.pdf)
19. *Femei şi bărbaţi în Republica Moldova***,** Biroul Naţional de Statistică al Republicii Moldova, Chişinău, 2008. (http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/femei_si_barbati/Femei_barbati_2008.pdf)
20. *Populaţia şi procesele demografice în Republica Moldova*. Chişinău, 2009. (http://www.statistica.md/pageview.php?l=ro&idc=263&id=2198)
21. Gheorghe Paladi, Olga Gagauz, Olga Penina. *Îmbătrânirea populaţiei în Republica Moldova: consecinţe economice şi sociale*. Academia de Ştiinţe a Moldovei, Institutul Integrare Europeană şi Ştiinţe Politice, Chişinău, 2009. (http://www.demografie.md/files/6762_studiul_privind_imbatranirea_asm.pdf)
22. *Cartea Verde a Populaţiei Republicii Moldova*, Comisia Naţională pentru Populaţie şi Dezvoltare, Chişinău, 2009. (http://www.unfpa.md/images/stories/pdf/cartea_verde.pdf)
23. *Human Development Report 2011 – Human development statistical annex*. Human Development Report Office United Nations Development Programme, p. 127–130. (http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2011_EN_Tables.pdf)
24. *Analiza stării de sănătate a populaţiei Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici (pentru perioada 2005-2009)*, Chişinău, 2010. (http://www.ms.gov.md/_files/6696-111.pdf)
25. *Sănătatea publică în Republica Moldova*. Anuar statistic medical, Centrul Naţional de Management în Sănătate, 2011. (http://cnms.md/sites/default/files/S%C4%83n%C4%83tatea%20public%C4%83%20%C3%AEn%20Moldova%202011.pdf)
26. *Raportul anual în sănătate 2010*, Ministerul Sănătăţii al Republicii Moldova, Chişinău, 2011. (http://ms.md/_files/9034-Raport%2520anual%2520pe%2520sanatate%25202010.pdf)
27. *European health for all database* (July 2012), World Health Organization Regional Office for Europe, updated: January, 2013. (http://data.euro.who.int/hfadb/)

Prezentat la 29 mai 2013

Oleg Galbur, conferenţiar universitar,
Şcoala de Management în Sănătate Publică
Tel.: 022209924 (serv.), 079472249 (mob.)
E-mail: galburoleg@yahoo.com

STUDIUL DE FEZABILITATE A CADRULUI LEGISLATIV/NORMATIV EXISTENT ÎN REPUBLICA MOLDOVA ÎN DOMENIUL ACTIVITĂȚILOR DE PERSONAL ÎN INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE

Nicolae JELAMSCHI,
Centrul Naţional de Management în Sănătate

Summary

Feasibility study of a existing in Republic of Moldova legislative and regulatory framework on personnel activities within the health care institutions

The data regarding the legal/regulatory framework governing the work of medical institutions in human resource management are presented in this publication. A meta-analysis of legislation, government decisions, Ministry of Health orders, regarding the components of human resources management in health care institutions was done. The strengths and weaknesses in this area were identified and the ways to improve the legislative/normative framework in human resource management in health care institutions were proposed.

Keywords*: legal/regulatory framework, management, human resources, health care institutions.*

Резюме

Оценка целесообразности существующей в Республике Молдова законодательной и нормативной базы для деятельности в области управления персоналом в медицинских учреждениях

В данной статье представлены данные, касающиеся законодательной/нормативной базы, регулирующей деятельность медицинских учреждений в области управления человеческими ресурсами. Был проведен мета-анализ законодательства, решений правительства, приказов Министерства Здравоохранения в зависимости от компонентов менеджмента человеческих ресурсов в медико-санитарных учреждениях. Были выявлены сильные и слабые стороны в данной области и предложены пути совершенствования законодательной/нормативной базы управления человеческими ресурсами в медицинских учреждениях.

Ключевые слова*: законодательная/нормативная база, управление, человеческие ресурсы, медицинские учреждения.*

Introducere. Fiecare domeniu de activitate îşi poate justifica existenţa doar atunci, când orientările sale formative satisfac cerinţele majore de pregătire a resurselor umane necesare, a specialiştilor, a căror experienţă profesională ar asigura gestiunea transformărilor instituţionale [1].

În procesul activităţii instituţiilor medico-sanitare, la fel ca şi în alte domenii ale economiei, apar

raporturi între două subiecte principale: *salariaţii* (angajaţii instituţiilor medico-sanitare – medicii, asistenţii medicali, personalul administrativ, personalul auxiliar etc.), care reprezintă persoana fizică ce prestează o muncă conform unei anumite specialităţi, calificări, sau într-o anumită funcţie, în schimbul unui salariu, în baza contractului individual de muncă, și *angajatorii* (conducătorii instituţiilor medico-sanitare), care sunt persoane juridice sau persoane fizice și angajează salariaţi în bază de contract individual de muncă încheiat conform prevederilor Codului muncii. În procesul raporturilor de muncă dintre angajator și salariat, apar un șir de obligaţiuni și drepturi, care necesită o reglementare juridică bine chibzuită, sinalagmatică, corectă, oneroasă, imparţială și comutativă, care ar satisface ambii subiecţi participanţi la acest proces [2].

Astfel, raporturile de muncă prevăd angajarea personalului, încheierea contractului individual de muncă, respectarea regulamentului intern al instituţiei, respectarea timpului de muncă și timpului de odihnă, salarizarea, motivarea financiară (plăţile de stimulare), garanţiile și compensaţiile acordate de către angajator, formarea profesională (dezvoltarea profesională continuă), alte activităţi caracteristice raporturilor de muncă. Aceste activităţi sunt efectuate de către conducerea și Serviciul resurse umane al instituţiilor medico-sanitare [3].

Lucrătorii medicali, de altfel, ca și alţi angajaţi, au dreptul la muncă și dreptul la condiţii echitabile de muncă. De asemenea, lucrătorilor le este garantat dreptul la protecţia muncii și sănătăţii în cadrul raporturilor de muncă. Aceste drepturi sunt stipulate în legea fundamentală a Statului – ***Constituţia Republicii Moldova***, iar raporturile de muncă sunt reglementate în ***Codul muncii***, care este unul dintre documentele de bază în activitatea serviciului resurse umane al instituţiilor medico-sanitare. Codul muncii reglementează totalitatea raporturilor individuale și colective de muncă, controlul aplicării reglementărilor din domeniul raporturilor de muncă, jurisdicţia muncii, precum și alte raporturi legate nemijlocit de relaţiile de muncă. Acest document se aplică și raporturilor de muncă reglementate prin legi organice și prin alte acte normative [3, 4].

Material și metode. Pentru analiza fezabilităţii, noi am efectuat o meta-analiză a cadrului legislativ normativ în vigoare din Republica Moldova în domeniul managementului resurselor umane (MRU) din sistemul sănătăţii, în funcţie de componentele principale ale MRU și activităţile în cadrul acestor componente. A fost utilizată metoda de cercetare calitativă, care permite identificarea părţilor forte și celor slabe din cadrul legislativ/normativ la nivel strategic și la nivel funcţional și va facilita propunerea unor soluţii pentru reglementarea legislativă/normativă a domeniului. Au fost examinate cadrul legislativ, aprobat de Parlamentul Republicii Moldova, cadrul normativ, aprobat de către Guvern, și cadrul normativ, aprobat de Ministerul Sănătăţii.

Rezultate și discuţii

Asigurarea cu personal medical este una dintre principalele componente ale managementului resurselor umane și constă din următoarele activităţi: *planificarea personalului medical, analiza postului* și *angajarea personalului medical*. Este una din componentele MRU, care este elucidat în majoritatea documentelor de politici și actelor normative.

- ***Politica Naţională în Sănătate*** menţionează îmbunătăţirea MRU în instituţiile medico-sanitare și dezvoltarea mecanismelor de planificare a personalului medical care să corespundă necesităţilor curente și viitoare ale sistemului de sănătate. Aceste acţiuni vor fi efectuate prin menţinerea gradului necesar de competenţă a calităţii și productivităţii muncii, cu utilizarea sistemelor postuniversitare de instruire continuă și pregătire practică [5].
- ***Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*** menţionează problemele în domeniul resurselor umane în sănătate și lacunele în planificarea și managementul personalului medical, în special în ceea ce ţine de asigurarea instituţiilor medico-sanitare cu resurse umane. Strategia menţionează, în mod special, lipsa definirii clare a obligaţiunilor de funcţie ale angajaţilor și supravegherea (evaluarea) inadecvată de către conducătorii instituţiilor medico-sanitare. Documentul propune căi de soluţionare a problemelor în domeniul managementului resurselor umane prin evaluarea necesităţilor reale și planificarea adecvată a personalului medical, asigurarea cu cadre medicale a instituţiilor medico-sanitare prin îmbunătăţirea procedurilor de recrutare și motivare, îmbunătăţirea politicilor de formare a cadrelor din învăţământul medical [6].
- ***Legea ocrotirii sănătăţii*** prevede modalitatea de angajare a conducătorilor instituţiilor medico-sanitare și modul de autorizare a exerciţiului profesiunilor medico-sanitare [7].
- ***Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic*** stabilește bazele juridice și reglementează condiţiile organizatorice și formele exercitării profesiunii de medic. De asemenea, legea stabilește cerinţele faţă de persoana care dorește să practice profesiunea de medic, drepturile, obligaţiunile și responsabilităţile pentru a exercita această profesiune [8].
- ***Legea cu privire la drepturile și responsabilităţile pacientului*** consolidează drepturile fundamentale ale omului în sistemul serviciilor de sănătate, asigură respectarea demnităţii și integrităţii

pacientului și sporirea rolului participativ al persoanelor la adoptarea deciziilor în sănătate. Astfel, aplicând principiul sinalagmatic, drepturile acestei categorii de cetăţeni au cauză juridică obligaţiunile celorlalte părţi participative, adică și a personalului medical [9].

• ***Legea privind supravegherea de stat a sănătăţii publice*** prevede organizarea supravegherii de stat a sănătăţii publice, stabilește cerinţele generale de sănătate publică, drepturile și obligaţiile persoanelor fizice și juridice și modul de organizare a sistemului de supraveghere de stat a sănătăţii publice. De asemenea, se menţionează necesitatea planificării, instruirii și evidenţei resurselor umane implicate în sănătatea publică din Republica Moldova [10].

• ***Legea cu privire la ocuparea forţei de muncă și protecţia socială a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă*** reglementează măsurile privind realizarea strategiilor și politicilor de menţinere a unui nivel înalt al ocupării și adaptării forţei de muncă la cerinţele pieţei muncii, privind protecţia socială a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă, prevenirea șomajului și combaterea efectelor lui sociale. Prevederile acestei legi sunt aplicabile și în sectorul sănătăţii [11].

• ***Hotărârea Guvernului nr. 1396 din 24.11.2003 cu privire la instruirea medicilor și farmaciștilor rezidenţi și plasarea în câmpul muncii a tinerilor specialiști*** stabilește modalitatea instruirii medicilor și farmaciștilor prin studii postuniversitare de rezidenţiat, obligaţiunile de plasare în câmpul muncii conform îndreptării Ministerului Sănătăţii și obligativitatea restituirii cheltuielilor pentru studii universitare și postuniversitare în caz de refuz de angajare. De asemenea, HG nr. 1396 aprobă contractul-tip pentru instruirea în rezidenţiat și plasarea în câmpul muncii a medicilor și farmaciștilor [12].

• ***Hotărârea Guvernului nr. 1079 din 02.10.2007 pentru aprobarea Regulamentului privind numirea în funcţie în bază de concurs a conducătorilor instituţiilor medico-sanitare publice*** stabilește mecanismul de selectare, asigurare a accesului egal al candidaţilor pentru ocuparea funcţiilor vacante de conducător, ţinând cont de calificarea profesională, experienţa în domeniu și abilităţile manageriale [13].

• ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 119 din 24.02.2012 Cu privire la aprobarea Concepţiei-cadru de Dezvoltare a Resurselor Umane în Sistemul Sănătăţii.*** Acest document strategic în domeniul resurselor umane din sistemul sănătăţii a fost elaborat și aprobat în vederea implementării prevederilor secţiunii a 4-a – *Generarea și asigurarea resurselor necesare pentru sistemul de sănătate* – a Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017. La componenta asigurării cu personal medical acest document prevede instituirea mecanismelor de planificare strategică a resurselor umane în sănătate, formarea cadrelor medicale, realizarea unui management eficient al resurselor umane din sistemul sănătăţii și instituirea unui sistem de angajare și ocupare a funcţiilor de șef de secţie din cadrul instituţiilor medico-sanitare publice în bază de concurs. De asemenea, ordinul prevede modernizarea serviciului resurse umane din instituţiile medico-sanitare ca o componentă necesară în asigurarea unui management adecvat în instituţie [14].

• ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 1143 din 14.11.2012 Cu privire la aprobarea Regulamentului privind numirea în bază de concurs a conducătorilor de subdiviziuni ale instituţiilor medico-sanitare publice.*** Acest ordin vine în scopul executării HG nr. 1079, și anume a p. 2 din preambul, unde Ministerul Sănătăţii este obligat să aprobe un Regulament privind angajarea în bază de concurs a medicilor, farmaciștilor și șefilor de subdiviziuni medicale în instituţiile medico-sanitare publice [15].

Menţinerea personalului medical este următoarea componentă a managementului resurselor umane, elucidată în prevederile legislative și normative. Activităţile în cadrul acestei componente sunt: *angajarea și integrarea personalului*, *recompensa* (*salarizarea)* și *motivarea* (*financiară* și *nonfinanciară)*. Această componentă are o acoperire legislativă asigurată atât de Codul muncii, cât și de alte acte legislative și normative [3].

• ***Politica Naţională în Sănătate*** prevede și la componenta *Menţinerea personalului medical* aplicarea mecanismelor de motivare a salariaţilor din sistemul de sănătate, în vederea realizării performanţelor, de majorare a salariului angajaţilor din ramură la nivelul salariului mediu din economia naţională [5].

• ***Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*** atenţionează asupra problemelor de remunerare a muncii și motivare inadecvată a personalului medical. De asemenea, Strategia prevede crearea condiţiilor de lucru corespunzătoare pentru lucrătorii medicali, ca una dintre componentele principale în retenţia lucrătorilor în instituţie [6].

• ***Legea ocrotirii sănătăţii*** și la această componentă prevede modalităţi de stimulare și motivare a personalului medical pentru angajarea în mediul rural [7].

• ***Legea salarizării*** determină principiile economice, juridice și organizatorice ale retribuirii salariaţilor aflaţi în relaţii de muncă, în baza contractelor individuale de muncă, cu salariaţii: persoane fizice, întreprinderi, organizaţii și instituţii, denumite în continuare *unităţi*, indiferent de tipul de proprietate și

forma de organizare juridică, și este orientată spre asigurarea funcției salariului ca principala sursă de venit pentru satisfacerea necesităților vitale ale angajaților și familiilor lor și ca formă de stimulare a muncii [16].

• ***Legea cu privire la sistemul de salarizare în sectorul bugetar***. Deoarece în sistemul sănătății sunt instituții medico-sanitare finanțate atât din fondul asigurărilor obligatorii, cât și din buget, această lege reglementează modul, condițiile de salarizare și mărimile salariilor personalului din autoritățile administrației publice, instituțiile și organizațiile finanțate de la bugetul public național [17].

• ***Legea sindicatelor***. În conformitate cu drepturile generale, lucrătorii medicali au dreptul să se asocieze în sindicate. Sindicatele, în conformitate cu prevederile prezentei legi, au dreptul de a participa la elaborarea de către autorități a proiectelor de programe privind dezvoltarea social-economică, proiectelor de legi și a altor acte normative în domeniul remunerării muncii, asigurării sociale, formării prețurilor, ocrotirii sănătății și în alte domenii ce țin de muncă și dezvoltarea social-economică [18].

• ***Legea patronatelor***. Patronul este persoana fizică sau juridică care administrează capitalul, indiferent de forma acestuia, și folosește munca salarială în scopul obținerii de profit în condiții de concurență. Astfel, în mod indirect, această lege, de asemenea, reglementează relațiile de muncă [19].

• ***Hotărârea Guvernului nr. 1593 din 29.12.2003 despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea personalului din instituțiile medico-sanitare publice încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.*** Obiectivul Regulamentului menționat este stabilirea modului, mărimii și condițiilor de retribuire a muncii salariaților încadrați în instituțiile medico-sanitare publice și a colaboratorilor catedrelor clinice ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, în raport cu răspunderea și complexitatea sarcinilor, cu volumul și calitatea muncii, precum și cu nivelul de pregătire profesională și rezultatele activității economico-financiare a instituției [20].

• ***Hotărârea Guvernului nr. 381 din 13.04.2006 cu privire la condițiile de salarizare a personalului din unitățile bugetare*** prevede condițiile de salarizare a personalului din unitățile bugetare, inclusiv a personalului din instituțiile bugetare. Se aprobă categoriile de salarizare, condițiile unice de salarizare și salariile tarifare [21].

• ***Hotărârea Guvernului nr. 1345 din 30.11.2007 cu privire la acordarea facilităților tinerilor specialiști cu studii medicale și farmaceutice***. Prin acest document, Guvernul stabilește facilități și aprobă metodologia acordării facilităților tinerilor specialiști cu studii medicale și farmaceutice, plasați în câmpul muncii în mediul rural [22].

• ***Ordinul Ministerului Sănătății nr. 119 din 24.02.2012 Cu privire la aprobarea Concepției-cadru de Dezvoltare a Resurselor Umane în Sistemul Sănătății***. La componenta menținerea personalului medical acest document prevede instituirea unui sistem de salarizare a lucrătorilor medicali și farmaceutici, bazat pe performanța profesională [14].

Dezvoltarea personalului medical. Această componentă, la fel de importantă ca și cele enumerate anterior, are la originea sa atât reglementări internaționale, cât și naționale. Dezvoltarea personalului întrunește activitățile *dezvoltării profesionale continue*, *promovării* și *evaluării*. Dezvoltarea profesională continuă este una dintre cele trei componente de bază ale educației medicale, de rând cu instruirea universitară și instruirea postuniversitară. Evaluarea personalului medical, de asemenea, o considerăm activitate a acestei componente, deoarece evaluarea personalului prevede și identificarea necesităților de instruire a angajatului.

• ***Politica Națională în Sănătate*** definește toate componentele managementului resurselor umane în instituțiile medico-sanitare. Se atenționează și asupra necesității certificării specialiștilor drept o metodă universală de asigurare a diversificării și calității serviciilor medicale prestate populației [5].

• ***Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017***. Documentul atenționează asupra problemelor de instruire a personalului medical, subliniind necesitatea aplicării celor mai contemporane standarde de instruire și cu respectarea cerințelor internaționale în educația medicală [6].

• ***Legea ocrotirii sănătății*** și la această componentă prevede obligativitatea perfecționării continue a cunoștințelor profesionale, drepturile și obligațiunile generale și profesionale ale lucrătorilor medicali [7].

• ***Legea învățământului*** determină modalitățile de pregătire a cadrelor medicale cu studii medii de specialitate și cu studii superioare. Astfel, în art. 25 se stipulează modalitatea de organizare a învățământului mediu de specialitate în colegii, iar în art. 28^1 se explică modalitatea organizării învățământului superior și celui postuniversitar medical și farmaceutic [23].

• ***Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic*** stabilește bazele juridice și reglementează condițiile organizatorice și formele exercitării profesiunii de medic. Drepturile și obligațiunile stipulate în această lege prevăd expres dreptul și obligativitatea ridicării permanente a nivelului de cunoștințe [8].

• ***Ordinul Ministerului Sănătății nr. 119 din 24.02.2012 Cu privire la aprobarea Concepției-cadru de Dezvoltare a Resurselor Umane în Sistemul Sănătății.*** La componenta dezvoltarea personalului

medical, Concepţia-cadru prevede armonizarea ofertei educaţiei medicale continue a cadrelor medicale în corespundere cu necesităţile sistemului de sănătate, perfecţionarea mecanismelor de finanţare a educaţiei medicale continue [14].

• Pentru reglementarea procesului de educaţie medicală continuă a medicilor, farmaciștilor și lucrătorilor medicali cu studii medii, noi am elaborat și am propus Ministerului Sănătăţii pentru aprobare un regulament care stabilește criteriile de creditare a orelor de educaţie medicală continuă și reglementează activitatea furnizorilor de educaţie medicală continuă. Acest regulament a fost acceptat de MS, fiind aprobat prin ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 58-p § 1 din 03.05.2011 Cu privire la cuantificarea creditelor pentru educaţia medicală continuă*** [24].

• ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 75-p § 1 din 02.06.2011 Cu privire la atestarea medicilor și farmaciștilor*** are drept scop reglementarea organizării activităţii Comisiilor de atestare și a procesului de atestare și evaluare a nivelului pregătirii profesionale și conferire a categoriilor de calificare medicilor și farmaciștilor. De asemenea, conferirea categoriilor de calificare face parte din măsurile de motivare financiară a personalului medical, datorită faptului că categoria de calificare este legată de nivelul de salarizare a personalului, precum și de motivare nonfinanciară, ţinând cont de faptul că conferirea unei categorii superioare crește prestigiul lucrătorului medical și satisfacţia lui de lucrul efectuat [25].

• ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 59-p § 2 din 04.05.2011 Cu privire la atestarea personalului medical și farmaceutic cu studii mediii de specialitate*** are drept scop reglementarea organizării procesului de atestare a lucrătorilor medicali și farmaceutici cu studii medii și derulării procesului de evaluare a nivelului pregătirii profesionale și conferire a categoriilor de calificare personalului medical și celui farmaceutic cu studii medii [26].

Componentele managementului resurselor umane din instituţiile medico-sanitare menţionate – *asigurarea cu personal, menţinerea personalului* și *dezvoltarea personalului* – sunt scopul și obiectivele activităţii conducerii instituţiei medico-sanitare la capitolul MRU și fac parte din activitatea de bază a SRU a instituţiilor medicale. Analizând cadrul legislativ/normativ, am constatat că nu există reglementări pentru serviciul resurse umane din instituţiile medico-sanitare și funcţionarea lor se reduce la câteva activităţi: completarea carnetelor de muncă; elaborarea ordinelor de angajare, concediu, eliberare; perfectarea contractelor individuale de muncă; elaborarea planului de instruire a colaboratorilor și raportarea către Ministerul Sănătăţii. În scopul completării cadrului normativ în acest domeniu, noi am elaborat și am propus ministerului pentru aprobare un regulament de funcţionare a serviciului resurse umane din instituţiile medico-sanitare, care a fost acceptat și aprobat prin ***Ordinul Ministerului Sănătăţii nr. 52 din 20.04.2011 Cu privire la subdiviziunea resurse umane din instituţiile medico-sanitare***. Ordinul menţionat pentru prima dată stabilește modul de organizare și funcţionare a subdiviziunii resurse umane din instituţiile medicale, structura serviciului, definește scopul și atribuţiile, drepturile și responsabilităţile colaboratorilor din serviciul resurse umane, de asemenea stabilește cerinţele postului și specifică asigurarea locului de lucru cu echipament necesar [27].

Pentru a identifica posibilităţile de îmbunătăţire a cadrului legislativ/normativ în domeniul managementului resurselor umane din instituţiile medico-sanitare din Republica Moldova, ne-am propus să efectuăm analiza SWOT.

Analiza SWOT a cadrului legislativ/normativ în domeniul managementului resurselor umane din instituţiile medico-sanitare din Republica Moldova

	POZITIV	**NEGATIV**
Intern	**Puncte tari**	**Puncte slabe**
	- Pentru toate componentele MRU din IMSP există un cadru normativ suficient la nivel de documente de politici, prezentate prin Politica Națională în Sănătate, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pentru perioada 2007-2017. - Este suficient reglementată activitatea de Angajare a tinerilor specialiști în IMSP. - Sunt pe deplin reflectate în actele legislative și normative activitățile de Recompensă a personalului (salarizare și motivare financiară). - Există un cadru legislativ/normativ suficient privitor la activitățile de DPC a componentei *Dezvoltarea personalului*. - Tot cadrul normativ existent este contemporan și permite completări și modificări după necesitate.	- La nivel de acte normative organice nu sunt reglementate mecanismele concrete de implementare a prevederilor documentelor de politici la activitățile Planificarea RU, Analiza postului pentru componenta *Asigurarea cu personal*. - Nu există la nivel de acte normative reglementări clare la activitățile de Integrare și adaptare a noilor angajați sau a tinerilor specialiști a componentei *Menținerea personalului*. - Nu sunt stipulate în actele normative reglementări privitor la Motivarea personalului medical. - Nu sunt elaborate la nivel de acte normative reglementări privitor la stabilirea indicatorilor individuali de performanță pentru lucrătorii medicali și, respectiv, reglementări privitor la evaluarea performanței individuale.

	Oportunități	Amenințări
Extern	- Atenția organismelor internaționale în domeniul sănătății este axată pe componenta *Resurse umane* și se întreprind măsuri importante pentru redresarea problemelor existente. - Planul de activitate a MS prevede îmbunătățirea stării lucrurilor la componenta *Resurse umane*, ceea ce va permite elaborarea și implementarea unor prevederi normative privitor la componentele MRU.	- Criza economică existentă la nivelurile mondial și național ar putea plasa componenta *Resurse umane în sănătate* pe ultimul loc de priorități, fiind selectate prioritar alte domenii strategice, cum ar fi plata la timp a salariilor, asigurarea cu un loc de muncă etc. - Instabilitatea politică poate provoca o întârziere considerabilă în adoptarea cadrului legislativ și celui normativ necesare pentru implementarea componentelor MRU în IMSP.

Concluzii. În urma analizei cadrului legislativ/normativ în domeniul managementului resurselor umane în instituţiile medico-sanitare din Republica Moldova, a punctelor tari şi punctelor slabe, oportunităţilor şi ameninţărilor, se constată următoarele:

1. ***La nivel strategic*** – sistemul sănătăţii din Republica Moldova dispune de un cadru normativ suficient, evidenţiat în Constituţia Republicii Moldova, Codul muncii, Politica Naţională în Sănătate şi Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017, Concepţia-cadru de Dezvoltare a Resurselor Umane în Sistemul Sănătăţii, pentru a implementa toate componentele managementului resurselor umane în instituţiile medico-sanitare. Prevederile acestor documente strategice permit elaborarea unui set suficient de acte normative necesare pentru activitatea eficientă a domeniului.

2. ***La nivel legislativ şi la nivel normativ***, reprezentate de cadrul legal şi de hotărârile de Guvern existente, se constată o acoperire neuniformă a componentelor managementului resurselor umane în instituţiile medico-sanitare. Astfel, sunt pe deplin reflectate activităţile de *Recompensă* a personalului (*salarizare şi motivare financiară*), sunt suficient reglementate activităţile de *Angajare* a tinerilor specialişti în instituţiile medico-sanitare şi activităţile de *Dezvoltare profesională continuă* a componentei *„Dezvoltarea personalului"*. Totodată, la nivel de acte normative organice nu sunt reglementate mecanismele concrete de implementare a prevederilor documentelor de politici la activităţile *Planificarea RU*, *Analiza postului* pentru componenta *„Asigurarea cu personal"*, nu există la nivel de acte normative reglementări clare la activităţile de *Integrare şi adaptare a noilor angajaţi* sau a tinerilor specialişti a componentei *„Menţinerea personalului"*; nu sunt stipulate în actele normative reglementări privitor la *Motivarea personalului* medical. Nu sunt elaborate la nivel de acte normative reglementări privitor la stabilirea indicatorilor individuali de performanţă pentru lucrătorii medicali şi, respectiv, reglementări privitor la *Evaluarea performanţei* individuale.

3. ***Reglementările în domeniul managementului resurselor umane***, reprezentate de ordinele Ministerului Sănătăţii, sunt dispersate şi incomplete la toate componentele, începând cu activităţile de *Planificare (inclusiv strategică) a resurselor umane, Estimare a necesităţilor de personal, Evaluare a resurselor umane existente şi prognozarea lor, Analiza postului, Angajarea personalului medical* a componentei *„Asigurarea cu personal medical"*, activităţile de *Integrare şi adaptare a noilor angajaţi* şi *Motivarea personalului* medical a componentei *„Menţinerea personalului"*, şi terminând cu activităţile de *Evaluare a performanţei* a componentei *„Dezvoltarea personalului"*.

4. Reieşind din caracterul nespecific, incomplet, dispersat al cadrului legislativ/normativ prezent în domeniul managementului resurselor umane din instituţiile medico-sanitare din Republica Moldova, soluţiile de înlăturare a deficienţelor şi de aliniere la standardele contemporane europene pot fi elaborarea unui capitol separat special în cadrul Legii actuale a ocrotirii sănătăţii sau a unui capitol în cadrul unei eventuale noi legi a sănătăţii publice în Republica Moldova, care ar integra toate activităţile legate de formarea şi managementul personalului medical. Ulterior, modificarea cadrului normativ existent va contribui la implementarea celor mai noi proceduri şi activităţi în domeniul managementului resurselor umane la nivelul instituţiilor medico-sanitare din Republica Moldova.

Bibliografie

1. Novac-Hreplenco T., Dodon Ion. *Bazele legislaţiei în sistemul sănătăţii publice*. Chişinău: Casa editorial-poligrafică „Bons Offices", 2006.
2. Romandaş N., Boişteanu Ed. *Dreptul muncii*, Chişinău: Tipografia „Reclama", 2007.
3. *Codul muncii al Repubicii Moldova*, Legea nr. 154 din 28.03.2003. În: Monitorul Oficial nr. 159-162, art. nr. 648, din 29.07.2003.
4. *Constituţia Republicii Moldova* din 29.07.1994. În: Monitorul Oficial al R.M. nr. 1, art. nr. 1 din 18.08.1994.
5. HG nr. 886 din 06.08.2007 *Cu privire la aprobarea Politicii Naţionale în Sănătate*. În: MO nr. 127-130, art. nr. 931 din 17.08.2007.
6. HG nr. 1471 din 24.12.2007 *Cu privire la aprobarea Strategiei de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*. În: MO nr. 8-10, art. nr. 43 din 15.01.2008.
7. *Legea ocrotirii sănătăţii* nr. 411 din 28.03.1995. În: MO nr. 34, art. nr. 373 din 22.06.1995.
8. *Legea cu privire la exercitarea profesiunii de medic* nr. 264 din 27.10.2005. În: MO nr. 172-175, art. nr. 839 din 23.12.2005.

9. *Legea cu privire la drepturile şi responsabilităţile pacientului* nr. 263 din 27.10.2005. În: MO nr. 176-181, art. nr. 867 din 30.12.2005.
10. *Legea privind supravegherea de stat a sănătăţii publice* nr. 10 din 03.02.2009. În: MO nr. 67, art nr. 183 din 03.04.2009.
11. *Legea* nr. 102 din 13.03.2003 *cu privire la ocuparea forţei de muncă şi protecţia socială a persoanelor aflate în căutarea unui loc de muncă*. În: MO nr. 70-72, art. nr. 312 din 15.04.2003.
12. HG nr. 1396 din 24.11.2003 *Cu privire la instruirea medicilor şi farmaciştilor rezidenţi şi plasarea în câmpul muncii a tinerilor specialişti*. În: MO nr. 235, art. nr. 1443 din 28.11.2003.
13. HG nr. 1079 din 02.10.2007 *Pentru aprobarea Regulamentului privind numirea în funcţie în bază de concurs a conducătorilor instituţiilor medico-sanitare publice*. În: MO nr. 157-160, art. nr. 1114 din 05.10.2007.
14. Ordinul MS nr. 119 din 24.02.2012 [online]. http://ms.gov.md/_files/13111-ordinul%nr%2521143%25202012.PDF (citat 30.08.2012).
15. Ordinul MS nr. 1143 din 14.11.2012. [online]. http://ms.gov.md/_files/13111-ordinul%2520nr%25201143%25202012.PDF (citat 25.08.2012).
16. *Legea salarizării* nr. 847 din 14.02.2002. În: MO nr. 50-52, art. nr. 336 din 11.04.2002.
17. *Legea cu privire la sistemul de salarizare în sectorul bugetar* nr. 355 din 23.12.2005. În: MO nr. 35-38, art. nr. 148 din 03.03.2006.
18. *Legea Sindicatelor* nr. 1129 din 07.07.2000. În: MO nr. 130, art. nr. 919 din 19.10.2000.
19. *Legea Patronatelor* nr. 976 din 11.05.2000. În: MO nr. 141-143, art. nr. 1013 din 09.11.2000.
20. HG nr. 1593 din 29.12.2003 *Despre aprobarea Regulamentului privind salarizarea personalului din IMSP încadrate în sistemul asigurărilor obligatorii de asistenţă medicală*. În: MO nr. 6-12, art. nr. 65 din 01.01.2004.
21. HG nr. 381 din 13.04.2006 *Cu privire la condiţiile de salarizare a personalului din unităţile bugetare*. În: MO nr. 66-69, art. nr. 431 din 28.04.2006.
22. HG nr. 1345 din 30.11.2007 *Cu privire la acordarea facilităţilor tinerilor specialişti cu studii medicale şi farmaceutice*. În: MO nr. 188-191, art. nr. 1386 din 07.12.2007.
23. *Legea învăţământului* nr. 547 din 21.07.1995. În: MO nr. 62-63, art. nr. 692 din 09.11.1995.
24. Ordinul MS nr. 58-p § 1 din 03.05.2011 *Cu privire la cuantificarea creditelor pentru educaţia medicală continuă*. [online]. http://ms.gov.md/ministry/sru/atestarea/ (citat 25.08.2012).
25. Ordinul MS nr. 75-p § 1 din 02.06.2011 *Cu privire la atestarea medicilor şi farmaciştilor*. [online]. http://ms.gov.md/_files/13151-Ordin%2520Atestare%2520medici.pdf (citat 25.08.2012).
26. Ordinul MS nr. 59-p §2, 04.05.2011 *Cu privire la atestarea personalului medical şi farmaceutic cu studii mediii de specialitate*. [online]. http://ms.gov.md/_files/8891-Ordin%20atestare%20lucratori%20cu%20studii%20medii_final_20.06.pdf (citat 25.08.2012).
27. Ordinul MS nr. 52 din 20.04.2011 *Cu privire la subdiviziunea resurse umane din instituţiile medico-sanitare*. [online]. http://ms.gov.md/_files/8478-Regulament.pdf (citat 25.08.2012).

Prezentat la 06.06.2013

EDUCAŢIA UNIVERSITARĂ ÎN MEDICINA DE FAMILIE: MOLDOVA ÎN CONTEXTUL EUROPEAN (REZULTATELE STUDIULUI DESCRIPTIV REALIZAT DE *EURACT*)

Natalia ZARBAILOV,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Undergraduate education in family medicine: Moldova in the European background (Descriptive survey results conducted by EURACT)

It is increasingly becoming evident that a strong primary health care system is more likely to provide better population health, more equity in health throughout the population, and better use of economic resources, compared to systems that are oriented towards specialty care. Developing and maintaining a strong and sustainable primary health care requires that a substantial part of graduating doctors go into primary care. This in turn requires that general practice/family medicine (GP/FM) strongly influences the curricula in medical schools. In the present paper we aim to compare the situation on the GP / FM teaching in Moldova and in medical schools throughout Europe.

The results of descriptive survey conducted by EURACT (European Academy of Teachers of General Practice / Family Medicine) served basis for comparison. A brief questionnaire was e-mailed to GP/FM or other professors at European medical universities.

259 out of 400 existing universities in 39 European countries responded to questionnaire. Out of these, 35 (13.5%) reported to have no GP/FM curriculum. These 35 medical faculties were located in 12 different European countries. In addition, 15 of the medical schools where a GP/FM curriculum did exist, reported that this curriculum did not include any clinical component (n = 5), or that the clinical part of the course was very brief - less than one week, mostly only a few hours (n = 10). These were mainly located in the Eastern or Southern European regions.

It is still possible to graduate from European medical universities without having been exposed to a GP/FM curriculum. Moldova do has medical curriculum in Family Medicine; however it is shorter then in Northern European countries and should be extended and adapted to learners needs.

Keywords*: General practice/family medicine, undergraduate medical education, clinical curriculum, Europe.*

Резюме

Университетское образование в области семейной медицины: Молдова в рамках Европы (результаты опроса, проведенного EURACT)

Становится все более очевидным, что сильная система первичной медико-санитарной помощи имеет

больше шансов для обеспечения лучшего здоровья населения, обеспечивает больше справедливости в отношении здоровья среди населения и более эффективное использование экономических ресурсов, по сравнению с системами, которые ориентированы на специализированную помощь. Разработка и поддержание сильной и устойчивой первичной медико-санитарной помощи требует, чтобы значительная часть выпускников-врачей шли работать в первичную медицинскую помощь. Это, в свою очередь, требует от общей практики/семейной медицины (ОП/СМ) сильного влияния на учебные программы в медицинских учебных заведениях. В настоящей работе мы стремились сравнить ситуацию обучения в области общей практики/семейной медицины в Молдове относительно медицинских учебных заведений по всей Европе.

Результаты описательного исследования, проведенного EURACT (Европейская Академия преподавателей общей практики/семейной медицины) служили основой для сравнения. Краткий вопросник был выслан по электронной почте преподавателям общей практики/семейной медицины или другим профессорам европейских медицинских вузов.

259 из 400 существующих университетов в 39 странах Европы ответили на вопросы анкеты. Из них 35 (13,5%) сообщили, что не имеют никакой учебной программы по ОП/СМ. Эти 35 медицинских факультетов расположены в 12 различных европейских странах. Кроме того, 15 медицинских школ, где программы по ОП/СМ действительно существуют, сообщили, что эти программы не содержат клинического компонента (n=5), или, что клиническая часть курса очень краткая – не более одной недели, в основном только несколько часов (n = 10). Они в основном расположены в Восточной или Южной Европе.

В настоящее время еще можно окончить европейский медицинский университет, не получив обучения в области общей практики/семейной медицины. В Молдове существует учебная программа по семейной медицине, однако она короче, чем в странах Северной Европы и должна быть расширена и адаптирована к потребностям учащихся.

***Ключевые слова**: общая практика/семейная медицина, университетское медицинское образование, студенты, клинический учебный план, Европа.*

Introducere. Practica generală/medicina de familie (PG/MF) este o asistenţă de prim contact, concentrată pe îngrijirea persoanei, în curs de desfăşurare în timp, care răspunde nevoilor legate de sănătatea oamenilor, referindu-se numai la pacienţii cu condiţii mai puţin frecvente sau grave, și coordonarea îngrijirii atunci când oamenii primesc servicii la alte niveluri ale sistemului de sănătate [1]. Asistenţa medicală primară înseamnă PG/MF aplicată la nivel de populaţie și, ca o strategie în rândurile populaţiei necesită angajamentul guvernelor de a dezvolta și a susţine astfel de servicii. Este din ce în ce mai evident că un sistem puternic de asistenţă medicală primară are mai multe şanse de a oferi o mai bună îngrijire a sănătăţii populaţiei, o mai bună echitate în domeniul sănătăţii în rândurile populaţiei şi o utilizare rezonabilă a resurselor economice, în comparaţie cu sistemele care sunt orientate spre ingrijire din partea specialiştilor [2-4]. Organizaţia Mondială a Sănătăţii (OMS) a identificat asistenţa medicală primară ca fiind centrală în realizarea obiectivului *Sănătate pentru toţi* deja în anul 1978 [5], iar în următorii treizeci de ani a încurajat toate ţările să orienteze sistemele de sănătate spre o îngrijire primară consolidată [3]. Dezvoltarea şi menţinerea asistenţei medicale primare puternice şi durabile presupune că o parte considerabilă din medicii-absolvenţi vor merge în asistenţa primară [3]. Aceasta, la rândul său, presupune că PG/MF influenţează puternic programele din şcolile medicale, deşi factorii instituţionali, legislativi şi de piaţă joacă, de asemenea, un rol important [6-8].

Alegerea specialităţii de către studenţii-medici determină viitoarea componenţă a forţei de muncă în sănătate. Printre mai multe motive care influenţează alegerea unei cariere fie spre sau de asistenţă medicală primară, este programa şcolilor medicale, care poate afecta studenţii în percepţia rolului medicilor din asistenţa medicală primară. Din moment ce studenţii sunt influenţaţi, în mare măsură, de culturile instituţiilor în care sunt pregătiţi, atitudinea negativă a universităţii faţă de MF/PG ar putea afecta negativ numărul de studenţi care ar îmbrăţişa această specialitate [6].

Selecţia specialităţii de carieră începe serios în rotaţiile clinice, cu expunerea la medii clinice şi intelectuale de diverse domenii. Un studiu recent din Israel a constatat că nu mai puţin de 62% din studenţii ultimului an de studii medicale consideră alegerea unei anumite specialităţi, în timp ce restul consideră două sau mai multe [9].

Cu toate acestea, educaţia medicală universitară pare să fie în discordanţă cu accelerarea dezvoltării şi formarea în PG/MF [8]. Într-un articol de formare, un grup din EURACT a dezvoltat un *Curriculum de bază minim* pentru instruire universitară în PG/MF, conceput ca un ajutor pentru şcolile medicale ce introduc subiectul pentru prima dată, de obicei începând cu un curs foarte scurt [10].

Lucrul în instituţiile de PG/MF necesită abilităţi de rezolvare a problemelor, care diferă foarte mult de gândirea liniară, centrată pe boală, în interiorul spitalelor universitare, care domină programele de instruire din şcolile medicale. În asistenţa medicală primară se pune accent pe întreaga persoană – trup şi minte – în contextul lui/ei şi pe perioade lungi de

timp. Problemele de sănătate complexe şi greu de înţeles, precum şi grupurile de boli trebuie să fie tratate, iar relaţia medic – pacient este un instrument important de lucru. Nici un student nu ar trebui să fie absolvent al şcolii medicale, fără înţelegerea substanţială a acestor probleme [8, 10]. În opinia noastră, aceasta presupune – în plus faţă de un curriculum teoretic în PG/MF – o componentă substanţială de învăţare "maestru – ucenic" într-o clinică de asistenţă medicală primară.

În ultimele decenii, multe ţări europene au suferit schimbări majore, inclusiv democratizarea, liberalizarea economică şi o redefinire a rolului Statului [4]. Sistemele de servicii sociale şi de îngrijire a sănătăţii au fost reformate şi a trebuit să fie înfruntate noi provocări. Republica Moldova este parte a acestui proces. În lucrarea de faţă, ne propunem să comparăm situaţia privind predarea PG/MF în Moldova şi în şcolile medicale pe intreg teritoriul Europei.

Material şi metode. Drept bază pentru comparaţie au servit rezultatele studiului descriptiv, realizat de Comitetul pe probleme de instruire universitară (CIU) al EURACT (Academia Europeană a Profesorilor de Practică Generală/Medicină de Familie) [11], la desfăşurarea căruia a participat autorul [12]. În urma unui asalt de idei, în cadrul CIU au fost identificate elementele pentru un chestionar. Pentru a atinge rata de răspuns mai bun posibil, chestionarul a fost gândit cât mai scurt şi mai simplu posibil (*vezi caseta*).

Casetă

Chestionar Academia Europeană de Profesori în Practică Generală/ Medicina de Familie (EURACT) execută o cartografiere a prezenţei instruirii universitare în MF/PG / rotaţii / clerkships în toate Şcolile Medicale Europene. Sunteţi rugaţi să răspundeţi pe scurt la chestionarul ataşat privind propria Dvs. şcoală medicală.	
1. Numele şcolii medicale	
2. Oraşul	
3. Pentru câţi ani este prevăzut Programul la şcoala Dvs. medicală?	
4. Şcoala are o rotaţie în Medicina de Familie/ Practica Generală?	
5. Dacă da, are aceasta şi o componentă clinică? (Studenţii stau cu un medic de familie/generalist în biroul lui/ei ?)	
6. Care este durata acestei rotaţii în săptămâni?	
7. Când (în care an) are loc rotaţia?	
8. Aveţi astfel de rotaţii în mai mult de un an?	

Chestionarul a fost trimis prin e-mail profesorilor de PG/MF la fiecare şcoală medicală din ţările de interes (în care nu există profesori de PG/MF, a fost contactat decanul sau un alt profesor în cauză). Autorii au împărţit ţările între ele şi în multe ţări reprezentanţii naţionali ai EURACT, care nu sunt membri ai CIU, au ajutat la distribuirea chestionarelor şi colectarea răspunsurilor. În general, datele care au ajuns de la respondenţi au fost acceptate. Colectarea datelor a avut loc în 2011 şi până la sfârşitul anului 2012.

Rezultate. Potrivit *Avicenna Database*, condusă de Universitatea din Copenhaga în colaborare cu Federaţia Mondială pentru Educaţie Medicală (WFME), există aproximativ 400 de universităţi medicale în 39 de ţări europene considerate (http://avicenna.ku.dk/database/medicine). În studiul organizat de grupul din EURACT, au fost obţinute informaţii de la 259 de şcoli medicale europene din aceste 39 de ţări (*tabelele 1-4*), inclusiv de la Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu* din Republica Moldova. Rata de răspuns a fost de 64%. Din cele 259 de universităţi respondente, 35 (13,5%) au raportat lipsa curriculumului pentru PG/MF. Aceste 35 de facultăţi de medicină erau din 12 ţări europene diferite (Belarus, Bulgaria, Republica Cehă, Georgia, România, Slovacia, Albania, Cipru, Grecia, Italia, Serbia, Turcia). În plus, 15 şcoli medicale în care există un curriculum în PG/MF au raportat că acest curriculum nu include nici o componentă clinică sau că partea clinică a cursului este foarte scurtă – mai puţin de o săptămână, în majoritatea cazurilor doar câteva ore. În total, 50 de universităţi (19%) nu au nici un curriculum în PG/MF sau au unul foarte scurt.

Tabelele 1-4 afişează detaliile de curriculum PG/MF în şcolile medicale din cele patru regiuni europene (în funcţie de Schema geografică a Naţiunilor Unite, inclusiv Israelul). În general, comprehensivitatea curriculumului PG/MF variază între regiuni, toate facultăţile fără un astfel de curriculum sunt situate fie în Europa de Est sau în cea de Sud, precum şi majoritatea şcolilor fără sau cu o foarte scurtă componentă clinică PG/MF. Doar câteva şcoli medicale din Europa de Est au o perioadă de rotaţie mai mult de 2 săptămâni, printre ele fiind şi Moldova – 3 săptămâni, în timp ce marea majoritate a instituţiilor din Europa de Nord au cel puţin 5 săptămâni şi mai multe – până la 12-13 săptămâni.

Există variaţii substanţiale în lungimea componentei clinice în diferite ţări şi chiar în interiorul unui oraş: de exemplu, timpul petrecut în oficiul unui medic de familie este de două săptămâni într-o şcoală medicală din Bruxelles şi de 12 săptămâni într-o altă şcoală. Odată cu creşterea duratei perioadei clinice de predare, este comună tendinţa de a o repartiza pe mai multe semestre. De exemplu, 12-13 săptămâni de rotaţie la trei universităţi suedeze implică anii de la unu la şase.

Tabelul 1

Europa de Vest – statutul curriculumului în şcolile medicale

Ţări (n = 5) Şcoli medicale (n = 53)	Curriculum în PG/MF, da/nu	Componenta clinică	
		Numărul de săptămâni	În care an
Austria			
Medical University Graz	Da	5	6
Medical University Innsbruck	Da	4	6
Medical University Vienna	Da	3	5 + 6
Medical University Salzburg	Da	4	5
Belgia			
KU Leuven	Da	10	2 + 6
Univ. Gent	Da	10	2, 3, 6
VUB Brussels	Da	12	2, 5, 6
UA Antwerp	Da	8	2 + 6
UCL Brussels	Da	2	3
ULB Brussels	Da	5	3 + 6
ULG Liege	Da	5	2 + 6
Olanda			
Maastricht	Da	10	5
Germania			
Univ. Aachen	Da	1	5
Berlin	Da	1	5
Bochum	Da	2	4
Bonn	Da	1	5
Dresden	Da	1	5
Düsseldorf	Da	2	5
Erlangen	Da	1	5
Essen	Da	2	4
Frankfurt	Da	2	5
Freiburg	Da	2.5	5
Giessen	Da	2	4
Göttingen	Da	2	5
Greifswald	Da	1	4
Halle	Da	2	5
Hamburg	Da	1	4
Hannover	Da	2	5
Heidelberg	Da	2	1 sau 2 + 4
Homburg	Da	1	?
Jena	Da	2	4
Kiel	Da	2	4
Köln	Da	2	4 sau 5
Leipzig	Da	2	4
Lübeck	Da	1	?
Magdeburg	Da	2-3	4 + 5
Mainz	Da	1	5
Mannheim	Da	?	
Marburg	Da	2	5
München (LMU)	Da	1	4
München (TU)	Da	2	4 + 5
Münster	Da	2	4
Regensburg	Da	?	5
Rostock	Da	1	5
Tübingen	Da	2	4 + 5
Ulm	Da	2	1 până la 5
Witten/Herdecke	Da	8-10	5
Würzburg	Da	5	
Elveţia			
Univ. of Basel		4	4
Univ. of Bern		6	1, 2, 3, 4, 6
Univ. of Geneva		3	2, 4, 5
Univ. of Lausanne		5	3, 4, 5, 6
Univ. of Zürich		2	3, 4, 5

Tabelul 2

Europa de Est – statutul curriculumului în şcolile medicale

Ţări (n = 10) Şcoli medicale (n = 50)	Curriculum în PG/MF, da/nu	Componenta clinică	
		Numărul de săptămâni	În care an
Belarus			
Universitatea de Stat de Medicină Minsk[1]	Nu		
Universitatea de Stat de Medicină Vitebsk[1]	Nu		
Universitatea de Stat de Medicină Gomel [1]	Nu		
Universitatea de Stat de Medicină Grodno[1]	Nu		
Bulgaria			
Universitatea de Medicină Plovdiv[1]	Nu		
Universitatea de Medicină Sofia	Da	2	6
Universitatea de Medicină Varna[1]	Nu		
Universitatea de Medicină Pleven[1]	Nu		
Facultatea Medicală Stara Zagora[1]	Nu		
Republica Cehă			
Charles Univ. in Prague, first fac. of med.	Da	3	4, 6
Charles Univ. in Prague, second fac. of med.	Da	1	6
Charles Univ. in Prague, third fac. of med.	Da	1	6
Charles Univ., fac. of med. Hradec Kralove[2]	Da	3 ore	6
Fac. de med. în Pilsen, Masaryk University	Da	1	5 + 6
Fac. de med., Palacky Univ. Olomouc	Da	1	6
Univ. Ostrava, fac. med.[1]	Nu		
Georgia			
Akaki Tsereteli State Univ., Caucasus	Da	1	6
International Univ. Tbilisi[1]	Nu		
David Agmashenelebi Univ. of Georgia	Da	2	5
David Tvildiani Med. Univ.	Da	2	6
Iv. Javakhishvili Tbilisi State Univ.	Da	2	5
Petre Shotadze Tbilisi Med. Acad.	Da	2	6
Shota Rustaveli State Univ.[1]	Nu		
Tbilisi Med. Edu. Univ. Hippocrates	Da	1.5	6
Tbilisi State Med. Univ.	Da	2	1, 2
Ungaria			
Semmelweis Univ. Budapest	Da	1	6
Univ. of Szeged	Da	1	6
Univ. of Pecs	Da	1.5	6
Republica Moldova			
Univ. de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*, Chişinău	Da	3	5
Polonia			
Med. Univ. of Bialystok[2]	Da	2 ore	6
Wroclaw Med. Univ.[2]	Da	5 ore	6
Med. Univ. of Gdansk	Da	2.5	6
Med. Univ. of Silesia, School of Med. in Katowice	Da	6	6 5
Med. Univ. of Lodz	Da	4	6
Med. Univ. of Lublin	Da	2.5	6
Poznan Univ. of Med. Sciences[2]	Da	<1	6
Pomorski Univ. of Med. Stettin	Da	2.5	6
Med. Univ. of Warsaw	Da	2.5	6
Ludwig Rydygier Coll. Med. Bydgoszcz	Da	2	6
România			
Universitatea de Medicină *Gr. T. Popa*, Iaşi	Da	6	6
Fac. de Med. *Victor Papilian*, Sibiu[1]	Nu		
Univ. Transilvania, Braşov[2]	Da	no	
Univ. Med. şi Farm. *Victor Babeş*, Timişoara[2]	Da	no	
Univ. Med. şi Farm. *Iuliu Haţieganu*, Cluj-Napoca	Da	2.5	6

Rusia			
Krasnoiarsk[2]	Da	30 ore	6
Univ. de Stat de Med. din Vladivostok	Da	1.5	6
Acad. Med. de Stat Amurskaia, Blagoveşcensk	Da	1	6
Univ. de Stat de Med. din Kursk[2]	Da	6 ore	6
Univ. de Stat de Med. din Petrozavodsk[2]	Da	6 ore	6
Univ. de Stat de Med. din Pavlov din St. Petersburg	Da	4	5, 6
Univ. de Stat de Med. din Nord-Vest din St. Petersburg	Da	2	6
Slovacia			
Pavol Josef Safarik Univ. Kosice	Da	1	4
Jessenius Fac. Med. Martin	Da	2	5
Comenius Univ. Bratislava	Nu		

Notă: [1]Nu este curriculum în PG/MF (n = 13). [2]Componentă clinicală nu este sau este < 1 săptămână (n = 9).

Regatul Unit			
Keele Univ.	Da	23	3, 4, 5
Newcastle Med. School	Da	8	anii 1-5
Barts and The London	Da	5+	anii 1-5
Edinburgh	Da	7	4, 5
Brighton and Sussex Med. School	Da	4++	1, 2, 4, 5
Cambridge	Da	12+	4, 5, 6
Lancaster Med. School	Da	15	anii 2-5
Leicester	Da	7	4
Nottingham	Da	4+	5
King's College, London	Da	10	anii 1-5
Dundee Med. School	Da	12	4, 5
Bristol	Da	7-8	anii 1-5
Univ. of East Anglia	Da	19	anii 1-5
St. George's Univ. of London	Da	9	3, 5
Birmingham	Da	9	anii 1-5
Glasgow	Da	20	3, 4, 5
Warwick Med. School	Da	8	2, 3

Tabelul 3

Europa de Nord – statutul curriculumului în şcolile medicale

Ţări (n = 9) Şcoli medicale (n = 45)	Curriculum în PG/MF, da/nu	Componenta clinică	
		Numărul de săptămâni	În care an
Danemarca			
Aarhus Univ.	Da	3	6
Univ. of South Denmark Odense	Da	6	6
Aalborg Univ.	Da	2	4 sau 5
Copenhagen Univ.	Da	?	
Estonia			
Univ. of Tartu	Da	6	1,6
Finlanda			
Univ. of Helsinki	Da	4.5	1, 2, 4, 5
Univ. of Kuopio	Da	9	1, 2, 3, 5, 6
Univ. of Oulo	Da	4	1, 2, 5, 6
Univ. of Tampere	Da	5	3, 4, 5, 6
Univ. of Turku	Da	4.5	1, 3, 5
Islanda			
Med. School of Iceland Reykjavik	Da	4	2,6
Irlanda			
Univ. of Limerick	Da	?	1, 4
Royal College of Surgeons Med. School	Da	3	1, 4
Queens Univ. Belfast	Da	4	4
Trinity College, Dublin	Da	4	4
NUI Galway	Da	6	1, 2, 4
Univ. College Cork	Da	7	3, 5
Letonia			
Riga Stradins Univ.	Da	4	6
Univ. of Latvia	Da	4	6
Norvegia			
Univ. of Bergen	Da	4	6
Univ. of Oslo	Da	7	1, 2, 5
Univ. of Tromsř	Da	8	1, 5
Norv. Univ. of Science and Technol. Trondheim	Da	7	1, 2, 6
Suedia			
Sahlgrenska Acedemy Gothenburg	Da	6	1, 2, 3, 5
Linköping Univ.	Da	12	anii 1-6
Örebro Univ.	Da	12	anii 1-6
Umeĺ Univ.	Da	6	3, 4, 6
Karolinska Inst. Stockholm		13	anii 1-6

Tabelul 4

Europa de Sud – statutul curriculumului în şcolile medicale

Ţări (n = 15) Şcoli medicale (n = 107)	Curriculum în PG/MF, da/nu	Componenta clinică	
		Numărul de săptămâni	În care an
Albania			
Univ. of Tirana[1]	Nu		
Bosnia şi Herţegovina			
Med. fak. Banja Luka	Da	3	5
Med. fak. Tuzla	Da	?	6
Croaţia			
Rijeka	Da	2	6
Zagreb	Da	2	6
Osijek	Da	2	6
Split	Da	2	6
Cipru			
Univ. of Nicosia[1] (numai primii doi ani de studii)	Nu		
Grecia			
Athens[1]	Nu		
Aristotle Univ. of Thessaloniki	Da	4	6
Patras[1]	Nu		
Heraklion, Crete	Da	4	1
Ioannina	Da	2	6
Alexandroupoli[1]	Nu		
Larissa[1]	Nu		
Italia			
Univ. of L'Aquila	Da	1	1, 6
Fac. La Sapienza	Da	4	6
Fac. di Med. et Psicol. Roma[2]	Da	30 h	5
Campus Biomedico Roma	Da	1	5
Univ. of Udine	Da	2	6
Univ. of Trieste[1]	Nu		
Central, Milan	Da	1	5
S. Paolo, Milan	Da	1	5
Vialba, Milan	Da	1	5
S. Donato, Milan	Da	1	5
Univ. of Genoa	Da	2	6
Univ. of Bari et Foggia	Da	2	6
Macedonia			
Univ. SS. Cyril & Methodius Skopje	Da	1	6
State Univ. Tetovo[2]	Da	15 ore	6
Univ. Goce Delcev Stip[2]	Da	15ore	6

Malta			
Univ. of Malta	Da	4	4
Muntenegru			
Podgorica	Da	1	4,5
Portugalia			
Univ. da Coimbra	Da	10	6
Univ. da Lisboa	Da	10	1, 2, 6
Univ. da Porto	Da	4	6
Univ. da Beira Interior	Da	4	1, 2, 4, 5, 6
Univ. da Minho	Da	16	5, 6
Univ. da Algarve	Da	16	1, 2, 3
Serbia			
Med. Fak. Nis	Da	1	5
Med. Fak. Belgrade	Da	3	6
Med. Fak. Kragujevac[1]	Nu		
Med. Fak. Novi Sad[1]	Nu		
Relocated Med. Fak. Pristina[1]			
Slovenia			
Ljubljana	Da	7	6
Spania			
Cadiz	Da	4	
Cordoba[2]	Da	nu	
Granada[2]	Da	nu	
Sevilla	Da	3	6
Zaragoza	Da	4	6
Asturias[2]	Da	nu	
La Laguna	Da	6	5, 6
Las Palmas	Da	8	6
Cantabria	Da	?	
Salamanca	Da	3	6
Valladolid	Da	4	3, 6
Albacete	Da	6	6
Univ. Autonoma Barcelona	Da	11	1
Univ. Barcelona	Da	4	5
Girona	Da	2	3, 4, 5 6
Lleida	Da	6	6
Rovira I Virgili	Da	2	6
Extremadura	Da	8	
Santiago	Da	4	3
Univ. Autonoma de Madrid	Da	4	6
Complutense de Madrid	Da	4	5 sau 6
Europ Univ. Madrid	Da	?	
Alfonso	Da	2	6
Murcia	Da	4	6
Navarra	Da	4	3
Valencia	Da	1	3, 4
Catholic Univ. Valencia	Da	4	
Miguel Hernandez, San Juan	Da	6	
Alicante	Da		
Pais Vasco	Da	2	6
Turcia			
Acibadem Istanbul	Da	13	1, 2, 3, 6
Cukorova Adana	Da	3	6
Kocatepe Afyon[1]	Nu		
Ondokuzmayis Samsun	Nu	4	6
Osmangazi Eskisehir[1]	Da		
Selcuk Meram Konya[1]	Nu		
Sutcu Imam Kahramanmaras	Nu	4	6
Trakya Edirne	Da	2	4
Uludag Bursa	Da	1	6
Tayfur Ata SokmenHatay	Da	4	6
Bozok Yozgat[1]	Da		
Gulhane Askeri Tip Akademisi	Nu		
Ankara[1]	Nu		
Ankara Univ.		1	5
Inonu Malatya	Da	4	6
Marmara	Da	8	3, 5, 6
Pamukkale Denizli[1]	Da		
Mersin[1]	Nu		
Dokuz Eylül Izmir[1]	Nu		
Onsekiz Mart Canakkale	Nu	8 (electiv)	5, 6
Yeditepe Istanbul	Da	6	6
Adnan Menderes Aydin	Da	5	5, 6
Akdeniz Antalya	Da	5	3, 6
Baskent Ankara	Da	2	4
Izzet Baysal Abant[1]	Da		
Karadeniz Techn. Univ.	Nu		
Trabzon[1]	Nu		
Celal Bayar Manisa[1]	Nu		
Yildirim Beyazit Ankara	Da	4	6
Capa Istanbul[1]	Nu		
Gazi Osman Pasa Tokat	Da	4	5
Israel			
Ben-Gurion Univ. Beer-Sheva	Da	6	6
Hebrew Univ. Jerusalem	Da	2	6
Tel-Aviv Univ. (6 y med. school)	Da	4	6
Tel-Aviv Univ. (4 y med. school)	Da	3	4
Technion Haifa	Da	6	6

Nota: [1]Nu este curriculum în PG/MF (n = 22).

[2] Componentă clinică nu este sau este < 1 săptămână (n = 6).

Discuţii. În anul 2010, o comisie internaţională independentă a publicat un raport cu privire la necesitatea de transformare a învăţământului medical în viitor [13]. Comisia precizează că educaţia profesională nu a ţinut pasul cu nevoile pacienţilor şi ale populaţiei şi că curricula fragmentată şi depăşită produce absolvenţi slab echipaţi. Se constată că reformele sunt necesare şi se propune o listă de zece reforme. Punctul numărul opt stabileşte: "*Extinderea de la centre academice la sisteme academice, extinderea (...) în instituţiile de asistenţă medicală primară şi în comunităţi (...)*" [13].

Este, prin urmare pozitiv faptul că majoritatea şcolilor medicale din toate regiunile europene au un curriculum substantial în PG/MF – 209 din cele 259 de facultăţi evaluate. Chiar şi aşa, există spaţiu amplu şi nevoia de îmbunătăţiri, fiindcă 35 de şcoli nu au predare în PG/MF, la fel şi componenta clinică este absentă sau foarte scurtă în multe altele. În opinia noastră, PG/MF ar fi trebuit acum poziţionată ca unul dintre principalele subiecte clinice în fiecare şcoală medicală, iar instruirea studenţilor după metoda "unu la unu" în oficiul unui medic de familie ar trebui să fie oferită pentru cel puţin patru săptămâni, de preferat şi mai mult. Rotaţia la Medicina de Familie în Republica Moldova, timp de 3 săptămâni pe parcursul anului 5 de studii universitare, este similară doar cu o singură facultate medicală din Banja Luka, Bosnia şi Herţegovina (*tabelul 4*). Un şir de universi-

tăţi din Georgia (*David Agmashenelebi* din Georgia, Iv. Javakhishvili din Tbilisi), Slovacia (Jessenius Fac. Med. Martin) au o rotaţie de doar 2 săptămâni; altele, de exemplu, din Spania (Univ. Barcelona), Austria (Medical University Salzburg), având 4 săptămâni. Din cele trei săptămâni de instruire în Moldova, aproape 50% din ore sunt consacrate prelegerilor şi activităţilor practice (14 ore şi 56 de ore respectiv), iar restul timpului (72 de ore) studenţii îl petrec în oficiile medicilor de familie, realizând stagiul clinic timp de 5 zile, care conform opiniei experţilor EURACT, nu este suficient ca timp şi nu răspunde aşteptărilor studenţilor de a fi incluşi în activitatea clinică cât mai devreme, atât în spitale, cât şi în clinici din asistenţa medicală primară [14].

Concluzie. În prezent, încă se poate absolvi o universitate de medicină europeană fără a beneficia de instruire în domeniul de practică generală/medicină de familie. R. Moldova are program de formare în medicina de familie, dar este mai scurt decât în ţările nordice şi ar trebui să fie extins şi adaptat la nevoile studenţilor, pentru a asigura în viitor cadre pentru asistenţa medicală primară din ţară.

Bibliografie

1. Starfield B. *Toward international primary care reform*. In: CMAJ, 2009; nr. 180, p. 1091.
2. Starfield B. *Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services*. In: Gac. Sanit., 2012, nr. 26, p. 20-26.
3. World Health Organization, 2008. *The World Health Report 2008 – primary health care (now more than ever)* [http://www.who.int/whr/2008/whr08_en.pdf]
4. Macinko J., Starfield B., Erinosho T. *The impact of primary healthcare on population health in low- and middle-income countries*. In: J. Ambulatory Care Manage, 2009; nr. 32, p. 150-171.
5. World Health Organization. *Primary health care. Report of the international conference on primary health care*. Alma Ata, USSR, Sept. 6-12, 1978.
6. Tandeter H., Granek-Catarivas M. *Choosing primary care? Influences of medical school curricula on career pathways*. In: Israel Med. Assoc. J., 2001; nr. 3, p. 969-972.
7. Henderson E., Berlin A., Fuller J. *Attitude of medical students towards general practice and general practitioners*. In: Br. J. Gen. Pract., 2002; nr. 52, p. 359-363.
8. Soler J.K., Carelli F., Lionis C., Yaman H. *The wind of change: After the European definition – orienting undergraduate medical education towards general practice/ family medicine*. In: Eur. J. Gen. Pract., 2007; nr. 13, p. 248-251.
9. Weissman C., Zisk-Rony R.Y., Schroeder J.E., Weiss Y.G., Avidan A., Elchalal U., Tandeter H. *Medical specialty considerations by medical students early in their clinical experience*. In: Isr. J. Health Policy Res., 2012; nr. 1, p. 13.
10. Tandeter H., Carelli F., Timonen M., Javashvili G., Basak O., Wilm S., Zarbailov N., Spiegel W., Brekke M. *A "minimal core curriculum" for Family Medicine in undergraduate medical education: A European Delphi survey among EURACT representatives*. In: Eur. J. Gen. Pract., 2011; nr. 17, p. 217-220.
11. http://www.euract.org
12. Brekke Mette, Carelli Francesco, Zarbailov Natalia, Javashvili Givi, Wilm Stefan, Timonen Markku and Tandeter Howard. *Mapping of undergraduate medical education in general practice/family medicine throughout Europe: a descriptive study*. In: BMC Medical Education, MS ID: 1055765696979083.
13. Frenk J., Chen L., Bhutta Z.A. et al. *Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world*. In: Lancet, 2010; nr. 376, p. 1923-1958.
14. Sathishkumar S., Thomas N., Tharion E., Neelakantan N. and Vyas R. *Attitude of medical students towards Early Clinical Exposure in learning endocrine physiology*. In: BMC Medical Education, 2007, nr. 7, p. 30 doi:10.1186/1472-6920-7-30.

Natalia Zarbailov, dr. în med., conf. univ.
069481481,
zarbailovnatalia@gmail.com

SOCIOLOGIA MEDICINEI. PERSPECTIVE DE DEZVOLTARE ÎN CONTEXTUL ÎNVĂŢĂMÂNTULUI SUPERIOR MEDICAL

Constantin EŢCO, Iuliana FORNEA,
Universitatea de Stat de Medicină
şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Summary

Medical sociology. Perspectives of development in the context of high medical education

Medical integrates sociology concepts, principles and research in medical sociology, including sociological education of medical students, the study of the health and social epidemiology, the study of development of a disease or the factors that influence patients' attitudes to illness (R. Strauss).

The Public Health epidemiology (social epidemiology) represents the part of the discipline "Public Health and Health Care". It studies lows of health in space and time among different groups of population, connected with conditions and way of life, factors of external environment, with the purpose of medical, social and organizational measures, directed to the Public Health indicators improvement.

The article represents practical recommendations which may influence positively the training of specialists in the field of medicine. These specialists will support the research implementation in the field of social medicine in the high education context.

***Keywords**: medical sociology, sociology in medicine, public health sociology, epidemiology in social medicine, social epidemiology, high medical education.*

Резюме

Социология в медицине. Перспективы развития в контексте высшего медицинского образования

Социология в медицине объединяет концепции, принципы и социологические исследования в медицине, в том числе социологическое образование студентов-медиков, изучение санитарного поведения и социальной эпидемиологии, изучение процессов развития болезни или факторов которые воздействуют на отношение пациентов к болезни (R. Strauss).

Эпидемиология общественного здоровья (социальная эпидемиология) – это раздел дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение», изучающий закономерности здоровья во времени, в пространстве, среди различных групп населения в связи с воздействием условий и образа жизни, факторов внешней среды с целью разработки мер медико-социального и организационного характера, направленных на улучшение показателей общественного здоровья.

В статье представлены практические рекомендации, которые могут оказать положительное влияние на подготовке специалистов в области медицины, которые поддержат имплементацию исследований в медицинской социологии в контексте высшего медицинского образования.

***Ключевые слова**: медицинская социология, социология в медицине, социология здоровья, эпидемиология в социальной медицине, социальная эпидемиология, высшее медицинское образование.*

Sociologia medicinei este o ramură a sociologiei, ce studiază sistemul de ocrotire a sănătăţii, termenii sociali „boală" și „sănătate", comportamentul oamenilor din sfera medicinei [2; 4; 10]. Aceasta este ştiinţa despre mecanismele de formare a orientărilor valorice a populaţiei privind sănătatea, bolile, asistenţa medicală, medicina și ocrotirea sănătăţii.

Structura sociologiei medicale moderne este constituită din câteva direcţii: sociologia profesiunilor medicale, sociologia bolii și comportamentului de bolnav, sociologia instituţiilor medicale și organizarea ocrotirii sănătăţii.

Pentru ştiinţă, cerinţele adaptării omului în cadrul societăţii sunt în continuă schimbare și dezvoltare, în contextul căreia se impun sarcini noi, reconsiderând în mod fundamental punctele ei de vedere tradiţionale.

În condiţiile în care astăzi cunoașterea ştiinţifică se circumscrie din ce în ce mai valid imperativelor practice ale progresului social, perspectiva dezvoltării ştiinţelor apare permanent legată de tendinţele lor de diversificare și mai ales de integrare. Cercetările actuale ale rolului profesional al medicului în problematica sociologiei medicale sunt orientate spre studierea detaliată a anumitor specialităţi medicale, cum sunt: oftalmologia, chirurgia, dermatovenerologia ș.a. Din aceste considerente, problema cercetării generale a fenomenului liderismului în medicină nu este prevăzută (Буромский И. В., 2009; Федорова Л. М.; 2009; Гребенюк М. О., 2009; Ефремова Т. Г., 2010; Скотенко О. Л., 2010; Толкунов В. И., 2010) [3; 7; 8; 11].

Sociologia medicinei studiază fundamentele sociale ale sănătăţii și îmbolnăvirii, interdependenţa dintre factorii sociali și starea de sănătate sau boală a populaţiei, precum și incidenţa stării de sănătate sau boală asupra vieţii sociale a indivizilor și grupurilor umane (promovare sau degradare socială, incapacitate sau handicap) [2; 4, p. 39].

Un fenomen firesc și o legitate în creșterea interesului faţă de sociologia medicinei în ştiinţa modernă este faptul că, în limitele acesteia, poate fi realizată cercetarea sociologică a stării sistemului de ocrotire a sănătăţii, ca a uneia dintre cele mai importante instituţii sociale, a rolului și locului medicinei sociale, medicului și pacientului în socium.

Sociologia medicinei s-a conturat ca o disciplină ştiinţifică nouă comparativ nu demult, mai întâi în anii '50 ai sec. XX, în SUA, apoi în Marea Britanie; în anii '70 – în URSS, iar spre sfârșitul sec. XX – în România.

Din momentul apariţiei sociologiei medicinei, aceasta a început să se dezvolte activ și la etapa actuală reprezintă unul dintre domeniile cele mai vaste ale cunoașterii și cercetării sociologice.

Din momentul apariţiei, sociologia medicinei s-a dezvoltat pe **două direcţii**:

1) *sociologia în medicină* (sau sociologia medicală propriu-zisă), bazată pe modelul de ajutor medical, ce reprezenta liderismul structurilor medicale în determinarea temelor problematice;

2) *sociologia medicinei* și *ocrotirii sănătăţii* – cu implementarea modelului „modului de viaţă" [4; 5].

Tendinţa spre „empirismul sistemic" în mare parte a sărăcit dezvoltarea teoretică a sociologiei medicale. Din aceste considerente, mai activ a progresat a doua direcţie care, în opinia multor savanţi din domeniu, mai corect ar fi să fie numită *sociologia sănătăţii și bolii*.

Sarcina sociologiei sănătăţii, în viziunea savantei Журавлева И. В., este studierea *„mecanismelor condiţionării sociale"* a sănătăţii publice, analiza locului acesteia în sistemul valorilor socioculturale, ce reglează atitudinea omului faţă de sănătate. Au fost întreprinse încercări de a unifica sociologia medicinei și sociologia sănătăţii, construind un anumit obiect în limitele sociologiei medicinei [7; 11].

Menţionând sinonimia *sociologiei sănătăţii* și *sociologiei medicinei*, Лупандин В. М. consideră că această disciplină sociologică specială cercetează *„legităţile dezvoltării și păstrării sănătăţii umane, func-*

ţionarea diverselor condiţii şi factori ce influenţează sănătatea diverselor grupe de populaţie: social-demografice şi profesionale, precum şi activitatea de întreţinere şi protecţie a sănătăţii oamenilor" [8; 9; 10].

Unii cercetători fac distincţie între **sociologia medicinei**, **sociologia în medicină** şi **sociologia sănătăţii**.

Sociologia în medicină integrează conceptele, principiile și cercetările sociologice în medicină, inclusiv educaţia sociologică a medicinișilor, studiul comportamentului sanitar și al epidemiologiei sociale, studiul proceselor de dezvoltare al unei boli sau al factorilor care influenţează atitudinea pacienţilor faţă de boală (Strauss R., 1972) [4, p. 39].

Toate aceste definiţii sunt complementare, vizează aspecte particulare ale sistemelor de sănătate și se circumscriu sociologiei medicale.

În contextul celor expuse, baza metodologică a sociologiei medicale este teoria asigurării și ocrotirii sănătăţii populaţiei, care s-a dezvoltat mai activ în ultimele decenii.

Este cunoscut faptul că, spre sfârșitul sec. XX, principalele cauze ale mortalităţii populaţiei au fost bolile cardiovasculare, neoformaţiunile maligne, afecţiunile vaselor cerebrale și accidentele. Alte cauze ale morbidităţii populaţiei sec. XX sunt legate de îmbătrânirea populaţiei și schimbările modului de viaţă.

Spre finele sec. XX, medicii au fost nevoiţi să facă faţă bolilor cronice de lungă durată, ce împiedicau funcţionalitatea socială optimă a pacientului. Schimbările caracterului patologiilor au produs apariţia unui nou termen în sociologie și în medicina clinică – *medicina holistică*, care semnifică faptul că microorganismele, în calitate de factor etiologic principal, au fost înlocuite de stres, iar tratamentul a fost înlocuit deseori cu astfel de procese ca „*reabilitarea*" și „*asigurarea socială*" [5; 9; 11].

Așadar, medicii-practicieni au necesitatea de a acumula cunoștinţe medico-sociologice, dat fiind faptul că abilităţile și competenţele acestora în aspectele fiziologice, chimice și biologice ale bolilor nu sunt suficiente pentru a cerceta în complex aspectele medico-sociale și psihologice în tratarea bolilor.

Deoarece sociologia medicinei este interesată de personalitatea integră în contextul ei medico-social, aceasta poate aduce un aport considerabil în percepţia medicală și în înţelegerea problematicii bolii în societatea modernă [1; 7].

Tratarea generală a sociologiei medicinei adesea este orientată spre corelarea bazelor categoriale ale sociologiei cu conţinutul medico-social necesar într-un context sau altul [1; 4; 5; 10]. Însă această arie de referinţă, care cercetează sociologia medicală în calitate de supliment practic al teoriilor sociologice, în final nu formulează corect obiectul sociologiei medicinei. Ea are domeniul și obiectul său de studiu și nu se limitează la teoriile politice și economice ale sociologiei publice.

Sănătatea publică și medicina au început să fie studiate nu doar cu ajutorul metodelor statistice, dar și cu al celor sociologice – mai întâi de toate de pe poziţiile comportamentului social. Aceasta a permis să fie cercetate problemele actuale ale sănătăţii publice, axându-se pe percepţia integră a sistemelor medico-sociale și a proceselor sociale, pe determinarea mecanismelor și consecinţelor proceselor de transformare socială.

Așadar, se ia în consideraţie specificul stării actuale a societăţii Republicii Moldova și pe acest fundament este elaborat aparatul categorial al sociologiei medicale, care permite să se ţină cont și să fie înţelese mecanismele reale ale dezvoltării medicinei și sănătăţii publice.

Concluzii. Ţinând cont de cele expuse anterior, sunt importante următoarele direcţii de implementare aplicative și metodologice la nivel universitar și postuniversitar:

- Propunem ca în orarul Facultăţii *Medicină*, pentru anul II, sem. IV, să fie introdusă disciplina **Sociologie Medicală**, preluând exemplul unor universităţi din România (Cluj-Napoca: Universitatea de Medicină și Farmacie *Iuliu Haţieganu*; Oradea: Universitatea din Oradea); Federaţia Rusă (Moscova: Московская Медицинская Академия им. И. М. Сеченова; Sankt Petersburg ș.a.).
- În programul de masterat, doctorat și al Facultăţii de educaţie continuă a medicilor și farmaciștilor să fie integrate ciclurile de studii pentru formarea competenţelor manageriale, orientate spre dezvoltarea culturii conducătorilor, asimilarea cunoștinţelor psihologice și sociomedicale, formarea poziţiei lor sociale eficiente pentru luarea deciziilor manageriale corecte și constructive.
- În scopul optimizării funcţionalităţii manageriale și sociomedicale a specialiștilor din sistemul sănătăţii al Republicii Moldova, este necesar și important să fie elaborate și puse la dispoziţia specialiștilor în medicină o serie de resurse electronice ale site-urilor medicale, ale paginilor web pentru specialiștii din diverse domenii ale medicinei, pentru asigurarea suportului informaţional medicilor, precum și managerilor în medicină, nu doar în direcţia măririi eficienţei activităţii instituţiilor medico-sanitare, dar și în direcţia formării orientării altruiste de dirijare a colectivelor medicale autohtone.

Bibliografie

1. Bonomi A. E., Patrick D. L., Bushnell D. M., Martin M. *Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL), 2000.
2. Ciurea A. V., Cooper Cary L., Avram E. *Managementul sistemelor şi organizaţiilor sănătăţii*. Bucureşti: Editura Universitară "Carol Davila", 2010.
3. Karpovich A. V. *Socially-psychological determinants professional competetions*. In: European journal of natural history, 2011, № 1.
4. Lupu I., Zanc I. *Sociologia sănătăţii. De la teorie la practică*, Piteşti: Editura Tiparg, 2004.
5. Popescu Grigore Gr., Rădulescu Sorin M. *Sociologia medicinei. Elemente teoretice şi practice*. Bucureşti: Editura Medicală, 1976, 400 p.
6. Ruivo Fernando. *A construção de um projecto profissional: o caso da medicina*. In: Revista Crítica de Ciências Sociais, nr. 23, 1987, p. 129-139.
7. Ефименко С. А. *Социальные аспекты взаимоотношений врача и пациента*. В: Социология медицины, 2006, № 1.
8. Назарова Е. Н., Жилов Ю. Д. *Основы социальной медицины*: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений. Москва: Издательский центр «Академия», 2007, 368 с.
9. Решетников А. В. *Методология исследований в социологии медицины*. Москва, 2000, 238 с.
10. Решетников А. В. *Социология медицины: руководство*. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2010, с. 127-132; 193.
11. *Социология*. Учебник для вузов. В. Н. Лавриенко, Н. А. Нартов, О. А. Шабанова, Г. С. Лукашова. Под ред. проф. В. Н. Лавриенко. 2-е изд., перераб. и доп. Москва: ЮНИТИДАНА, 2000, 407 с.

Prezentat la 10.07.2013

MECANISMELE DE COPING UTILIZATE DE STUDENŢII FACULTĂŢII *FARMACIE* A USMF *NICOLAE TESTEMIŢANU*

Iuliana FORNEA,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Coping mechanisms used by Pharmacy students of State Medical and Pharmaceutics University „Nicolae Testemitanu"

Up-to-dateness of the problem is determined by the importance of forming medical, psychological and psycho series of events, in terms of our society development, for creating a behaviour with a high level of functionality, automatic update and adaptive for the future pharmacist. Taking into consideration the medical profile of the University, we tried to analyze the health condition of pharmacy students from State Medical and Pharmaceutics University, using the concepts of ***stress****,* ***frustration*** *and* ***coping*** *etc.*

Studies on strategies and coping mechanisms of stress are present in the work of scientists: R. S. Lazarus, 1983; Folkman, 1984; Л. И. Анцыферова, 2006; Е. П. Белинская, 2009; В. А. Бодров, 2006; Е. В. Битюцкая, 2007; Н. Е. Водопьянова, 2009; Т. О. Гордеева, 2011; Т. Л. Крюкова, 2005; И. М. Никольская, 2000; Ю. В. Постылякова, 2005; Е. И. Рассказова, 2011; В. А. Ташлыков, С. А. Чазова, И. В. Шагарова, 2008 etc. The purpose of our work is the maximum contribution to mental health and personal development training of future pharmacits, forming the psychological competence for self-determination in life and an adaptive behaviour in critical situation.

Keywords*: psychology of health, mental health of students, coping mechanisms, coping-strategies, adaptive responses of personality.*

Резюме

Механизмы совладания (копинг-механизмы) студентов Фармацевтического факультета ГУМФ им. Николая Тестемицану

Актуальность работы определяется важностью создания адекватных современной ситуации развития общества системы медико-психологических и психолого-педагогических мероприятий по развитию у будущего фармацевта высокофункционального, саморазвивающегося и адаптивного поведения. Мы проанализировали состояние здоровья студентов Фармацевтического факультета при помощи понятий ***стресс****,* ***фрустрация****,* ***копинг*** *и др., рассматриваемые в контексте образа жизни, учитывая специфику медицинского университета.*

Исследования стратегий и механизмов совладания со стрессом представлены в работах ученых: R. S. Lazarus, 1983; Folkman, 1984; Л. И. Анциферова, 2006; Е. П. Белинской, 2009; В. А. Бодрова, 2006; Е. В. Битюцкой, 2007; Н. Е. Водопьянова, 2009; Т. О. Гордеева, 2011; Т. Л. Крюкова, 2005; И. М. Никольской, 2000; Ю. В. Постылякова, 2005; Е. И. Рассказова, 2011; В. А. Ташлыкова, С. А. Чазова, И. В. Шагарова, 2008 и др. Цель нашей работы – это максимальное содействие психическому здоровью и личностному развитию будущих врачей и формирование психологической готовности к самоопределению в жизни и совладающего антикризисного поведения.

Ключевые слова*: психология здоровья, психическое здоровье студентов, механизмы совладания (копинг-механизмы), копинг-стратегии, адаптивные реакции личности.*

Introducere. Cercetările în domeniul stresului mai întâi au fost concentrate asupra descrierii factorilor, partcularităţilor reacţiilor la stres, strategiilor de adaptare la el. Psihologia sănătăţii acordă o atenţie deosebită determinării „costului" pe care îl plăteşte persoana în situaţiile de maximă încordare, de ce-

rinţe majore, suprasolicitări psihice şi în situaţii de criză. Mediul studenţesc se referă, evident, la acele medii în care suprasolicitările şi cerinţele exagerate se prezintă în toată diversitatea lor. Totodată, anume în această perioadă a vieţii se formează viitorul profesionist, a cărei stare de sănătate psihică acţionează nemijlocit asupra reuşitei în activitate şi asupra stilului de viaţă în general, devenind astfel o prioritate socială de valoare.

***Metode de diagnostic al stării de sănătate a studenţilor**:*

- Tehnica *Evenimentele vitale şi stresul*,
- Testul psihologic *Satisfăcut sau frustrat.*

Metode şi strategii de coping al stresului:

- Metoda de evaluare a strategiilor de coping (*SACS*) [6].

Cercetarea a fost realizată în cadrul Facultăţii *Farmacie* a Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu* din Chişinău.

Rezultate obţinute. *Comportamentul de coping* este o formă de comportament ce reflectă pregătirea persoanei de a-şi rezolva problemele vitale. Acest comportament este orientat spre adaptarea la circumstanţele vieţii. Ea presupune priceperea şi abilităţile de a putea utiliza eficient anumite mijloace şi modalităţi de a controla şi a diminua stresul şi situaţiile stresante. În procesul alegerii reuşite a acţiunilor active, se amplifică posibilitatea de a înlătura acţiunea factorilor de stres asupra personalităţii [2; 4].

Metodologia privind evaluarea diferitelor strategii de coping al stresului se bazează pe identificarea modalităţilor de reacţie în diferite situaţii stresante, având la bază marea variabilitate inter- şi intraindividuală, precum şi utilizarea analizei factoriale pe un număr suficient de subiecţi cercetaţi [1; 3].

În scopul evaluării strategiilor în funcţie de cele două dimensiuni principale, au fost construite diferite scale-chestionare. Dintre cele mai utilizate se pot cita cea a lui Lazarus şi Folkman (1984) – *The Ways of Coping Check-List*, cu 67 de itemi repartizaţi în 8 subscale: primele două vizează strategiile *centrate pe probleme*, iar celelalte şase – pe cele *centrate pe starea emoţională.* Alţi autori nu sunt total de acord cu această clasificare. Suls şi Fletcher (1985) utilizează clasificarea ce împarte strategiile în două grupe mari de evitare şi de vigilenţă, care se opun **strategiilor pasive** (evitarea, fuga, negarea, acceptarea) – **strategiile active** (căutarea de informaţii, susţinerea socială, planuri de rezolvare).

Richard S. Lazarus (1983) a presupus că lipsa evenimentelor ce ne ridică dispoziţia, de asemenea, aduce daună sănătăţii psihice. Deşi nu a fost stabilit experimental că lipsa evenimentelor ce ne ridică activismul şi dispoziţia va duce la deteriorarea sănătăţii, este vizibilă influenţa negativă a conflictelor zilnice.

A fost stabilit că situaţiile cotidiene conflictogene sunt precedente ale stresului psihologic, iar dezvoltarea în dinamică a stresului şi îmbătrânirii este corelată cu scăderea nivelului intelectual şi a sănătăţii psihice [5, p. 122-131].

În general, a fost demonstrat că teoria lui R. S. Lazarus este corectă prin faptul că ciocnirile emoţionale sunt legate, în mai mare parte, de tulburări sau boli psihosomatice, decât evenimentele vitale majore. Trebuie să ţinem cont de faptul că scalele evenimentelor ce produc stări emoţionale nefavorabile – frustrări, stres etc. – vor avea efecte pozitive doar în cazul în care persoana sau subiectul experimental înţelege, conştientizează dauna şi posibilele riscuri pentru sănătatea psihică.

Conceptul de **coping** a fost elaborat de Lazarus şi Launtier în 1978, acesta desemnând un ansamblu de mecanisme şi conduite pe care individul le interpune între sine şi evenimentul perceput ca ameninţător, pentru a stapâni, a tine sub control, a tolera sau diminua impactul acestuia asupra stării sale de confort fizic şi psihic.

Lazarus şi Folkman (1984) l-au definit ca reprezentând ansamblul eforturilor cognitive şi comportamentale destinate controlării, reducerii sau tolerării exigenţelor, cerinţelor externe şi/sau interne care ameninţă sau depăşesc resursele unui individ.

Termenul **coping strategy** sau **coping ability** este utilizat, în special, în literatura anglosaxonă, în timp ce **stratégie d'ajustement** (Dantchev, 1989; Dantzer, 1989) se utilizează în cea de limbă franceză.

Răspunsurile individului la factorii de stres, raspunsuri necesare acestuia pentru a putea face faţă situaţiilor respective, pot fi de natură cognitivă sau afectivă (de ex., transformarea în plan imaginar a unei situaţii periculoase într-o ocazie favorabilă de profit personal), dar şi forme de comportament (înfruntarea deschisă a problemelor, adoptarea unei conduite de evitare etc.).

Studiile referitoare la *strategiile de adaptare* (*de coping*) au adus o schimbare fundamentală în cercetările referitoare la stres, prin schimbarea orientării acestora de la descrierea reacţiilor la stres la descrierea şi cercetarea modalităţilor prin care individul controlează factorii şi situaţia stresantă. Conform acestui nou mod de abordare a problemelor, stresul

nu trebuie căutat doar în raport cu individul şi nici numai la nivelul evenimentului, ci în relaţia individ – mediu [2; 4].

Caracteristicile cantitative şi calitative ale unui stresor nu influenţează singure intensitatea stării de stres. Reacţia negativă la stres este rezultatul dezechilibrului între exigenţe (interne sau externe) şi resursele individului de a face faţă acestora. Factorii agresori parcurg mai multe filtre individuale, care conduc la amplificarea sau diminuarea reacţiilor, în functie de modul în care sunt percepuţi (apreciaţi, evaluaţi) factorii respectivi.

Principalii mediatori ai relaţiei factor de stres – tulburare a echilibrului individual (în principal emoţional) sunt: perceperea stresului sub influenţa experienţei anterioare cu acelaşi tip de stres, susţinerii sociale şi religioase; mecanismele individuale de apărare a Eului care acţioneaza inconştient; eforturile conştiente: punerea în funcţie a unui plan de acţiune, recurgerea la diferite tehnici (relaxare, exerciţii fizice etc.).

Aceşti mediatori sunt antrenaţi în două procese de mediere a relaţiei: autoevaluarea propriilor posibilităţi în raport cu situaţia respectivă şi strategiile individuale de ajustare în raport cu aceasta.

Evaluarea reprezintă un dublu proces cognitiv de apreciere a gradului de pericol pe care îl prezintă o situaţie anumită şi care poate afecta individul şi resursele personale de coping. Este vorba de o evaluare primară a potenţialului stresant şi una secundară a resurselor individuale de adaptare.

Copingul, mai mult decât o simplă reacţie la stres, reprezintă o strategie multidimensională de control, a carei finalitate este schimbarea, fie a situaţiei, fie a aprecierii subiective.

Criteriile de eficacitate a copingului sunt şi ele multidimensionale: **controlul sau reducerea impactului agresiunii asupra stării de confort fizic şi psihic**, conducând la reducerea excitaţiei şi depresiunii; **stilul activ**, centrat pe rezolvarea problemei este mai eficace decât cel pasiv, centrat pe emoţie; în functie de caracteristicile situaţiei, de **durata şi controlabilitatea** ei: evitarea este eficace la un stres pe termen scurt; strategiile active sunt eficace la un stres pe termen lung; strategiile active nu sunt eficace în cazul unor situaţii necontrolabile.

Copingul poate influenţa şi starea de sănătate fizică, influenţă însă dificil de evaluat (prin studii prospective, de ex., biomedicale costisitoare).Totuşi, există influenţe care pot fi identificate – influenţe asupra: frecvenţei, intensităţii şi duratei unor parametri fiziologici (tensiune arterială, frecvenţă cardiacă, frecvenţă respiratorie) şi neurochimici de stres (catecolaminele urinare, cortizolul sangvin etc.); poate afecta direct şi negativ sănătatea (risc de morbiditate şi mortalitate) atunci când îi corespunde utilizarea excesivă de substanţe nocive sau activităţi cu risc (viteză excesivă etc.); strategiile centrate pe emoţii pot ameninţa sănătatea, pentru că împiedică punerea în funcţie a unor comportamente adaptative (de exemplu, negarea unei boli determină consultarea întârziată a medicului).

În continuare, noi am acordat atenţie şi comportamentului frustrant al studenţilor noştri în contextul instruirii şi ne-am pus sarcina de a aprecia nivelul de frustraţie la studenţii Facultăţii *Farmacie*. Influenţa stării de frustrare şi acţiunea acestei tensiuni asupra adaptării psihologice eficiente a studenţilor le-am studiat cu ajutorul testului psihologic **Satisfăcut sau frustrat?**, pentru care au fost selectaţi aleatoriu studenţi din grupul experimental (**n = 72 stud**.).

Rezultatele testului au fost distribuite cu referinţă la 3 niveluri: **I** – persoanele care au obţinut între 9 şi 15 puncte; **II** – persoanele ce au obţinut un scor între 5 şi 8 puncte; **III** – persoanele ce au obţinut un scor între 0 şi 4 puncte. Rezultatele au următoarele cote medii: **nivelul 1 – 33,3%±5,55%; nivelul 2 – 51,4%±5,89%**, iar pentru **nivelul 3 – 15,3%±4,24%**.

În urma analizei, am depistat că *cel mai mare scor* studenţii l-au primit cu referire *la nivelul 2*, ceea ce înseamnă că deşi viaţa acestor studenţi nu este dominată de frustrări, există încă destule situaţii de nereuşită sau situaţii în care ei se simt blocaţi de obstacole de generalitate diferită.

Discuţii. *Mecanismele de coping* sunt *„ansamblul efortului cognitiv și comportamental depus pentru a anula sau a reduce cerinţele interne sau externe care ameninţă sau depășesc resursele individului*" (Lazarus şi Folkman, 1984). În limba engleză „coping" înseamnă „a face faţă", „a rezolva o dificultate"; autorii francezi utilizează termenul de „strategie" sau „comportament de ajustare". Alţi autori echivalează termenul de coping cu „controlul" [2; 3; 4].

Strategiile de coping pot fi clasificate în felul următor: ***active*** – orientate spre interacţiunea constructivă cu situaţia în cauză, schimbarea şi soluţionarea ei; ***pasive*** – orientate spre comportamentul de evitare al individului, refuzul de a soluţiona problema sau la acţiuni concrete în acest sens. Strategiile constructive de coping sunt un predictor important de bună stare psihologică, de sănătate fizică, psihică şi socială și de activitate reuşită a persoanei.

În logica acestui demers, care s-a bazat pe studierea strategiilor de coping, vă prezentăm rezultatele

evaluării modelelor de comportament şi acţiunile întreprinse de studenţii-farmacişti în vederea depăşirii situaţiilor tensionate. În tabelul ce urmează sunt prezentate strategiile şi nivelele de accentuare sau severitatea modelelor emergente.

Indicii strategiilor de coping (de depăşire a stresului) pentru aprecierea rezultatelor testului SACS

Nr. d/o	Strategii de coping	Modelul de comportament (acţiunile)	Nivelul accentuării modelelor predominante		
			Inferior	Mediu	Superior
1.	**Activă**	Acţuni asertive	**6 - 17**	**18 - 22**	**23 - 30**
2.	**Prosocială**	Tendințe spre contactul social	**6 - 21**	**22 - 25**	**26 - 30**
3.	**Prosocială**	Căutarea susținerii sociale	**6 - 20**	**21 - 24**	**25 - 30**
4.	**Pasivă**	Acțiuni precaute	**6 - 17**	**18 - 23**	**24 - 30**
5.	**Directă**	Acțiuni impulsive	**6 - 15**	**16 - 19**	**20 - 30**
6.	**Pasivă**	Evitare	**6 - 13**	**14 - 17**	**18 - 30**
7.	**Indirectă**	Acțiuni manipulative	**6 - 17**	**18 - 23**	**24 - 30**
8.	**Asocială**	Acțiuni asociale	**6 - 14**	**15 - 19**	**20 - 30**
9.	**Asocială**	Acțiuni agresive	**6 - 13**	**14 - 18**	**19 - 30**

Termenul de „asocial" este diferit de cel de „antisocial", el presupunând doar inadaptare şi neintegrare, fără a avea vreo legătură cu agresivitatea şi rebeliunea.

În urma analizei datelor, noi am constatat cele mai înalte cote, deci cel mai des sunt utilizate următoarele strategii: pentru **75%** din respondenţi au fost determinate strategii asociale de depăşire a stresului, manifestând acţiuni agresive în comportament, iar în cazul în care aceste acţiuni au particularităţile stilului directiv, ele se manifestă în tendinţa de manifestare a superiorităţii acestora asupra colegilor şi expectanţele lor că ceilalţi se vor comporta în corespundere cu interesele acestora. La **52,5%** s-a determinat strategia pasivă de depăşire a stresului, această grupă de respondenţi folosind modelul comportamental «shunning» – persoana se străduie să evite interacţiuni interpersonale şi fenomene neplăcute în activitatea de instruire şi în comunicarea cu cei din jur. Pentru **50%** noi am determinat strategia de comportament prosocială, deci această grupă caută şi simt necesitatea de suport social (iar în acest caz, profesorii şi colegii de la Catedra *Economie, management şi psihopedagogie în medicină* pot să susţină studenţii în acest proces). Modelul şi strategiile de comportament asocial, deci respondenţii ce utilizează acţiunile asociale, formează **45%** din grupul experimental de studenţi.

Aşadar, o sarcină importantă a cercetărilor în domeniul Psihologiei Medicale este studierea factorilor externi şi celor interni de formare a psihicului persoanelor de diferite tipologii şi caracteristici individuale, pentru ca să fie propuse strategii şi mijloace eficiente de profilaxie a comportamentelor asociale, iar în unele cazuri – şi antisociale sau derivante.

Concluzii

1. În scopul valorificării sănătăţii psihice şi sociale a studenţilor Universităţii de Stat de Medicină şi Farmacie, le-am sugerat acestora să asimileze strategiile şi tehnicile psihologice de coping ale stresului şi particularităţile aplicării lui în cadrul învăţământului superior medical.

2. Strategiile constructive de coping sunt un predictor important de bună stare psihologică, de sănătate fizică, psihică şi socială şi de activitate reuşită a persoanei.

Bibliografie

1. Anitei M. *Psihologie experimentală*. Iaşi: Polirom, 2007.
2. Baican B. S. *Stresul psihic şi strategii de coping la angajaţii din sistemul energetic*. Rezumatul tezei de doctor. Bucureşti, 2011.
3. Ekman P. *Emotion in the Human Face* (ed. II), New York, Cambridge UP, 1982.
4. Seracin M. *Acţiuni de formare a strategiilor de adaptare la stres*. În: Săptămâna Europeană. Inf. furnizată de Punctul Focal România, 2002. http://stres.protectiamuncii.ro/actiuni_formare_strategiilor_adaptare_stres.html
5. Гринберг Дж. *Управление стрессом*. 7-е изд. Изд.-во Питер, 2002, 496 с.
6. *Диагностика стратегий преодоления стрессовых ситуаций* (Strategic Approach To Coping Scale, SACS). С. Хобфолл (S. Hobfoll). В: Психология общения. Энциклопедический словарь. Под общ. Ред. А. А. Бодалева. Москва: Изд-во Когито-Центр, 2011 г.

Prezentat la 14.06.2013

Iuliana Fornea,
dr. în psihologie, conf. univ.,
USMF *Nicolae Testemiţanu*,
tel. 069005805

MECANISME PSIHOLOGICE DE FORMARE A SENTIMENTELOR LA ADOLESCENȚI

Raisa TEREŞCIUC[1], Natalia DANILIUC[2],
[1]Universitatea Umanistică de Stat din Ismail, Ucraina,
[2]USMF *Nicolae Testemiţanu*

Summary

Psychological mechanisms of the formation of sentiments in teenager

In this paper theoretically is grounded psychological mechanisms and means of training planned sentiments, the results of experimental validation of psycho-pedagogical-oriented training program in adolescents a sense of gratitude toward their parents. In order to form this feeling adolescents in group format was activated emotional and psychological mechanism of contamination cotrăire. Activation of the collection has been organized by artwork that embodies and generates content that contributes to the objectification of emotional experiences and training in adolescents a sense of gratitude toward their parents. Program developed, implemented and empirically verified helped develop empathetic feelings in training adolescents feelings of gratitude and other important social motivating to parents.

Keywords*: psychological mechanisms, sentiments, adolescents, emotional experiences.*

Резюме

Психологические механизмы формирования чувств у юношества

В статье теоретически аргументированы психологические механизмы и средства целенаправленного формирования чувств; представлены результаты экспериментальной проверки валидности психопедагогической программы, направленной на формирование у юношества чувства благодарности к родителям. В целях формирования данного чувства, у старшеклассников экспериментальной группы был активирован психологический механизм аффективного заражения и сопереживания. Активация указанного механизма осуществлялась посредством организованного восприятия произведений искусства, содержание которых выражали и вызывали аффективные переживания, способствующие объективации и формированию у старшеклассников чувства благодарности к родителям. Составленная, внедренная и экспериментально проверенная программа способствовала развитию эмпатических переживаний, формированию у старшеклассников благодарности и других побуждающих социально значимых чувств к родителям.

Ключевые слова*: психологические механизмы, чувства, юношество, аффективные переживания.*

În Legea învăţământului a Republicii Moldova, se stipulează că obiectivul major al procesului educaţional este formarea personalităţii. Potrivit opiniei psihologilor, dezvoltarea acestei formaţiuni complexe prevede evoluarea intelectuală a individului, iar de rând cu ea – dezvoltarea ontogenetică a sistemului lui afectiv [1; 2]. Acest din urmă proces include în sine constituirea sentimentelor în copilăria fragedă, cristalizarea lor în perioadele ulterioare ale vieţii şi maturizarea sistemului afectiv-motivaţional în adolescenţă. Actualmente sunt deosebit de relevante și oportune cercetările orientate spre optimizarea procesului de dezvoltare a sistemului afectiv al copiilor de diferite vârste, spre elaborarea, fundamentarea teoretică și coroborarea practică a modelelor psihopedagogice de influenţă a procesului de formare la ei a sentimentelor.

Ideea despre aceea că sentimentele omului pot deveni obiect al educaţiei, că formarea lor poate avea caracter organizat a fost susţinută de către mulţi savanţi [3; 4; 5]. Or această afirmaţie, teoretic argumentată, nu a fost aprobată experimental. În pofida numărului redus de cercetări empirice în acest domeniu, în psihologia afectivităţii pot fi găsite destule teze considerate certe și utile pentru organizarea procesului de formare planificată a sentimentelor la generaţia în creștere. Analiza literaturii de specialitate ne-a permis să evidenţiem anumite căi și mijloace de formare orientată a sentimentelor și să verificăm în condiţii experimentale eficienţa lor.

Astfel, în teoria lui A. H. Леонтьев [6] sunt expuse idei de importanţă majoră pentru știinţa psihologică și practica educaţională cu privire la formarea sentimentelor. În conformitate cu opinia acestui psiholog, sentimentele se formează în urma generalizării specifice a experienţei afective a individului. Formarea la subiect a noilor sentimente are loc în cadrul dezvoltării noilor conţinuturi ale trăirilor afective și generalizării lor. În același timp, sentimentele se formează nu numai din propriile trăiri ale subiectului, dar și din trăirile altor oameni, comunicate de către aceștia și cotrăite de către subiect. Cotrăirea sentimentelor altei persoane (empatia) obiectivează, formează la individ noi sentimente pe care acesta anterior nu le-a avut [7]. Prin urmare, un mecanism psihologic important ce poate fi implicat la obiectivarea sentimentelor planificate în calitate de obiect al educaţiei este cotrăirea de către copil a sentimentelor altor persoane.

Un mijloc eficient de generare a trăirilor afective este perceperea operelor de artă în care sunt redate trăirile oamenilor. Operele literar-artistice suscită trăiri afective în temeiul mecanismului psihologic de contaminare afectivă și de cotrăire. De rând cu limbajul artistic prozaic și poetic ce redă conţinutul sentimentelor umane, pe parcursul dezvoltării sale istorice omenirea a creat un alt „limbaj al sentimentelor" – muzica. Ea, susţine П. М. Якобсон [8], pe de o parte, redă particularităţile sentimentelor, iar pe de

altă parte, prin conţinutul său, trezeşte sentimente similare la ascultători. Despre muzică Th. Ribot [9] a scris că muzicianul se inspiră din cuvinte, adică transformă idei, imagini, reprezentări vizuale sau verbale în trăiri afective. Această transformare se exteriorizează într-o construcţie arhitectonică de forme sonore. Cu alte cuvinte, are loc activitatea receptoare din exterior spre interior, metamorfoza intelectului în afectiv, activitatea creatoare din interior spre exterior. Astfel, în muzică se redă succesiunea sentimentelor evocate. Percepţia muzicii, subliniază Б. М. Теплов [10], are loc prin emoţii. Muzica, arta în ansamblu, este unul dintre cele mai puternice mijloace de educare a sentimentelor: ea dezvoltă sensibilitatea afectivă a omului, lărgeşte experienţa lui emoţională. În această ordine de idei, В. П. Зинченко [7] a avut de spus: după cum experienţa cognitivă generalizată se obiectivează în formulele logicii elaborate de către omenire sau în cunoaşterea ştiinţifică creată de ea, tot aşa şi experienţa afectivă se materializează în operele de artă, în mijloacele şi procedeele de exprimare a trăirilor afective cultivate de către omenire.

Individul concret, într-o măsură sau alta, asimilează experienţa afectivă generalizată, valorile etice şi estetice. Arta, continuă savantul, exercită asupra sistemului afectiv uman o influenţă cu adevărat magică, uimitoare, impunându-i uneori omului sentimente absolut nespecifice. Psihologia trebuie să cerceteze acest mecanism, iar practica – să-l utilizeze.

Arta, susţine В. К. Вилюнас [11], este un mijloc de mare capacitate în vederea influenţei afective. Antrenarea afectivă a omului în situaţii cunoscute sau noi, reproduse prin mijloace artistice, actualizează, iar uneori pentru prima dată provoacă,„obiectivează" trebuinţele lui: graţie cotrăirii el poate simţi, trăi afectiv tragismul morţii, trădării, singurătăţii, forţa dragostei, bucuria maternităţii. Deci, putem conchide ca operele artistice, conţinutul cărora întruchipează trăirile afective programate în calitate de obiect al educaţiei, pot fi utilizate la formarea sentimentelor, şi aceasta întrucât perceperea artei suscită trăiri afective în baza mecanismului psihologic de contaminare afectivă şi cotrăire. Repetarea trăirilor afective cu un anumit conţinut dorit, consolidarea şi conştientizarea lor de către subiect duc la formarea şi cristalizarea la el a sentimentelor respective.

Deziderateле expuse mai sus ne-au servit de ghid la elaborarea programului psihopedagogic de formare la adolescenţi a sentimentului de gratitudine fata de părinţi. Esenţa psihologică a sentimentului de gratitudine rezidă în tendinţa, năzuinţa subiectului de a-i răspunde cu bine persoanei de la care a primit o binefacere [12–15]. Dorinţa copilului de a răspunde cu bine părinţilor-binefăcători se manifestă prin tendinţa lui de empatie. De aceea, în cercetarea realizată am presupus că activarea prin intermediul operelor artistice a mecanismului psihologic de contaminare afectivă şi cotrăire va duce la creşterea nivelului empatiei şi la formarea la adolescenţi a sentimentului de gratitudine faţa de părinţi.

Programul a inclus 20 de activităţi, a câte două la fiecare din următoarele 10 teme: „O, mamă, dulce mamă…"; „Tată, eu nu ştiu de ce nu te-au pus în cântece";„Mi-e dor de voi, părinţi";„Mama şi copilul"; „Amintiri din copilărie"; „Voi ne aşteptaţi mereu"; „Fiul rătăcit"; „Asfinţitul unei inimi"; „Rugă pentru părinţi"; „Iubiţi părinţii cât mai sunt". Pentru fiecare activitate, în corespundere cu genericul ei, au fost alese opere artistice (cântece, poezii, proză, picturi, fotografii). Printre obiectivele activităţilor de formare la adolescenţi a sentimentului de gratitudine faţă de părinţi se enumeră: generarea trăirilor afective prin perceperea operelor artistice; dezvoltarea deprinderilor de audiere atentă a operelor de artă; sensibilizarea contaminării afective; evidenţierea obiectului sentimentelor şi conştientizarea motivelor lor; identificarea şi etichetarea trăirilor afective ale altor persoane; detectarea cuvintelor ce semnifică trăiri afective; verbalizarea propriilor trăiri afective apărute prin contaminare afectivă; compararea sentimentelor avute faţă de mamă şi faţă de tată; dezvoltarea aptitudinii de a se transpune imaginar în timp şi spaţiu şi de a verbaliza trăirile afective vizavi de părinţi avute în trecut; dezvoltarea reflexiei, retrospecţiei şi decentrării afective; dezvoltarea caracterului ideator al trăirilor afective; dezvoltarea competenţelor afective, a compasiunii şi a tendinţei de a fi atent, binevoitor, milos; obiectivarea aşteptărilor părinteşti şi formarea tendinţelor de a manifesta grijă, milă, gratitudine faţă de părinţi; conştientizarea binelui primit de la părinţi.

Genericul activităţilor, logica consecutivităţii lor şi conţinutul operelor artistice selectate şi utilizate reies din obiectivele lansate şi din scopul principal al cercetării – formarea la adolescenţi a sentimentului de gratitudine faţă de părinţi. Astfel, ideea principală a primelor doua activităţi, care trecea ca un fir roşu prin lucrările artistice folosite, era următoarea: mama este „începutul vieţii", „ea ne naşte şi ne creşte", ea devine „cea mai scumpă pe pământ", „cea mai bună prietenă a mea, niciodată nu o voi uita".

La următoarele două activităţi cu genericul „Tată, eu nu ştiu de ce nu te-au pus în cântece", a fost marcat gândul potrivit căruia tata„mai mult tace decât vorbeşte, dar noi ştim că ne iubeşte", mâna şi umărul lui mereu ne servesc drept scut şi sprijin. Activităţile la tema„Mi-e dor de voi, părinţi" au avut drept scop să marcheze ideea că ambii părinţi „fac totul şi oricând pentru copii", că de la fiecare părinte copiii primesc ceva foarte important: de la tată – „minte

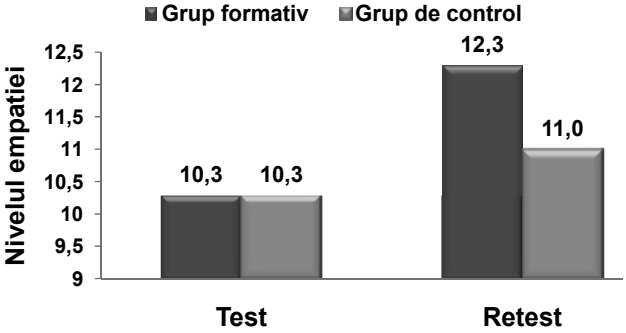
trează, calcul rece ca un scut", de la mamă – „dor tăcut, inimă ce sângerează".

Ideea principală a următoarelor două activităţi la tema „Mama și copilul" constă în aceea că părinţii au anumite datorii faţă de copii, dar și aceștia din urmă nu sunt scutiţi de obligaţiuni faţă de părinţi. Pentru a accentua rolul părinţilor în viaţa copiilor, într-o activitate a fost inclus cântecul „Dor de părinţi" pe versurile lui A. Păunescu, în care sunt redate sentimentele trăite de copiii ce nu au părinţi. Sentimentele faţă de bunei au devenit ideea de bază a activităţilor cu genericul „Amintiri din copilărie". Fotografiile publicate de către M. Potârniche în culegerea „ACASĂ. Amintiri…" și utilizate în activitatea dată au avut menirea de a provoca cât mai multe amintiri și sentimente faţă de bunici și părinţi.

Pentru experimentul formativ am selectat din eșantionul experimental 24 de adolescenţi de 17 ani și am format două grupuri omogene. Atât grupul formativ, cât și cel de control a fost constituit din 12 persoane, a câte 6 băieţi și 6 fete. Programul psihopedagogic descris a fost implementat doar în grupul formativ.

La ultima etapă a cercetării noastre, ca parte a experimentului de control, subiecţilor din grupurile formativ și de control li s-a cerut să parcurgă proba „Examinarea expresă a empatiei", proba de autoevaluare a sentimentelor faţă de părinţi „7 cuvinte" și să scrie o compunere (eseu) la tema „Părinţii mei: ce simt faţă de ei".

În figura de mai jos, sub formă de histograme sunt redate rezultatele cu privire la nivelul trăirilor afective derivate empatice cu părinţii stabilit la adolescenţii din grupul formativ și din cel de control, în testare și retestare.



Datele prezentate grafic denotă că la adolescenţii din ambele grupuri, în experimentul de constatare, nivelul trăirilor afective derivate empatice cu părinţii este egal (10,3 puncte). În experimentul de control acest indice a crescut atât la subiecţii din grupul formativ (12,3 puncte), cât și la cei din grupul de control (11,0 puncte). Însă, verificând semnificaţia statistică (prin testul Wilcoxon T) a saltului ce s-a produs în grupul de control de la testare până la retestare (de la 10,3 puncte la 11,0 puncte), am constatat că el este nesemnificativ (T=21). Controlul statistic al rezultatelor obţinute de către adolescenţii din grupul formativ și cel de control (12,3 puncte/11,0 puncte) la variabila dată în retestare ne-a arătat că aceste rezultate diferă semnificativ. Aplicând testul statistic Mann-Whitney, am stabilit că U=34,5 (p=0,05). În grupul formativ, nivelul trăirilor afective derivate empatice ale adolescenţilor a sporit de la 10,3 puncte în testare la 12,3 puncte în retestare și această creștere este, de asemenea, statistic semnificativă (T=3; p=0,01).

Prin urmare, la adolescenţii care au suportat influenţele psihopedagogice ale programului implementat se atestă o sporire considerabilă a scorurilor obţinute la intensitatea trăirilor afective derivate empatice cu părinţii. Această creștere este statistic semnificativă atât în cazul în care comparăm trăirile afective empatice cu părinţii ale adolescenţilor din grupul formativ și de control măsurate la retestare, cât și în cazul confruntării scorurilor obţinute la variabila de interes în test și retest de către subiecţii grupului formativ. Deci, programul elaborat și implementat a contribuit la sporirea nivelului trăirilor derivate empatice ale adolescenţilor cu părinţii, trăiri care conţin activism, tendinţe de a cotrăi și de a-i face bine persoanei care a provocat ecoul afectiv.

În scopul verificării eficienţei programului de formare la adolescenţi a sentimentului de gratitudine faţă de părinţi, am confruntat în continuare rezultatele înregistrate la retestare în grupul experimental și în grupul de control la variabila de interes – topul sentimentelor după frecvenţa includerii lor pe primele trei poziţii ale listei. Comparaţiile făcute din această perspectivă cu privire la trăirile faţă de mamă sunt generalizate în *tabelul 1*.

Tabelul 1

*Ierarhia trăirilor afective după frecvenţa includerii lor la retestare pe primele trei poziţii ale listei sentimentelor nutrite faţă de **mamă** de către adolescenţii grupurilor de control și formativ*

Conţinutul trăirilor	Grupul de control		Grupul formativ		d^2	r_s	p
	Frecvenţa includerii	Rangul	Frecvenţa includerii	Rangul			
Dragoste	11	1	9	1	0	-0,14	-
Bucurie	6	2	0	11,5	90,25		
Admiraţie	5	3	1	8	25		
Încredere	4	4,5	0	11,5	49		
Simpatie	4	4,5	0	11,5	49		
Respect	3	6	7	3	9		
Devotament	2	7	1	8	1		
Datorie	1	9,5	4	4	30,25		
Mândrie	1	9,5	0	11,5	4		
Milă	1	9,5	8	2	56,25		
Remuşcare	1	9,5	1	8	2,25		
Gratitudine	0	12,5	2	6	42,25		
Grijă	0	12,5	3	5	56,25		
SUMA d^2					414,5		

În grupul de control, în urma retestării adolescenţilor, am stabilit următoarea ierarhie a trăirilor

afective nutrite faţă de mamă: *dragoste* (1), *bucurie* (2), *admiraţie* (3); *simpatie* şi *încredere* (4,5); *respect*, *devotament* (6,5); *mândrie*, *datorie*, *milă* şi *remuşcare* (9,5). Trăirile afective numite *grijă* şi *gratitudine* la subiecţii din acest grup nu au avut primele opţiuni în lista sentimentelor şi s-au plasat pe ultimele două poziţii (12,5). În grupul formativ, în retestare cuvinte-trăiri faţă de mamă s-au aranjat după cum urmează: *dragoste* (1), *milă* (2), *respect* (3), *datorie* (4), *grijă* (5), *gratitudine* (6); *admiraţie*, *devotament* şi *remuşcare* (8). Cuvintele-trăiri *bucurie*, *încredere*, *simpatie* şi *mândrie* au rămas prezente în listele adolescenţilor grupului formativ, dar au ocupat ultimele poziţii (11,5).

Din topul dat se vede clar că la adolescenţii din grupul experimental, spre deosebire de subiecţii din grupul de control, după activităţile formative s-au produs modificări substanţiale în autoevaluarea la retestare a sentimentelor faţă de mamă: între rangurile trăirilor afective înscrise pe primele trei poziţii în retestare de către adolescenţii grupurilor comparate corelaţia lipseşte (r_s=-0,14). Prin urmare, în retestare trăirile adolescenţilor din grupul formativ faţă de mamă se deosebesc de trăirile colegilor lor din grupul de control. Rezultatele din *tabelul 2* se referă la ierarhia trăirilor afective nutrite faţă de tată de către adolescenţii grupurilor de control şi formativ, stabilită la retestare.

Tabelul 2

Ierarhia trăirilor afective după frecvenţa includerii lor la retestare pe primele trei poziţii ale listei sentimentelor nutrite faţă de ***tată*** *de către adolescenţii grupurilor de control şi formativ*

Conţinutul trăirilor	Grupul de control		Grupul formativ		d^2	r_s	p
	Frecvenţa includerii	Rangul	Frecvenţa includerii	Rangul			
Dragoste	9	1,5	8	2	0,25	0,3	-
Respect	9	1,5	10	1	0,25		
Mândrie	4	3	1	8	16		
Bucurie	3	5	0	11	36		
Încredere	3	5	3	6	1		
Admiraţie	3	5	0	11	36		
Simpatie	2	7	0	11	16		
Datorie	1	9	4	4,5	20,25		
Devotament	1	9	4	4,5	20,25		
Remuşcare	1	9	0	11	4		
Gratitudine	0	12	5	3	81		
Grijă	0	12	2	7	25		
Milă	0	12	0	11	1		
SUMA d^2					257		

La adolescenţii din grupul formativ, după administrarea programului psihopedagogic elaborat, au apărut schimbări relevante şi în lista sentimentelor faţă de tată. Sentimentele faţă de tată la subiecţii grupului formativ s-au aranjat în următoarea consecutivitate: *respect* (1), *dragoste* (2), *gratitudine* (3); *devotament* şi datorie (4,5); *încredere* (6), *grijă* (7), *mândrie* (8). Trăirile *bucurie*, *admiraţie*, *simpatie*, *milă* şi *remuşcare* (11) pe primele opţiuni nu au fost găsite la niciun adolescent. Sentimentele adolescenţilor din grupul de control faţă de tată în retestare s-au aranjat după cum urmează: *dragoste* şi *respect* (1,5); *mândrie* (3); *admiraţie*, *încredere* şi *bucurie* (5); *simpatie* (7); *datorie*, *devotament* şi *remuşcare* (9). Trăirile afective motivante *gratitudine*, *milă* şi *grijă* pe primele poziţii în liste nu au fost notate. Examinarea statistică a datelor din tabel ne-a demonstrat că între rangurile sentimentelor adolescenţilor din ambele grupuri faţă de tată în retestare legătura lipseşte (r_s=0,3). În consecinţă, constatăm că în grupul formativ, spre deosebire de cel de control, s-au produs schimbări şi în ceea ce priveşte ierarhia sentimentelor faţă de tată.

Generalizând rezultatele experimentului de control, putem afirma că programul psihopedagogic de formare prin cotrăire a sentimentului de gratitudine a contribuit la: dezvoltarea la adolescenţii din grupul experimental a trăirilor afective empatice faţă de părinţi; conştientizarea de către adolescenţi a binelui primit de la părinţi; verbalizarea şi obiectivarea sentimentelor lor faţă de ei; avansarea poziţiei sentimentului de gratitudine faţă de mamă şi faţă de tată în ierarhia sentimentelor nutrite faţă de părinţi. Programul elaborat şi implementat a avut drept impact nu numai formarea la adolescenţi a sentimentului de gratitudine, dar şi a altor trăiri afective motivante de importantă valoare socială faţă de părinţi. Formarea orientată la adolescenţi a sentimentului de gratitudine faţă de părinţi reclamă activarea mecanismului psihologic de contaminare afectivă şi cotrăire. Pentru activarea acestui mecanism pot fi utilizate operele de artă, perceperea cărora duce la îmbogăţirea experienţei afective proprii prin cotrăirea, obiectivarea şi conştientizarea sentimentelor altor persoane.

Bibliografie

1. Wallon H. *Afectivitatea*. În: Evoluţia psihologică a copilului. Bucureşti: Editura Didactică şi Pedagogică, 1975, p. 93-99.
2. Выготский Л. С. *Вопросы детской (возрастной) психологии*. В: Собрание сочинений. Т. 4. Москва: Педагогика, 1984, с. 243-385.
3. Рубинштейн С. Л. *Основы общей психологии*. Том 2. Москва: Педагогика, 1989, 324 с.
4. Pavelcu V. *Din viaţa sentimentelor*. Bucureşti: Editura Enciclopedică Română, 1969, 103 p.
5. Левитов Н. Д. *О психических состояниях человека*. Москва: Просвещение, 1964, 343 с.
6. Леонтьев А. Н. *Избранные психологические произведения*. Т. 2. Москва: Педагогика, 1983, 619 с.
7. Зинченко В. П. *Комментарии*. В: А. В. Запорожец. Избранные психологические труды. Т. 2, Москва: Педагогика, 1986, с. 285-297.
8. Якобсон П. М. *Психология чувств*. Москва: Академии Педагогических Наук РСФСР, 1958 г., 382 с.

9. Ribot Th. *Logica sentimentelor*. Bucureşti: Univers Enciclopedic Gold, 2010, 176 p.
10. Теплов Б. М. *Психология музыкальных способностей*. Москва: Академия Педагогических Наук РСФСР, 1947, 335 с.
11. Вилюнас В. К. *Психологические механизмы мотивации человека*. Москва: Изд-во Московского Университета, 1990, 286 с.
12. Descartes R. *Tratat despre sentimente*. Bucureşti: IRI, 1999, 148 p.
13. Spinoza B. *Etica*. Bucureşti: Editura Ştiinţifică, 1957, 359 p.
14. Лук А. Н. *Эмоции и личность*. Москва: Знание, 1982, 175 с.
15. Бреслав Г. М. *Психология эмоций*. Москва: Смысл; Издательский центр „Академия", 2004, 544 с.

Prezentat la 20.06.2013

Natalia Daniliuc, lector universitar,
USMF *N. Testemiţanu*
e-mail: dnatally@yahoo.com
tel. mob. 079468235

THE COMPARISON OF INTELLECTUAL AND EMOTIONAL INTELLIGENCE: SECTIONAL RESEARCH ON STUDENTS AT FINAL CLASS OF HIGH SCHOOL

Umut Gök Balcı, Tevfik T. Yılmazer, Hasret Aygün, Nazlı Soysal, Kurtuluş Öngel,
Tepecik Training and Research Hospital, Department of Family Medicine, İzmir, Turkey

Summary

This study was performed on private school students in Izmir province who were at final class of the high school during academic year 2011-2012. IQ and EQ tests composed of 20 questions and 30 questions respectively were distributed to 63 students in total and they were asked to reply each test in 20 minutes. Through EQ test, assessment was made on emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships components of the emotional intelligence. The statistical analyses were made by SPSS 11.0 program using Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Khi Kare, Student tests. For the statistical significance, p<0,05 was accepted.

While 32 (50.8%) students replying the tests were male, 31students (49,2%) were female. The average age was 17,81±0,59 and their scores were ranging from 58 to 138 (The average was 111,02±18,90). The average IQ scores of males and females were 111,00±21,87 and 111,03±15,61 respectively (p:0,995). The numbers of respondents detected as very strong, requires progress and requires highly progress were balanced for the EQ test parts entitled as emotional awareness, being empathic and handling relations. However, it is found that the number of respondents requiring highly progress on managing emotions and motivating oneself was distinctly more.

There was a significant difference in regard to IQ scores at different levels of handling relations capability (p:0,031). Correspondingly, capability of handling relations was found more developed among the group with IQ scores more than the average of the study (p:0,012). The capability of handling relations and being empathic were found to be stronger among females (p:0,008 and p:0,044).

In this study held on the high school students at final class, it is found that the capabilities of managing emotions and motivating oneself require highly progress. Therefore; taking this in consideration, schools' departments providing guidance should prepare and implement proper development programs. The capabilities of being empathic and handling relations are more developed among females than males. The capability of handling relations is more developed among individuals with high IQ scores. This difference becomes more significant when the scores climb over the average.

Keywords*: Intellectual intelligence, emotional intelligence, students.*

Резюме

Сравнение интеллектуальной и эмоциональной интеллигентности: секционные исследования учеников выпускного класса средней школы

Работа выполнена при участии учеников частных школ провинции Измир, которые были в последнем классе средней школы в течение 2011-2012 учебного года. IQ и EQ тесты, состоящие из 20 вопросов и 30 вопросов соответственно, были распространены среди 63 студентов, которых просили ответить на каждый тест за 20 минут. При помощи теста EQ была проведена оценка эмоционального осознания, управления эмоциями, самомотивации, эмпатии и управления отношениями – компонентов эмоциональной интеллигентности. Статистические анализы были сделаны с помощью программы **SPSS 11.0** *Крускала Уоллиса, Манна-Уитни У., Кхи Каре, тесты Стьюдента. Для статистической значимости было принято p <0,05.*

В то время как 32 (50,8%) учеников, отвечавших на тесты, были юношами, 31 (49,2%) респондент были девушки. Средний возраст составил 17,81+0,59 лет и их баллы были в диапазоне от 58 до 138 (в среднем 111,02 +18,90). Средний балл IQ юношей и девушек были 111,00 +21,87 и 111,03+15,61, соответственно (p=0,995). Респонденты, выявленные как очень сильные, с хорошим и высоким интеллектом, были сбалансированы и для разделов теста EQ теста, и проявили себя как эмоционально осознанные, с высокой эмпатией и управляющие отношениями. Тем не менее, оказалось, что число респондентов, требующих лучших результатов в управлении эмоциями и самомотивации было более заметным.

Было значительное различие в отношении IQ оценки при различных уровнях способности управления отношениями (p=0031). Соответственно, способность управления отношениями была более развитой в группе с баллами IQ выше, чем средний бал исследования (p=0012). Способности управлять отношениями и быть эмпатичным оказались сильнее у женщин (p=0,008 и p=0044).

В данном исследовании, проводимом на старшеклассниках выпускного класса, было обнаружено, что возможности управления эмоциями и самомотивации требуют высокого интеллекта. Поэтому, принимая это во внимание, ведомства школ, обеспечивающие руководство, должны подготовить и реализовать соответствующие программы развития. Возможности для эмпатии и управления отношениями более развиты у девушек, чем у юношей. Возможность управления отношениями более развита среди лиц с высоким баллом IQ. Эта разница становится более существенной, когда оценки превышают среднее значение.

Introduction. All general intellectual capabilities such as learning, understanding, perception, adapting to new circumstances, analyzing and criticizing constitutes the "intelligence" concept. Intelligence is the most interest generating and researched property of living creatures. Many researchers studied on the concept "intelligence" up to date and tried to make definitions [1, 2]. Many researches carried out in recent years point out the necessity of revising the definition of "intelligence" and to include emotional intelligence (EQ) to this definition in addition to the classically accepted intellectual intelligence (IQ).

Intellectual intelligence is the capabilities of cognizing the relationship between abstract or concrete objects through concepts and perceptions, thinking in abstract manner, evaluating the data, ratiocinating and managing these intellectual functions consistently to reach an objective. Intellectual intelligence which we have at birth, transfer from generation to generation by genetics and that covers central nervous system functions is composed of certain intellectual capabilities. Recognizing and understanding the words, making mathematical calculations rapidly, two or three dimensional perception, audio visual memory and ratiocinating can be listed among these capabilities [3].

Emotional intelligence involves the capabilities of emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships. It may be simply defined as wisely usage of the emotions. Age, family circumstances and gender are the foremost factors affecting the development of emotional intelligence. Emotions have a crucial role in understanding the other and giving meanings to her/his thoughts and behaviors [4, 5].

Human being has two entirely different intellects as rational and emotional ones which she/he thinks with the first one and feels with the other one. These two intellects are always under interaction with each other. Rational intellect is mainly a perception form which we are aware of. In addition, it is closer to our conscious and evaluates through thinking and pondering in the mind [6]. Both intelligences are needed for a person to be successful. Organizing activities in order to determine the levels of both intelligences and enhancing them would ensure successful individuals and as a result lead the foundation of stronger communities [7].

In this study; IQ and EQ evaluations of 63 high school students at final class were made. The gender distribution of the sample group was homogeneous and the average age was 17,8. With the evaluation of their IQ and EQ, both the correlation between two intelligences and the development levels of EQ components; such as the capabilities of emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships, were researched.

Materials and methods. This study was approved by the Ethical Board with its decision no 17 and dated 30 December 2012. It is planned as a descriptive survey to be held on final class students of a private high school in province Izmir between the dates 01 November 2011-29 February 2012 in order to determine the correlation between IQ and EQ. 63 students voluntarily participated to the survey among the total of 78 final class students. 15 students couldn't be included to the study, since they were absent at the school during the period of the survey. The participation rate to the survey was calculated as 63/78 (80,72%).

All students existing at school on the days in which tests were applied were included to the study and thus the only excluding criteria was determined as being absent at school. The participating students were orally informed about the study before the survey, their oral confirmation has been taken and then the tests were applied. None of the students refused to participate.

Intelligence Quotient (IQ) test and Emotional Quotient (EQ) test developed by Hall in 1999 which are existing at internet and consisting of 20 and

30 questions respectively were distributed to the students voluntarily participating to the study. They were asked to complete each tests in 20 minutes [8]. The target of EQ test was to evaluate the emotional intelligence components such as emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships. The responses of the participants were collected through questions enabling Likert-type grading. All grades of the questions regarding each emotional feature had been summed and the emotional components were ranked as very strong, require progress and require highly progress. On the other side, the grading of IQ test had been done in accordance with its own specific scale. Each section of emotional intelligence is compared with IQ score and the correlation between them is researched in general and on gender base. In addition, the similarities and differences between the emotional intelligence components in terms of females and males had been analyzed.

The statistical analyses were made by Statistical Package for Social Sciences (SPSS) 11.0 program using Kruskal Wallis, Mann Whitney U, Khi Kare, Student tests. For the statistical significance, $p<0,05$ was accepted.

Results. While 32 (50.8%) of the 63 students participating to the study were male, 31students (49,2%) were female. The average age was 17,81±0,59 and their IQ test scores were ranging from 58 to 138 (The average was 111,02±18,90). The average IQ scores of males and females were 111,00±21,87 and 111,03±15,61 respectively. In regard to the age and gender parameters, the sample group was homogeneous and there were no significant difference statistically between them (p=0,995).

When the descriptive statistics of the capabilities of emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships constituting the five components of emotional intelligence were made, the figures corresponding to the titles emotional awareness, being empathic and handling relationships for "very strong", "requires progress" and "requires highly progress" were balanced. However, the number of respondents requiring highly progress was found to be distinctly more corresponding to the titles managing emotions, motivating oneself (*table 1*).

Table 1

Descriptive Statistics of EQ Test Results

	Conclusion	N	%
Emotional Awareness	Requires Highly Progress	19	30,2
	Requires Progress	29	46,0
	Very Strong	15	23,8
Managing Emotions	Requires Highly Progress	53	**84,1**
	Requires Progress	10	15,9
	Very Strong	0	0,0
Motivating Oneself	Requires Highly Progress	43	**68,3**
	Requires Progress	16	25,4
	Very Strong	4	6,3
Being Empathic	Requires Highly Progress	19	3,2
	Requires Progress	23	36,5
	Very Strong	21	33,3
Handling Relationships	Requires Highly Progress	25	39,7
	Requires Progress	24	38,1
	Very Strong	14	22,2

In the frame of research made in order to find out statistical correlation between EQ components and IQ scores of the respondents, significant difference were not detected in regard to IQ scores at various levels of emotional awareness, managing emotions, motivating oneself and being empathic. However, there was a significant difference in regard to IQ scores at various levels of handling relations capability (p=0,031) (*table 2*).

Table 2

The statistical correlation between EQ components and IQ scores

		IQ		
		N	Average	P
Emotional Awareness	Requires Highly Progress	19	107,68±18,62	0.225
	Requires Progress	29	115,31±17,92	
	Very Strong	15	106,93±20,56	
Managing Emotions	Requires Highly Progress	53	111,32±19,48	0.104
	Requires Progress	10	109,40±16,27	
Motivating Oneself	Requires Highly Progress	43	109,95±20,37	0.694
	Requires Progress	16	112,13±16,09	
	Very Strong	4	118,00±13,85	
Being Empathic	Requires Highly Progress	19	107,16±18,84	0.356
	Requires Progress	23	112,35±18,61	
	Very Strong	21	113,05±19,65	
Handling Relationships	Requires Highly Progress	25	103,68±21,17	**0.031**
	Requires Progress	24	117,25±13,82	
	Very Strong	14	113,43±18,86	

Table 3

The statistical correlation between Handling Relations and IQ scores

		IQ		
		N	Average	P
Handling Relationships	Requires Highly Progress	25	103,68+21,17	**0.009**
	Requires Progress	24	117,25+13,82	
	Very Strong	14	113,43+18,86	0.109
	Requires Highly Progress	25	103,68+21,17	
	Requires Progress	24	117,25+13,82	0.737
	Very Strong	14	113,43+18,86	

As a result of the statistical analyze of emotional intelligence components; emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships which also takes gender factor in consideration, there were no differences among females and males regarding their emotional awareness, managing emotions and motivating oneself levels. However, The capability of handling relations and being empathic were found to be stronger among females and the difference was statistically significant (p=0,008 and p=0,044) (*table 4*).

Analyzing the correlation between the capabilities of emotional awareness, managing emotions, motivating oneself, being empathic and handling relationships, a statistically significant difference between being empathic and handling relations was found out (p<0,001).

Table 4

Statistical analyze of EQ components on gender base

		Male		Female		Sum	P
		N	%	n	%	N	
Emotional Awareness	Requires Highly Progress	11	57,9	8	42,1	19	0,296
	Requires Progress	16	55,2	13	44,8	29	
	Very Strong	5	33,3	10	66,7	15	
Managing Emotions	Requires Highly Progress	27	50,9	26	49,1	53	0,956
	Very Strong	5	50,0	5	50,0	10	
Motivating Oneself	Requires Highly Progress	23	53,5	20	46,5	43	NA
	Requires Progress	7	43,8	9	56,3	16	
	Very Strong	2	50,0	2	50,0	4	
Being Empathic	Requires Highly Progress	12	63,2	7	36,8	19	**0,044**
	Requires Progress	14	60,9	9	39,1	23	
	Very Strong	6	**28,6**	15	**71,4**	21	
Handling Relationships	Requires Highly Progress	15	60,0	10	40,0	25	**0,008**
	Requires Progress	15	62,5	9	37,5	24	
	Very Strong	2	**14,3**	12	**85,7**	14	

Discussion. Intelligence is a concept which can not be fully described by distinct borders. It is a constitution of many general intellectual capabilities including learning, understanding, perception, adapting to new circumstances, ratiocination and criticizing.

Having solely high level of IQ neither ensures a successful life and happiness nor is enough for carrying a person to a respective position within the society. The individuals having developed emotional and social capacities, high EQ levels; in other words, the ones being aware of their emotions and able to control them, making empathy and handling their relations in a masterly manner are able to become more successful and stand front [6, 9].

Emotional intelligence is complementary and supportive for academic-intellectual intelligence and determinant of vital successes [10, 11]. A significant correlation between EQ levels and general intelligence was found in the study carried out by Lam and his colleagues on 304 university students composed of 152 females and 152 males [12]. Emotional intelligence besides being natural can be developed at any age and time through learning [13-16]. Individuals with higher EQ levels are more successful at solving emotional problems and stress management. Thus, they are more successful at inner family relations and social relations due to their constructive and positive reactions [17]. Similarly, these individuals have advanced skills in coping with stress and solving problems [18, 19]. Conversely, individuals with lower level EQ fail in handling their relations and develop negative relations due to their non-constructive and aggressive manner [20].

The IQ scores of the respondents vary in between 58 and 138 (average=111,02±18,90). The lowest score of 58 belongs to the test results of two students whose EQ tests were also analyzed and observed that they didn't reply the questions seriously.

As a result of the research made in order to determine correlations between IQ scores of respondents and five components of EQ, only handling relations capability was determined to be in relation with IQ scores. At higher IQ levels, higher handling relations capabilities were observed. Nonetheless, Bar-On advocates that an individual will finally fail in case of having high IQ, but low EQ levels as a result of being unable to establish good relations with others and finding nobody to present her/his IQ [21, 22].

Age is one of the principal factors in development of emotional intelligence. EQ starts to be formed at just infanthood and keeps on developing with experiences. Many studies in literature puts forward that EQ increases by age. In accordance with a

large scale research held in USA, it is determined that emotional intelligence climbs up to highest level at the middle 50s [23].

In this study, when the five components of EQ was analyzed, there was a balanced distribution of the number of respondents that were very strong, requires progress and requires higher progress in regard to the components; emotional awareness, being empathic and handling relations. Considering the fact that the sample was composed of young adolescents, our findings could be claimed to be supporting the literature. The distinct higher number of respondents requiring higher progress on managing emotions and motivating oneself comes out as a finding in line with the literature for our study group who are at the ages of just 17-18s.

It has been a matter of interest for researchers to find out whether there is a correlation between emotional intelligence and gender or not. Researching the literature, it is possible to find different outcomes. When the differences concerning emotional intelligence are analyzed, it is observed that EQ is more developed in general among women [24-27]. Anyhow; in Chu's study, EQ among men was found higher than women [28]. A significant difference couldn't be detected between the emotional intelligence levels and gender of 181 persons at Acar's article published in 2002 [29]. Women got higher scores in all components of EQ in another study published in Turkey [30]. In this study, statistical analyze was held taking the gender factor in account and while there was no difference among women and men in regard to emotional awareness, managing emotions and motivating oneself levels, the capabilities of handling relations and being empathic were detected to be significantly stronger among women. These findings are also inline with the literature.

A significant correlation between EQ components and communications skill was found as a result of a study applied on 203 university students by Cetinkaya and Alparslan. This correlation was found to be the "strongest" between communication skill and being empathic [9]. In other words, individuals with high EQ; particularly the ones having developed capability of being empathic, become more successful at interpersonal relations through establishing healthier communication with their neighborhood. In the study, this capability of female students was also found to be "developed".

Individuals confront with stress stimulus in daily life. It is alleged in a study that individuals having low IQ levels together with neurotic personalities are more sensitive to stress conditions; the anxiety of individuals affects their cognitive performance negatively [31]. Solving problems by "thinking" is a characteristic of IQ and individuals with high IQ levels are able to generate effective solutions under stressful circumstances [32]. According to some researchers, lower degree of stress symptoms are observed due to higher EQ levels [33, 34]. Further to discussions concerning the issue of coping with stress, it is observed that both high levels of IQ and EQ are providing advantage to individuals in this sense.

Considering the composition of the sample group of this study as university students at the eve of taking the university exam, lower probabilities of having exam anxiety and failure can be foreseen for the ones with higher IQ and EQ scores.

Conclusion. There is one or several intelligence fields that every individual surely uses more. According to Gardner, all kids born with various levels of intelligence fields and improve these intelligence fields in their life time. Besides, an intelligence field very weak at born may be developed by education and it may even become dominant [35]. In a study held in Turkey on primary school students at 5th class, it was shown that the students had enjoyed from the lectures and their success had been increased in the frame of lecture programs prepared in accordance with the intelligence fields in which they are dominant [36].

It is beyond debate that intelligence together with its all dimensions is very important for the whole life of individuals. Determination of IQ, EQ and the dominant intelligence of individuals is critically important and it has to be determined within the earliest possible time. Happier and more successful individuals would be possible in case of determining the prominent intelligence characteristics of kids and preparing lecture and education programs accordingly. The assessments of intellectual and emotional intelligence of kids and adolescents are crucial in frame of supporting the success in academics and social relations. The intellectual intelligence doesn't develop roughly after adolescent and university ages, however emotional intelligence may develop life time and reach up to adequate levels.

References

1. Oner N. *Physiological tests used in Turkey*, 1997; Istanbul: Bogazici publications.
2. Zekiye K. *The comparison of the attitudes of secondary school students towards computer in regard to their multiple intelligence fields*. Master Thesis, 2011; Sakarya University.

3. Emine Y. *Research on impact of emotional intelligence development program on behavior problems of educable mentally handicapped students*. Master Thesis, 2006; Cukurova University.
4. Tugrul C. *Emotional Intelligence*. In: Clinic Psychiatry, 1999; nr. 1, p. 12-20.
5. Salovey P., Mayer J.D. *Emotional Intelligence. Imagination. Cognition and Personality*, 1990; nr. 9(3), p. 185-211.
6. Goleman D. *Emotional Intelligence*. *Why is it more important than IQ*. 2001; Istanbul: Varlık Publications.
7. Brockert S., Braun G. *Emotional Intelligence Tests*, 2000. Istanbul: MNS Publishing.
8. *Emotional Intelligence Self-Evaluation*, developed by Dr. Nicholas Hall. http:// www.saluminternational. com/pdf/ emoint/pdf
9. Cetinkaya O., Alparslan A.M. *Impact of Emotional Intelligence on Communication Skills*: A Research on University Students. Suleyman Demirel University. In: Periodical of the Faculty of Economic and Administrative Sciences, 2011; nr. 16(1), p. 363-377.
10. Kocayoruk A. *Drama Activities in Emotional Intelligence Training*. 2004, Ankara: Nobel Publication Distribution.
11. Baltas A. *Team Work From Transition to Future and Leadership*. 2001, Istanbul: Remzi Bookstore.
12. Lam L.T., Kirby S.L. *Is emotional intelligence an advantage?* An exploration of the impact of emotional and general intelligence on individual performance. In: J. Soc. Psychol., 2002; nr. 142, p. 133-143.
13. Mayer J. D., Salovey P., Caruso D.R., Sitarenios G. *Emotional Intelligence as Standard Intelligence*. In: Emotion 2001; nr. 1(3), p. 232-242.
14. Mayer J.D., Salovey P. *What is Emotional Intelligence?* In: Emotional Development and Emotional Intelligence, 1997, New York: Basic Boks 1.
15. Weisinger H. *Emotional Intelligence in Work Life*. 1998, Istanbul: MNS Publishing.
16. Akerjordet K., Severinsson E. *Emotional Intelligence in Mental Health Nurses Talking About Practice*. In: International Journal of Mental Health Nursing, 2004; nr. 13(3), p. 164-170.
17. Mayer J.D., Salovey P., Caruso D.R. *Emotional Intelligence: Theory, Findings, and Implications*. In: Psychological Inquiry, 2004; nr. 15(3), p. 197-211.
18. Matthews G., Zeidner M. *The Handbook of Emotional Intelligence: Theory, Development, Assessment and Application at Home, School and in the Workplace*. 2000, San Fransisco: Jossey-Bass A Wiley Company.
19. Birks Y., McKendree J., Watt I. *Emotional intelligence and perceived stress in healthcare students: a multi-institutional, multi-professional survey*. In: BMC Medical Education, 2009; nr. 9, p. 61.
20. Brackett M.A., Mayer J.D., Warner R.M. *Emotional Intelligence and Its Relation to Everyday Behaviour*. Personality and Individual Differences, 2003; nr. 36, p. 1382-1402.
21. Aslan S., Ozata M. *The research of Emotional Intelligence Dimensions at Health Administrator by Cooper Sawaf Map*. In: Hacettepe Health Administration Periodical, 2006; nr. 9(2), p. 198-222.
22. Stein S.J., Book H.E. *EQ Emotional Intelligence and The Secret of success*, 2003, Istanbul: Ozgur Publications.
23. Öcal E. *The correlation between Value Chains Activities, Demographic Characteristics and Emotional Intelligence: Doğuş Automotive Example*. Master Thesis, 2006; Marmara University, Social Sciences Institute.
24. Girgin G. *The Analyze of Emotional Intelligence of University Students in terms of Some Variables.* In: TRNC Journal of National Education, 2009; nr. 3, p. 1-12.
25. King D.H. *Measurement of differences in emotional intelligence of pre-service educational leadership students and practicing administrators as measured by the multifactor emotional intelligence scale*. In: Dissertation Abstracts International, 1991; nr. 60(3), p. 606.
26. Wing E., Love G.D. *Elective Affinities and Uninvited Agonies: Mapping Emotions With Significant Others Onto Health. Emotion, Social Relationships and Health Series in Affective Science*. 2001, New York: Oxford University Press.
27. Katyal S., Awasthi E. *Gender Differences in Emotional Intelligence Among Adolescents of Chandigarh*. In: Journal Human Ecology, 2005; nr. 17(2), p. 153-155.
28. Chu J. *Boys development*. In: Reader's Digest, 2002; p. 94-95.
29. Acar F. *Emotional Intelligence and Leadership*. In: Periodical of social Sciences Institute, 2002; nr. 12, p. 53-68.
30. Koksal A., Gazioglu A.E. *The Correlation between Emotional Intelligence and Decision Making Strategies at Adolescents*. In: Hasan Ali Yucel Faculty of Education Periodical, 2007; nr. 1, p. 133-146.
31. Perkins A.M., Corr P.J. *Cognitive Ability as a Buffer to Neuroticism: Churchill's Secret Weapon?* In: Personality and Individual Differences, 2006; nr. 40, p. 39-51.
32. Sahin N.H., Guler M., Basım H.N. *The correlation of Cognitive and Emotional Intelligences with Coping with Stress and Stress Symptoms at a Type Personality Pattern*. In: Turkish Psychiatry Periodical, 2009; nr. 20(3), p. 243-254.
33. Nikolaou I., Tsaousis I. *Emotional Intelligence in the Workplace*. In: The International Journal of Organizational Analysis, 2002; nr. 10(4), p. 327-342.
34. Shulman T., Hemenover S.H. *Is Dispositional Emotional Intelligence Synonymous with Personality?* In: Self and Identity, 2006; nr. 5, p. 147-171.
35. Gardner H. *Intellect Frames Multiple Intelligence Theory*, 2004; Istanbul: Alfa Printing Publication.
36. Gokcan Yılmaz G., Fer S. *The Opinions and Successes of Students on Education Activities Organized in Accordance with Multiple Intelligence Fields*. In: Hacettepe University, Faculty of Education Periodical, 2003; nr. 25, p. 235-245.

Prezentat la 10.06.2013

Kurtuluş Öngel,
directorul Spitalului pentru Instruire şi Cercetare Tepecik, İzmir, Turcia
kurtulusongel@gmail.com

PARTICULARITĂŢI CLINICO-PARACLINICE ŞI ABORDĂRI NOI ÎN DIAGNOSTICUL ŞI TRATAMENTUL COLITEI ULCEROASE

Svetlana ŢURCAN,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Clinical and laboratory features and new approaches to diagnosis and treatment of ulcerative colitis

The aim of the study was to analyze demographic, clinical and biological features of ulcerative colitis and improve diagnostic and treatment schemes based on the risk factors of unfavorable evolution of the disease. Prospective cohort study included: 306 patients with ulcerative colitis with follow-up more than 5 years, 172 – more than 10 years and 79 – more than 15 years. Controlled clinical studies were performed for the comparison of different methods of diagnosis and treatment.

For the first time were evaluated epidemiological trends and risk factors of ulcerative colitis in Moldova. Patterns of disease and risk factors for an unfavorable evolution were identified. There was shown a possibility to predict disease evolution. A new method of complete remission diagnosis (by evaluation of markers of the oxidative stress) and a new tactic of maintenance therapy (intermittent treatment) were developed. The most significant risk factors: duration until the specific therapy, therapy at disease onset, duration of remission are modifiable factors, therefore, the adequate and timely treatment can improve the disease prognosis. As a result of integrated approach were developed: classification of disease evolution patterns and treatment algorithm based on the risk factors.

Keywords*: ulcerative colitis, diagnostic methods, treatment regimen, risk factors, intermittent treatment.*

Резюме

Клинико-параклинические особенности и новые подходы к диагностике и лечению язвенного колита

Цель работы – изучить демографические, клинические и параклинические особенности язвенного колита и усовершенствовать схемы диагностики и лечения в зависимости от факторов риска неблагоприятного течения заболевания. Проспективное когортное исследование включало: 306 пациентов с длительностью наблюдения 5 лет, 172 – 10 лет и 79 больных, наблюдаемых в течение 15 лет. Для сравнения различных методов диагностики и лечения были проведены контролируемые клинические исследования.

Впервые оценены эпидемиологические тенденции и факторы риска возникновения язвенного колита в Р. Молдова. Определены закономерности течения заболевания и факторы риска неблагоприятной эволюции и показана возможность прогнозирования эволюции заболевания. Разработаны новая методика диагностики полной ремиссии заболевания (методом оценки маркеров оксидативного стресса) и новая тактика поддерживающей терапии (интермитирующая поддерживающая терапия). Разработаны классификация вариантов течения язвенного колита и алгоритм ведения в зависимости от факторов риска.

Ключевые слова*: язвенный колит, методы диагностики, схемы лечения, факторы риска, интермитирующая поддерживающая терапия.*

Introducere. Bolile inflamatorii intestinale (BII), de care ţine şi colita ulceroasă (CU), şi boala Crohn, reprezintă una dintre cele mai dificile şi complexe probleme ale gastroenterologiei moderne. Din punct de vedere epidemiologic, BII sunt mai puţin răspândite, comparativ cu alte maladii gastrointestinale, însă impactul lor medico-social este major, fiind determinat de evoluţia severă, asociată cu diverse complicaţii, de abordări şi tactici terapeutice imperfecte.

Colita ulceroasă este o boală cu un spectru larg de manifestări clinice intestinale şi extraintestinale şi cu diverse variante de evoluţie. Factorii care influenţează caracterul evoluţiei bolii nu sunt cunoscuţi la momentul actual. Cercetările ştiinţifice nu au demonstrat corelaţii esenţiale între factorii demografici, sociali, alimentari, igienici etc. şi varianta de evoluţie a CU [15]. Rezultate concludente s-au obţinut în evaluarea relaţiilor dintre particularităţile debutului şi evoluţia îndelungată a bolii. De exemplu, evaluarea dinamicii CU în cohorta pacienţilor din Copenhaga a condus la concluzia că anume caracterul sever al debutului bolii condiţionează evoluţia progresivă a ei în următorii 5 ani [9]. Însă legităţile evoluţiei CU, factorii principali de risc pentru evoluţia nefavorabilă, progresivă sunt studiate insuficient, ceea ce creează dificultăţi în prognozarea dinamicii bolii şi în elaborarea tacticii individuale de management pentru fiecare pacient.

Scopul lucrării este studierea particularităţilor demografice şi clinico-paraclinice ale colitei ulceroase şi perfecţionarea schemelor de diagnostic şi de tratament, în funcţie de factorii de risc ai evoluţiei nefavorabile a bolii.

Material şi metode. În studiul deschis prospectiv de cohortă au fost incluşi 306 pacienţi cu colită ulceroasă cu o durată de monitorizare de 5 ani, 172 de pacienţi – de 10 ani şi 79 de pacienţi – de > 13 ani. Supravegherea pacienţilor s-a efectuat conform protocoalelor standardizate. Supravegherea dinamică a pacienţilor incluşi în studiu a fost realizată pe o perioada de la 2 până la 27 de ani (în medie – 7,56 ± 6,78 ani), fiecare pacient fiind consultat de la 2 până la 23 de ori (în medie – de 5,44 ± 4, 64). Grupul

de control a fost constituit din 305 persoane fără patologie organică intestinală.

Pentru a determina valoarea de diagnostic a indicilor de laborator, indicaţiile şi eficienţa schemelor diverse de tratament, au fost efectuate studii clinice controlate în grupurile cu destinaţii speciale.

Examinarea de laborator a pacienţilor din lotul general a inclus: hemorgama, urograma, coprograma, inclusiv coprocitograma, testele biochimice: ALT, AST, bilirubina totală, directă şi indirectă, GGTP, FA, colesterolul, protrombina, fibrinogenul, ureea, creatinina, proteina generală şi fracţiile proteice, albumina, proteina C-reactivă, dozarea nivelului de Ca, Na, K, Cl, Fe. Pentru efectuarea testelor enumerate au fost utilizate metode de laborator standardizate. Adiţional, în grupurile cu destinaţii speciale au fost studiaţi indicatorii:

- statutului imun, inclusiv autoanticorpii antifosfolipidici şi pANCA;
- stresului oxidativ şi sistemului antioxidant;
- infecţiei intestinale secundare prin metoda coproculturii.

Materialul acumulat a fost analizat statistic, prin metode de analiză descriptivă, variaţională şi corelaţională, utilizând: criteriile *Student,* χ^2, *Fisher exact*, coeficientul de corelare *Pearson*, cu evaluarea veridicităţii conform scorului *Chedoc*, specificitatea şi sensibilitatea testelor de diagnostic. Depistarea factorilor de risc şi evaluarea acurateţei prognozei pentru diferite forme de evoluţie a CU s-au efectuat folosind *analiza multifactorială discriminantă pas cu pas*.

Rezultate şi discuţii. Distribuţia geografică a CU este foarte neuniformă: incidenţa CU variază de la 0,4 până la 24,5 cazuri la 100 000 populaţie, iar prevalenţa – de la 7 până la 248, în funcţie de zona geografico-economică. Incidenţa patologiei este mai mare în regiunile nordice, în ţările dezvoltate economic, cu nivel înalt de standarde igienice se înregistrează 12-25 cazuri/100 000 de locuitori [3]. În statele Europei de Est şi de Sud, indicii de incidenţă sunt mai mici – 2,5-9 cazuri/100 000 de locuitori [6, 14].

Conform datelor Centrului Naţional de Management în Sănătate al Ministerului Sănătăţii, curba de incidenţă a CU şi a BC, în anii 1998-2008, are caracter relativ stabil, cu devieri de la 2,9 până la 4,1 cazuri noi la 100000 de locuitori, fără o tendinţă semnificativă de creştere. O situaţie analogică se observă şi în caz de prevalenţă a BII – devieri moderate de la 16,9 până la 21,1, fără o creştere semnificativă. Aşadar, ***Republica Moldova se referă la regiunile cu incidenţă şi prevalenţă a BII relativ joase, comparabile cu indicii respectivi din alte ţări din Europa de Est şi de Sud***.

Creşterea esenţială a incidenţei bolilor inflamatorii intestinale a fost demonstrată în unele ţări ale Europei Centrale şi de Est [12, 14]. În acelaşi timp, n-a fost atestată o dinamică semnificativă a indicilor epidemiologici în România: incidenţa CU constituie în medie 3-4/100000 de locuitori [6]. În Republica Moldova, la fel, nu se observă o creştere esenţială a cazurilor noi şi a răspândirii BII, în perioada 1998-2010. Din cauza lipsei datelor despre incidenţa şi prevalenţa BII până în anul 1998, nu este posibilă analiza dinamicii pe parcursul unei perioade mai îndelungate. Dar conform analizei datelor proprii, se observă creşterea progresivă a numărului de cazuri noi de CU, diagnosticate în clinica de gastroenterologie a SCR pe parcursul ultimelor trei decenii: de la 3-4 cazuri noi în anii 1979-1984 până la 15-18 în perioada 2005-2010. Spitalul Clinic Republican reprezintă o instituţie medicală terţă, ceea ce sugerează că dinamica indicatorilor în SCR reflectă dinamica situaţiei în ţară şi ne permite să concluzionăm cu o probabilitate înaltă că majorarea răspândirii CU a avut loc în Moldova în anii '70-90 ai sec. XX, cu stabilizarea relativă a situaţiei în ultimul deceniu.

Se presupune că creşterea semnificativă a BII, demonstrată în unele ţări din Europa Centrală şi de Est, este cauzată de „vesternizarea" modului de viaţă (industrializarea, creşterea ritmului de viaţă, schimbările esenţiale în alimentaţie: creşterea consumului de produse rafinate, de glucide uşor asimilabile şi de grăsimi, micşorarea consumului de produse naturale etc.). Toţi aceşti factori, concomitent cu schimbările mediului ambiant, cu folosirea largă a preparatelor antibacteriene şi a altor remedii farmacoterapeutice, duc la devieri în sistemele organismului uman, în particular, în sistemul imun şi în microbiocenoza intestinală, creând condiţii patogene, favorabile pentru dezvoltarea bolilor inflamatorii intestinale. Acest fenomen, probabil, nu are influenţă semnificativă în Moldova până la momentul actual.

Raportul pacienţilor în funcţie de sex (1/1, cu tendinţă de predominare minimă a sexului feminin) şi în funcţie de locul de trai (prevalenţa CU de 1,7 ori mai înaltă în rândul locuitorilor din mediul urban), demonstrat în cohorta studiată, corespunde datelor altor autori: CU şi BC sunt mai frecvente în familiile mai favorabile din punct de vedere socioeconomic, din localităţile urbane, comparativ cu mediul rural, preponderent printre „lucrătorii de oficiu", comparativ cu cei antrenaţi în agricultură [8].

Studierea impactului *fumatului* asupra diverselor forme de BII ne-a oferit rezultate extrem de interesante. Astfel, fumatul sporeşte riscul apariţiei BC şi-i agravează evoluţia. Fumătorii mai frecvent necesită tratament steroid şi imunosupresiv, dar şi intervenţii chirurgicale, rezultatele terapeutice fiind mai modeste [5]. Renunţarea la fumat ameliorează evoluţia B. În cazul CU, situaţia este inversă: fumatul scade riscul dezvoltării bolii, ameliorează evoluţia, reduce riscul colonectomiei [16]. Renunţarea la fumat în CU agravează evoluţia şi prognosticul bolii.

În rândul pacienţilor din cohorta studiată erau mult mai puţini fumători (31 sau 10,1%) comparativ cu grupul de control (79 sau 25,9%, p <0,001). Astfel, studiul nostru *a confirmat indirect efectul protector al statutului de fumător în CU*, identificat şi în alte studii. Indiferent de rezultatele obţinute, fumatul nu poate fi recomandat bolnavilor, din cauza acţiunii negative asupra sistemelor cardiovascular şi respirator.

Pentru BII este caracteristică agregarea familială, anamneza familială agravată fiind unul dintre cei mai importanţi factori de risc ai BC şi CU în regiunile cu răspândire largă a BII. În studiul nostru ***nu s-a observat influenţa anamnezei familiale agravate*** asupra apariţiei CU. O explicaţie poate fi numărul redus de bolnavi cu anamneză agravată (3 sau 0,98%). Probabil, pentru populaţia din Moldova sunt caracteristice nu cazurile familiale de CU, ci cele sporadice, caracteristice regiunilor cu răspândire relativ scăzută a BII.

Rezultatele studiului indirect ***confirmă rolul protector al apendicectomiei în anamneză***, identificat în lucrările lui Cosnes J. şi coaut. [5]. În grupul de control, au fost supuşi apendicectomiei 79 de pacienţi (25,9%), iar în grupul de bolnavi – doar 8 pacienţi (2,6%, p < 0,001).

Colita ulceroasă este o boala cu un spectru larg de manifestări clinice şi cu diverse variante de evoluţie. Simptomul dominant, documentat în 90% cazuri de CU, este eliminarea sângelui cu scaunul. În studiul nostru, în cele mai multe cazuri, boala debuta prin rectoragii (88,9%) şi diaree (84,6%). Cu toate acestea, la 65,7% din pacienţi debutul bolii a avut un caracter treptat, iar simptomele sindromului general inflamator se întâlneau relativ rar, de exemplu, creşterea temperaturii corpului s-a atestat doar la 15% din pacienţi. În cazul unui astfel de debut, deseori se diagnostica neargumentat inflamarea venelor hemoroidale (29,1%) şi chiar se efectuau intervenţii chirurgicale (2,6%), care agravau evoluţia bolii.

Conform datelor literaturii de specialitate, CU debutează acut în ≈15% cazuri, manifestându-se prin toxemie, însoţită de pierdere ponderală, febră, tahicardie, uneori greţuri şi vomă [13]. În studiul nostru, cea mai severă formă de debut al CU – debutul acut grav – a fost identificat relativ rar (7,5%), dar şi în acest caz diagnosticul CU a fost stabilit tardiv, de regulă, după examinarea şi tratamentul în secţia de boli infecţioase. În cazul unui debut grav al bolii, se observă o extindere distală rapidă a procesului inflamator la nivelul intestinului şi deja în debutul bolii se atestă formele extinse ale CU (5,2%). Aceste particularităţi provoacă anumite dificultăţi în diagnostic, întârziind aplicarea terapiei specifice. ***Pentru diagnosticul oportun al debutului CU este necesară examinarea endoscopică a intestinului (cel puţin, rectoromanoscopie sau rectosigmoscopie) la toţi pacienţii cu rectoragii repetate, indiferent de prezenţa sau absenţa altor simptome ale CU.***

Complicaţiile CU pot fi locale sau sistemice. Cele mai frecvente complicaţii în debutul bolii au fost hemoragiile gastrointestinale inferioare (9,5%) și leziunile anorectale (4,9%).

În 20-30% cazuri de CU, în special cu grad sever al activităţii, sunt posibile manifestări extraintestinale: artropatii centrale şi periferice, afectări oculare, cutanate, leziuni ale mucoasei cavităţii bucale etc. Conform datelor din lotul studiat, manifestările extraintestinale sunt caracteristice pentru debutul bolii (14,7%), cele mai frecvente fiind artropatiile (8,2%), leziunile cutanate (2,9%) şi ale cavităţii bucale (3,9%). Manifestările extraintestinale, de obicei, au fost asociate cu o vârstă fragedă şi un grad înalt sau moderat de activitate; apăreau în diverse asocieri și, mai rar, ca o manifestare sistemică unică, ceea ce corespunde concluziilor savanţilor din Germania, care au demonstrat că apariţia unei manifestări extraintestinale este factor de risc pentru dezvoltarea altor simptome extraintestinale [13].

Calitatea asistenţei medicale în debutul bolii este nesatisfăcătoare. La 38,2% (mai mult decât la fiecare al treilea) se stabileşte diagnosticul corect şi se administrează tratamentul specific numai peste ≥ 6 luni de la apariţia primelor semne ale bolii. Doar 16,7% din pacienţi sunt diagnosticaţi pe parcursul primei luni a bolii şi doar 19,3% primesc tratamentul adecvat în primele luni ale maladiei.

La jumătate dintre pacienţi (49,7%), în primele 6 luni de la debutul bolii s-a obţinut remisiunea clinică, indiferent de tratamentul administrat. Cu toate acestea, ca urmare a faptului că majoritatea pacienţilor (80,1%) n-au folosit tratamentul de menţinere, la 43,1% s-a înregistrat o agravare a bolii deja în primele 6 luni după obţinerea remisiunii. Remisiunea pe termen lung, în decurs de mai mult de 12 luni, s-a obţinut doar la 15,7% din pacienţi, în timp ce, conform datelor studiilor europene, remisiunea clinică se menţine la ≈50% timp de un an. Aproape la jumătate din bolnavi (44,4%) s-a diagnosticat mai mult de o recidivă în primul an de boală. Mai mult decât atât, în timpul recidivei, s-a agravat activitatea CU, în comparaţie cu debutul bolii:

- în debut raportul activităţii uşoară/moderată/înaltă a CU a fost 6,8/5,5/1, iar la prima recidivă – 3,9/6,3/1 (p <0,001);
- în debut, raportul colită distală/extinsă a fost 6,25/1, iar în caz de prima recidivă – 1,3/1 (p<0,001);
- în recidivă, fiecare al patrulea pacient necesita terapie hormonală (23,9% – cu corticosteroizi sistemici şi 4,9% – locali), în timp ce la debutul bolii hormonii se administrau doar la 11,1% din pacienţi (p <0,001).

Aceste date indică necesitatea administrării tratamentului de menţinere, pentru a preveni progresarea bolii.

Monitoringul particularităţilor clinice şi evolutive ale CU pe parcursul unei perioade îndelungate (peste 13-15 ani) a scos în evidenţă ***legităţile evoluţiei bolii***.

1. Evoluţia recidivantă, cu recidive rare ≤ 1/an, este cea mai răspândită variantă de evoluţie a CU (>50% în cohorta studiată). Cu timpul, frecvenţa acestei variante creşte, iar rata variantei cu recidive frecvente tinde să scadă.

2. CU are în general o evoluţie progresivă:

- creşte semnificativ proporţia recidivelor cu grad moderat de activitate (p<0,05), paralel cu scăderea frecvenţei recidivelor cu grad uşor;
- creşte frecvenţa formelor extinse ale CU (cu toate acestea, chiar şi pe parcursul a 13 ani de monitorizare şi mai mult, la 19% din pacienţi se păstrează localizarea distală a colitei).

3. Manifestările extraintestinale sunt diagnosticate la 17,0–21,5% din pacienţi. Cu trecerea timpului, numărul bolnavilor cu astfel de simptome nu creşte esenţial. Fac excepţie artropatiile, îndeosebi poliartropatiile periferice, a căror frecvenţă creşte progresiv după 10 ani de evoluţie a bolii. În acelaşi timp, leziunile oculare, cutanate şi ale cavităţii bucale sunt caracteristice pentru debutul bolii şi sunt diagnosticate rar la evoluţia îndelungată a CU.

4. La o evoluţie îndelungată a bolii creşte semnificativ frecvenţa complicaţiilor CU, p<0,05. Numărul pacienţilor cu complicaţii se majorează cu 10-15% la fiecare 5 ani, constituind 50,6% după o monitorizare de 13 ani şi mai mult. Cele mai frecvente complicaţii în grupul de studiu au fost hormonodependenţa şi modificările morfologice postinflamatorii ale intestinului (pseudopolipoza pronunţată, stenoza, formarea intestinului afuncţional inert). Relativ rar s-a recurs la colectomie (la 3-5% din pacienţi în fiecare 5 ani).

Conform datelor studiilor europene, la colonectomie se recurge în 20-30% cazuri de colite extensive, din cauza complicaţiilor şi/sau a ineficienţei terapeutice [13]. În regiunile cu prevalenţă joasă a CU, spre exemplu în ţările Asiei, boala are o evoluţie mai favorabilă şi riscul cumulativ pentru colonectomie este de 2,4% şi 7,6% pe parcursul a 1 şi, respectiv, a 10 ani de evidenţă a pacienţilor [4]. Cancerul de colon s-a dezvoltat la 3,8% din numărul de pacienţi monitorizaţi mai mult de 13 ani, ceea ce corespunde datelor metaanalizei, care cuprinde 194 lucrări publicate în MedLine: cancerul colorectal a fost diagnosticat în medie la 3,7% pacienţi.

Monitorizarea îndelungată a dinamicii bolii a permis ***elaborarea clasificării variantelor evoluţiei CU***:

I. evoluţie rar recidivantă (≤ 1 recidivă/an), fără extinderea inflamaţiei în intestin şi fără complicaţii;
II. evoluţie rar recidivantă, cu extinderea inflamaţiei în intestin şi/sau cu complicaţii;
III. evoluţie frecvent recidivantă (≥ 2 recidive/an), fără extinderea inflamaţiei în intestin şi fără complicaţii;
IV. evoluţie frecvent recidivantă, cu extinderea inflamaţiei în intestin şi/sau cu complicaţii.

Aproximativ la fiecare al doilea pacient se atestă o evoluţie relativ favorabilă, cu recidive rare şi fără complicaţii (varianta I) timp de mai mult de 13-15 ani. În acelaşi timp, aproximativ la fiecare al treilea pacient (28-35% din bolnavi în diferite perioade ale bolii) se înregistrează o evoluţie nefavorabilă, cu recidive frecvente şi progresarea bolii (IV variantă).

Astfel de ***deosebiri radicale în variantele evolutive ale bolii dictează necesitatea unui management distinct, individualizat al pacienţilor***. Pentru acest scop, este necesară evidenţierea criteriilor de prognostic al evoluţiei CU. Cercetările nu au demonstrat corelaţii esenţiale între factorii demografici, sociali, alimentari, igienici etc. şi varianta de evoluţie a CU [13]. Rezultate mai semnificative s-au obţinut în evaluarea relaţiilor dintre particularităţile debutului şi evoluţia îndelungată a bolii. Evaluarea dinamicii CU în cohorta pacienţilor din Copenhaga a demonstrat că şi caracterul sever al debutului bolii condiţionează evoluţia progresivă în următorii 5 ani [9].

În studiul nostru, analiza diverselor caracteristici demografice, sociale, igienice, anamnestice n-au evidenţiat factorii asociaţi cu diferite variante ale evoluţiei bolii (cu excepţia vârstei pacientului la debutul acesteia). Mult mai informativi au fost factorii clinici, care determinau particularităţile debutului maladiei şi tratamentul acesteia. Cu ajutorul analizei multifactoriale discriminante, au fost evidenţiaţi factorii asociaţi cu evoluţia frecvent recidivantă şi progresivă a bolii.

Factorii evidenţiaţi ai evoluţiei nefavorabile au fost clasificaţi în funcţie de posibilitatea corecţiei lor terapeutice după cum urmează:

- ***nemodificabili***:
  - vârsta la debutul bolii ≤ 30 ani;
  - severitatea activităţii debutului CU;
  - prezenţa manifestărilor extraintestinale;
- ***modificabili condiţionat***:
  - prezenţa complicaţiilor;
  - localizarea extinsă a colitei;
  - statutul de nefumător;
- ***modificabili***:
  - durata până la administrarea terapiei specifice mai mare de 6 luni;
  - tratamentul inadecvat la debutul bolii;
  - durata până la remisiune mai mare de 6 luni;
  - durata terapiei de menţinere ≤ 1 lună;
  - durata primei remisiuni ≤ 6 luni.

Astfel de factori ca prezenţa complicaţiilor şi localizarea extinsă a colitei la debutul bolii au fost calificaţi drept convenţional modificabili, deoarece într-un şir de cazuri tratamentul timpuriu adecvat poate influenţa asupra acestor parametri. La convenţional modificabili este atribuit şi statutul de nefumător, deoarece, în ciuda faptului că fumatul este un factor de protecţie pentru reducerea frecvenţei recidivelor, el nu poate fi recomandat pacienţilor, din cauza riscului bolilor cardiovasculare etc. O atenţie deosebită trebuie acordată faptului că cei mai importanţi factori de risc ai evoluţiei nefavorabile a CU – durata până la prescrierea tratamentului specific mai mare de 6 luni, tratamentul inadecvat la debutul bolii, durata până la remisiune mai mare de 6 luni etc. – sunt factori modificabili. ***Prin urmare, diagnosticul timpuriu şi tratamentul oportun pot preveni evoluţia nefavorabilă a CU. Scopul terapiei trebuie să fie prevenirea recidivei cât mai curând posibil şi menţinerea cât mai îndelungată a remisiunii clinice şi endoscopice***. Este inadmisibilă persistenţa CU active, chiar şi cu un grad uşor, deoarece s-a demonstrat că şi în acest caz se observă agravarea bolii şi dezvoltarea complicaţiilor.

În ultimii ani, este discutată pe larg influenţa microflorei obligatorii şi facultative şi a infecţiei concomitente, care pot deţine un rol de trigger în dezvoltarea patologiei şi în provocarea recidivelor [10]. Pentru evaluarea frecvenţei şi a rolului infecţiei concomitente în CU, a fost efectuat un studiu clinic special, care a demonstrat că infecţia intestinală secundară deseori agravează recidivele moderate şi severe ale CU (30,1% din cazuri). Leucocitoza cu deviere a formulei leucocitare spre stânga şi mărirea considerabilă a VSH-ului reprezintă criterii informative pentru suspectarea infecţiei intestinale secundare. Pentru confirmarea complicaţiei, este necesar de a efectua analiza bacteriologică a maselor fecale.

În pofida tabloului clinic caracteristic, a semnelor tipice instrumentale şi de laborator, în prezent nu există ***semne patognomonice ale bolii***, lipseşte „standardul de aur" de diagnostic. Diagnosticul de CU se stabileşte pe baza complexului de simptome clinice, endoscopice şi histologice. Testele de laborator nu au o importanţă primordială în diagnoză şi în diagnosticul diferenţial al CU, dar rolul lor este esenţial pentru determinarea gradului de activitate a bolii şi, prin urmare, pentru alegerea strategiei adecvate de tratament [13]. În ultimele decenii au fost propuşi numeroşi markeri ai inflamaţiei în CU: haptoglobina, inhibitorul pancreatic secretor al tripsinei, neopterina ş. a. [17]. Însă aceste metode nu au fost recomandate pentru utilizare în practica clinică, din motivul sensibilităţii şi/sau specificităţii joase în raport cu costurile crescute şi complexitatea investigaţiei. Pentru practica clinică, are o importanţă primordială selectarea celor mai informative metode pentru determinarea activităţii CU utilizând teste necostisitoare, minim invazive, şi stabilirea specificităţii şi sensibilităţii analizelor de laborator de rutină.

A fost analizată valoarea de diagnostic a testelor de laborator clinice şi biochimice, utilizate pe larg în practica medicală, şi s-a demonstrat că:

- pentru determinarea gradului de activitate a CU, indicatorii cei mai informativi ai hemoleucogramei sunt numărul de trombocite şi VSH: numărul de trombocite mai mare de ≥ 400 x 10^9/L şi VSH mai mare de 20 mm/oră sunt criterii informative ale activităţii severe a CU, cu specificitatea de 85,3 şi sensibilitatea de 89,3;
- nivelul proteinei C-reactive variază semnificativ pe măsura creşterii activităţii CU şi are o valoare de diagnostic maximă: specificitatea metodei pentru determinarea activităţii severe a CU după nivelul proteinei C-reactive mai mare de 3 valori normale, adică peste 18 mg/l, constituie 85,6, iar sensibilitatea – 100;
- un grad moderat de corelare cu activitatea CU îl au astfel de indicatori ca fierul seric, albumina şi calciul; cu toate acestea, valoarea de diagnostic a acestor teste pentru determinarea gradului de activitate a CU nu este înaltă;
- analiza statistică nu a demonstrat valoarea de diagnostic pentru diferenţierea gradului de activitate a CU pentru: testele biochimice hepatice (ALT, AST, GGTP, fosfataza alcalină, protrombina), proteina totală şi fracţiile proteice, macroelementele serice.

Analiza caracteristicilor *statutului imunologic* nu a confirmat valoarea de diagnostic a testelor imunologice pentru CU (din cauza dispersării mari a indicatorilor), astfel testarea imunologică de rutină nu poate servi drept criteriu pentru diagnostic sau aprecierea gradului de severitate a CU.

Prin metoda analizei imunoenzimatice, a fost demonstrată prezenţa frecventă (46,81%) a anticorpilor pANCA în CU, ceea ce corespunde datelor altor studii – 50-60% [2]. Anumite corelaţii între frecvenţa de detectare, titrurile acestor anticorpi şi gradul de activitate/localizare a CU n-au fost identificate. Astfel, anticorpii pANCA pot fi utilizaţi în diagnosticul complex şi în cel diferenţial al CU, dar nu pot servi drept criteriu de severitate sau extindere a bolii.

Stresul oxidativ are o mare importanţă în mecanismele leziunilor tisulare în inflamaţii, inclusiv în leziunea membranelor mucoase. De rând cu diferiţi factori imunomodulatori, în CU sunt determinate niveluri înalte ale compuşilor reactivi de oxigen. Studiul actual confirmă creşterea semnificativă a concentraţiei dialdehidei malonice – metabolitului de bază al peroxidării lipidice în CU activă. Sistemele antioxidante enzimatice şi neenzimatice servesc la

protejarea celulelor şi ţesuturilor de radicalii liberi şi metaboliţii lor. Într-un şir de studii este indicată reducerea activităţii sistemului neenzimatic antioxidant în BII: scăderea nivelului de vitamine C si E, glutationului şi mineralelor antioxidante [7]. Stresul oxidativ prelungit, probabil, epuizează rezervele de antioxidanţi neenzimatici chiar şi la un grad uşor sau moderat al activităţii BII.

O situaţie oarecum diferită se observă în cazul antioxidanţilor enzimatici. Probabil, rezervele sistemului antioxidant enzimatic sunt mai semnificative şi, în majoritatea cazurilor, în BII active se înregistrează niveluri ridicate de glutation peroxidază, superoxidismutază şi catalază [11]. În studiul nostru s-a înregistrat o creştere semnificativă a nivelului activităţii superoxidismutazei şi catalazei eritrocitare în CU activă, comparativ cu grupul de control. Doar la unii pacienţi cu recidive severe prelungite ale CU nivelul activităţii catalazei era mai scăzut decât în grupul de control, probabil din cauza epuizării rezervelor sistemului antioxidant enzimatic.

În studiul nostru, ca şi în unele alte cercetări [11], s-a constatat că concentraţia înaltă de markeri ai stresului oxidativ, caracteristică pentru CU activă şi BC, revine la indicii normali în perioada remisiunii complete a bolii. Astfel, ***indicii normali ai markerilor stresului oxidativ şi ai antioxidanţilor enzimatici la bolnavii de CU pot servi drept criteriu pentru confirmarea remisiunii complete a bolii***.

Pentru evaluarea eficacităţii terapiei de scurtă durată cu medicamente antibacteriene în inducerea şi menţinerea remisiunii în CU, s-a efectuat un studiu clinic special. Studiul a demonstrat că ***tratamentul antibacterian de scurtă durată (10 zile) cu ciprofloxacină şi cu metronidazol ameliorează esenţial evoluţia bolii la bolnavii cu recidive severe şi moderate ale CU, complicate cu o infecţie intestinală secundară***. Introducerea ciprofloxacinei şi a metronidazolului în schemele-standard de tratament la aceşti pacienţi a contribuit la reducerea relativă a riscului de o recidivă cu 72%, iar a riscului de două şi mai multe recidive – cu 89,9%.

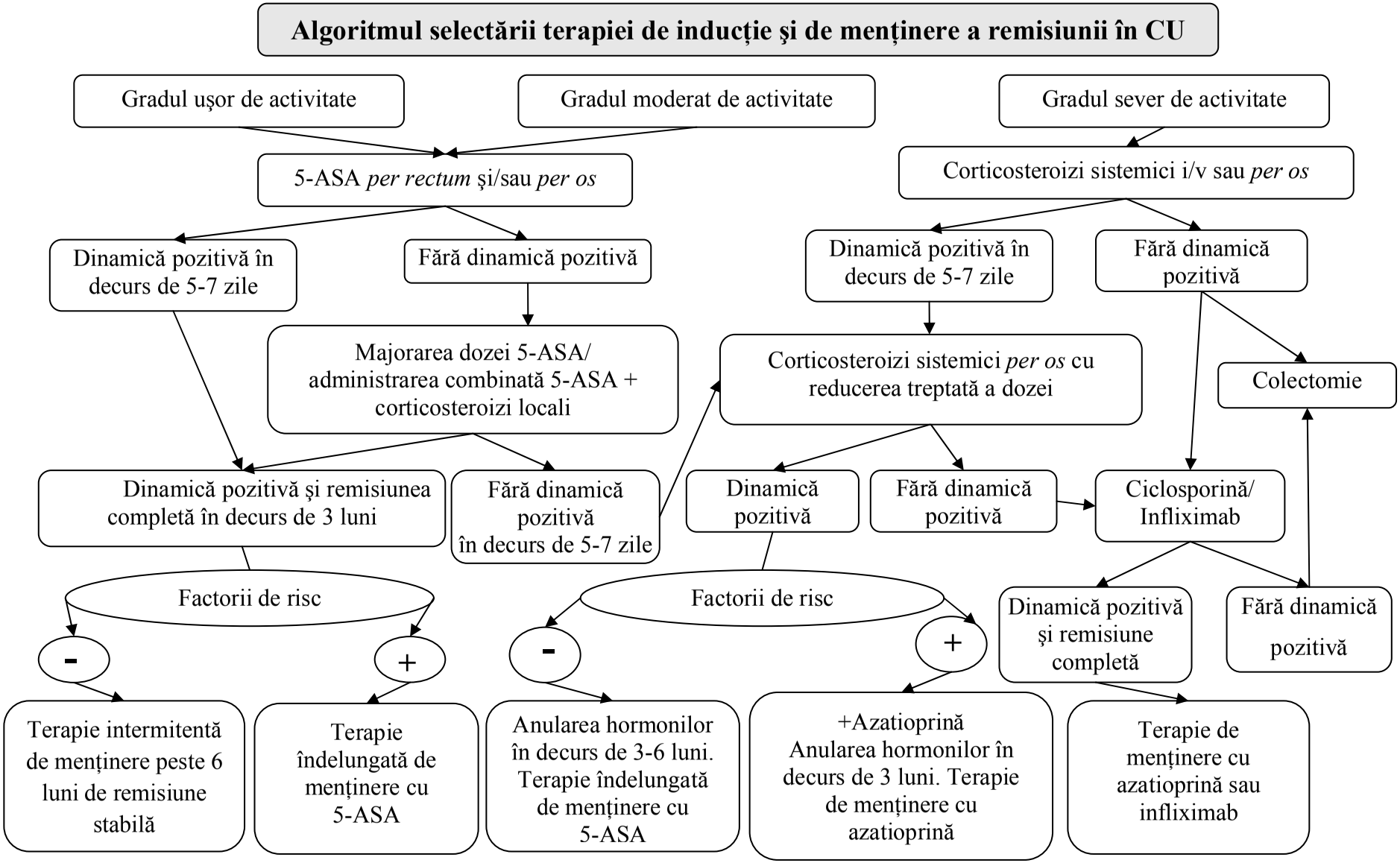
Experienţa clinică denotă perioade de remisiuni îndelungate, indiferent de administrarea medicamentelor, după instalarea remisiunii clinice la pacienţii cu forme evolutive uşoare. Unii bolnavi, în pofida recomandărilor medicului, îşi elaborează strategii terapeutice proprii: folosesc aminosalicilate în cure scurte în perioada activă a bolii, extinzându-le pe o durată de 2-3 săptămâni – 3 luni. Această strategie poate fi eficientă la pacienţii cu forme evolutive uşoare sau moderate, în caz de remisiune completă. Tratamentul intermitent poate servi ca strategie alternativă pentru această categorie de bolnavi. A fost efectuat un studiu clinic randomizat, care a comparat două metode de tratament de menţinere: terapia permanentă şi cea intermitentă cu mesalazină. Pacienţii din grupul cu tratament permanent au luat zilnic câte 1,5-2,0 g mesalazină/sulfasalazină în toată perioada studiului sau până la următorul puseu. Bolnavii din grupul cu tratament intermitent au folosit zilnic câte 1,5-2,0 g mesalazină/sulfasalazină pe parcurs de 3 luni, după care tratamentul era sistat. Bolnavilor acestui grup le-a fost recomandat ca, în caz de apariţie a primelor simptome sugestive pentru recidivă a bolii, să înceapă cu 1,5-2,0 g/zi de mesalazină/sulfasalazină timp de 7-10 zile şi, în caz de remisiune clinică, să mai folosească preparatul încă 3 săptămâni. În caz de imposibilitate de obţinere a unei remisiuni clinice stabile, persoana a fost considerată bolnavă în perioada activă a bolii.

La pacienţii cu forme uşoare sau moderate de CU, în cazurile de obţinere a remisiunii clinice şi endoscopice stabile (> de 4 luni), nu au fost observate avantaje în tratamentul permanent de menţinere faţă de terapia intermitentă: frecvenţa şi severitatea recidivelor CU în grupurile studiate nu diferă peste 6, 12 şi 24 luni de monitorizare. Acestei categorii de bolnavi tratamentul intermitent îi poate fi recomandat după obţinerea remisiunii clinice şi endoscopice.

În literatura de specialitate cercetată nu am găsit lucrări consacrate studierii eficacităţii tratamentului de *menţinere intermitentă* cu aminosalicilate. Însă datele obţinute de noi corespund rezultatelor publicate de Ardizzone S. şi coautorii, care nu au stabilit avantaje ale terapiei de menţinere cu aminosalicilate, faţă de administrarea placebo, la pacienţii cu remisiune stabilă şi extindere limitată a CU [1].

Aşadar, ***pacienţilor cu forme uşoare sau moderate de CU, în cazurile de obţinere a remisiunii clinice şi endoscopice stabile, le poate fi recomandat tratamentul intermitent de menţinere cu mesalazină***.

Principalele obiective şi sarcini ale tratamentului CU sunt controlul simptomelor bolii, ameliorarea calităţii vieţii, reducerea frecvenţei recidivelor şi îmbunătăţirea prognosticului. În mod ideal, scopul tratamentului este remisiunea rapidă şi completă a bolii pe un termen cât mai îndelungat. În unele cazuri, acest obiectiv poate fi atins cu ajutorul terapiei de menţinere cu salicilaţi sau chiar fără un tratament medical specific, în alte cazuri – numai prin terapie de menţinere pe termen lung cu imunomodulatori. Strategia terapiei de iniţiere şi de menţinere trebuie să fie strict individualizată, în funcţie de extinderea leziunilor, gradul de activitate a CU, caracterul evoluţiei bolii şi patologiei asociate etc. Pentru selectarea unei strategii adecvate de tratament, a fost propus ***algoritmul de tratament al pacienţilor, elaborat luând în consideraţie particularităţile clinice, evolutive şi prezenţa sau absenţa factorilor de risc pentru evoluţia nefavorabilă a CU*** (*vezi schema*).


Algoritmul selectării terapiei de inducție și de menținere a remisiunii în CU
Gradul uşor de activitate
Gradul moderat de activitate
Gradul sever de activitate
5-ASA *per rectum* şi/sau *per os*
Corticosteroizi sistemici i/v sau *per os*
Dinamică pozitivă în decurs de 5-7 zile
Fără dinamică pozitivă
Dinamică pozitivă în decurs de 5-7 zile
Fără dinamică pozitivă
Majorarea dozei 5-ASA/ administrarea combinată 5-ASA + corticosteroizi locali
Corticosteroizi sistemici *per os* cu reducerea treptată a dozei
Colectomie
Dinamică pozitivă şi remisiunea completă în decurs de 3 luni
Fără dinamică pozitivă în decurs de 5-7 zile
Dinamică pozitivă
Fără dinamică pozitivă
Ciclosporină/ Infliximab
Factorii de risc
Factorii de risc
Dinamică pozitivă şi remisiune completă
Fără dinamică pozitivă
-
+
-
+
Terapie intermitentă de menținere peste 6 luni de remisiune stabilă
Terapie îndelungată de menținere cu 5-ASA
Anularea hormonilor în decurs de 3-6 luni. Terapie îndelungată de menținere cu 5-ASA
+Azatioprină Anularea hormonilor în decurs de 3 luni. Terapie de menținere cu azatioprină
Terapie de menținere cu azatioprină sau infliximab

Concluzii

1. Republica Moldova este o regiune cu o incidenţă şi o prevalenţă medie a BII. Creşterea incidenţei CU a avut loc în Moldova în perioada anilor '70-90 ai sec. XX, cu o stabilizare relativă a indicatorilor în ultimul deceniu.

2. Factorii de risc pentru CU sunt mediul urban şi genul de activitate „funcţionar" sau „lucrător de birou".

3. Factorii de risc ai evoluţiei nefavorabile sunt:

- *nemodificabili*: vârsta la debutul bolii ≤ 30 ani, activitatea severă şi manifestările extraintestinale în debutul bolii;
- *condiţionat modificabili*: prezenţa complicaţiilor şi localizarea extinsă la debutul bolii, statutul de nefumător;
- *modificabili*: durata până la iniţierea terapiei specifice mai mare de 6 luni, durata până la remisiune mai mare de 6 luni, durata terapiei de menţinere ≤ 1 lună, durata primei remisiuni ≤ 6 luni.

4. Nivelurile normale ale dialdehidei malonice şi ale catalazei eritrocitare pot servi drept markeri pentru remisiunea completă a bolii.

5. Tratamentul antibacterian de scurtă durată (10 zile) cu ciprofloxacină şi cu metronidazol ameliorează esenţial evoluţia CU la bolnavii cu recidive severe şi moderate, complicate cu o infecţie intestinală secundară.

6. Tratamentul permanent de menţinere nu a demonstrat avantaje faţă de terapia intermitentă la pacienţii cu forme uşoare sau moderate de CU în cazurile de obţinere a remisiunii clinice şi endoscopice stabile.

7. Scopul terapiei trebuie să fie cuparea recidivei cât mai curând posibil şi menţinerea cât mai îndelungată a remisiunii clinice şi endoscopice. Este inadmisibilă persistenţa îndelungată a CU active, chiar şi cu un grad minim, deoarece s-a demonstrat că şi în acest caz se observă agravarea bolii şi dezvoltarea complicaţiilor.

8. Algoritmul de tratament al CU elaborat permite alegerea tacticii terapeutice în funcţie de particularităţile clinice şi de prezenţa factorilor de risc ai evoluţiei nefavorabile a bolii.

Bibliografie

1. Ardizzone S., Petrillo M., Imbesi V. et al. *Is maintenance therapy always necessary for patients with ulcerative colitis in remission?* In: Aliment. Pharmacol. Ther., 1999, no. 13, p. 373-379.
2. Atreya R., Neurath M.F. *Chemokines in IBD*. In: Dig. Dis., 2010, no. 28, p. 386-394.
3. Bernstein C. *New insights into IBD epidemiology: are there any lessons for treatment?* In: Dig. Dis., 2010, no. 28, p. 406-410.
4. Chow D, Leong R., Tsoi K. et al. *Long-term follow-up of ulcerative colitis in the Chinese population.* In: Am. J. Gastroenterol., 2009, no. 104, p. 647-654.
5. Cosnes J. *Smoking, physical activity, nutrition and lifestyle: environmental factors and their impact on IBD*. In: Dig. Dis., 2010, no. 28, p. 411-417.
6. Goldis A. et al. *Epidemiological aspects of IBD in the western part of Romania.* In: J. Crohn's Colitis, 2010, vol. 4, no. 1, S111.
7. Karp S., Koch T. *Oxidative stress and antioxidants in IBD*. In: Dis. Mon., 2006; vol. 52, no. 5, p. 199-207.
8. Lakatos P. *Environmental factors affecting inflammatory bowel disease: have we made progress?* In: Dig. Dis., 2009, no. 27, p. 215-225.
9. Langholz E., Munkholm P., Davidsen M., Binder V. *Course of ulcerative colitis: analysis of changes in disease activity over years*. In: Gastroenterol., 1994, no. 107, p. 3–11.
10. Marteau P., Chaput U. *Bacteria as trigger for chronic gastrointestinal disorders*. In: Dig. Dis., 2011, no. 29, p.166-171.
11. Rezaie A., Parker R., Abdollahi M. *Oxidative stress and pathogenesis of inflammatry bowel disease: an epiphenomenon or the cause?* In: Dig. Dis. Sci., 2007; 52, p. 2015-2021.
12. Sincic B. et al. *Incidence of inflammatory bowel disease in Primorsko-Goranska County, Croatia, 2000-2004*. In: Scand. J. Gastroenterol., 2006, no. 41, p. 437-444.
13. Stange E.F., Travis S.P.L., Vermeire S. et al. *European evidence-based Consensus on the diagnosis and management of ulcerative colitis: definitions and diagnosis.* In: J. Crohn's Colitis, 2008, vol. 2, no. 1, p. 1-23.
14. Torres Y., Mendoza F., Garsia F et al. *Epidemiological prospective study in inflammatory bowel disease in Aljarafe region (Seville).* In: J. Crohn's Colitis, 2010; vol. 4, no. 1, S107.
15. Ţurcan S. *Viziuni moderne asupra patogeniei şi factorilor de risc în bolile inflamatorii intestinale.* In: Buletinul Academiei de Ştiinţe a Moldovei. Ştiinţe medicale, 2011, vol. 31, no. 3, p. 229-234.
16. Verchuere S. et al. *The effect of smoking on intestinal inflammation: What can be learned from animal models?* In: J. Crohn's Colitis, 2012, vol. 6, no. 1, p. 1-12.
17. Vucelic B. *Inflammatoty bowel disease: controversies in the use of diagnostic procedures*. In: Dig. Dis., 2009, no. 27, p. 269-277.

Prezentat la 28.12.2012

Svetlana Ţurcan,
dr. med, conferenţiar cercetător,
Laboratorul Gastroenterologie
USMF *N. Testemiţanu*
Tel.: 403519, 205539, mob. 079436554
E-mail: veisa@mail.ru

UNELE PARTICULARITĂŢI ÎN TRATAMENTUL PACIENTELOR CU POLICHISTOZĂ OVARIANĂ, SUPUSE DRILLINGULUI OVARIAN LAPAROSCOPIC

Victoria VOLOCEAI,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

The particularities of the treatment of women wtth polycystic ovarian subgect to laparascopic ovarian drilling method

In this state are deseribed some particulaties of PCOS and the it' simpatance in establishement of optimal tratament of PCOS.AMH has been involved in the pathogenesis of PCOS. The goal of this research was to measure AMH before and after laparascopic ovarian drilling and to evaluate its prognosis regarding ovulatory respons, to investigate AMH changes and other hormonal disturbunces after LOD, to explore the effects of LOD further. This prospective study included anovulatory women with PCOS undergoing LOD (n= 40). Plasma AMH concentrations were measured before and 5 days after surgical treatment.

Keywords*: pathogenesis, drilling, anovulatory, ovulation, prospective, decreased.*

Резюме

Некоторые особенности лечения больных с синдромом поликистозных яичников методом лапароскопического дриллинга яичников

В работе описываются некоторые особенности поликистозов яичников и выбора оптимального метода лечения при заболеваниях яичников. Антимюлерановский (АМГ) гормон был применен в изучении патогенеза синдрома поликистозных яичников. Цель этого исследования заключается в обследовании на определение АМГ в крови до и после лечения методом лапароскопического дриллинга яичников и определении овуляторного прогноза. Это исследование включает больных с анавуляторными нарушениями данного синдрома и лечением методом лапароскопического дриллинга яичников (n=40). Сывороточные концентрации АМГ в крови были измерены до и через 5 дней после хирургического вмешательства.

Ключевые слова*: антимюлерановский гормон, поликистоз, синдром, лапароскопический дриллинг яичников.*

Introducere. Boala ovarelor polichistice (PCOS) rămâne a fi o entitate neînţeleasă pe deplin, care apare cu regularitate în practica majorităţii ginecologilor. PCOS este caracterizată de prezenţa unor ovare mărite în dimensiuni, cu multiple formaţiuni chistice într-o stromă hipervascularizată androgen secretoare (hirsutism, acnee) şi dereglări ale ciclului menstrual (oligomenoree / amenoree) [1]. Prin prezenţa acestor simptome, la paciente se constată infertilitate de origine endocrină, determinată de o anovulaţie cronică, restabilirea funcţiei ovulatorii şi a celei fertile fiind de importanţă majoră. Incidenţa PCOS, după datele autorilor străini, variază de la 5% la 15% în grupa femeilor de vârstă fertilă [2, 3]. De asemenea, ea este asociată cu aproximativ 75% din femeile care suferă de infertilitate din cauza anovulaţiei [4, 5]. Actualitatea problemei se datorează numeroaselor controverse referitoare atât la diagnostic, cât şi la tratament. Necesitatea stabilirii unor criterii universale a condus la convocarea conferinţei de la Rotterdam, în anul 2003, la care experţii PCOS din lumea întreagă au ajuns la un consens referitor la diagnostic şi tratament. Şedinţa a fost condusă de Societatea Europeană de Reproducere Umană şi Embriologie şi de Societatea Americană de Medicină Reproductivă, iar concluziile au fost publicate în Ghidul *Fertilitate, sterilitate şi reproducere umană asistată*. Criteriile propuse la Rotterdam au fost stabilite cu scopul de a defini fenotipuri variate ale sindromului, originea genetică, de a evalua consecinţele de durată şi a descrie tratamentul optim. Avantajele şi dezavantajele acestor criterii şi, în special, variaţiile fenotipice au fost discutate în diverse publicaţii (Azziy et al., 2006; Franks, 2006).

Deşi au fost obţinute progrese semnificative în definirea unor criterii de diagnostic universal acceptabile pentru PCOS, tactica curativă şi tratamentul femeilor infertile cu PCOS încă nu au fost definite. Au fost propuse diferite căi de tratament – de la modificarea modului de viaţă, administrarea preparatelor farmaceutice (clomifen citrat, agenţi insulino-senzitivi, gonadotropine şi gonadotropin realeasing hormon), până la drillingul ovarian şi aplicarea reproducerii umane asistate. Drillingul ovarian laparoscopic (DOL) este foarte satisfăcător în stimularea ovulaţiei, în particular la pacientele cu niveluri înalte de LH. Se acordă atenţie studierii inhibinei B, ca indicator al rezervei ovariene. Se consideră că aprecierea nivelului inhibinei B este mai informativă decât aprecierea FSH. Inhibina B inhibă secreţia de FSH. Prin urmare, aceasta reprezintă un predictor al eficacităţii stimulării ovulaţiei la femeile cu PO.

Mai informativ în aprecierea rezervei ovariene şi a potenţialului reproductiv este hormonul antimüllerian (AMH). Odată cu înaintarea în vârstă, nivelul AMH scade continuu la femei în corelaţie cu rezerva ovariană. Scăderea sa este semnificativă cu mult înainte de o creştere evidentă a FSH. Din acest motiv, AMH poate identifica femeile a căror fertilitate este în scădere (Velde, 2002; Burger, 1999). Starea rezervei ovariene în cadrul PCOS, care ne permite nu doar alegerea tacticii curative celei mai favorabile,

dar şi confirmarea mecanismelor patogenetice ale patologiei, are o deosebită importanţă ştiinţifică. Recent a fost stabilit că în SOP, în lipsa foliculului dominant, are loc acumularea foliculilor în creştere – proces numit *stockpiling* a foliculilor antrali (2-5 mm), în timp ce foliculii de 6-9 mm rămân nemodificaţi. Această discrepanţă dintre rata foliculilor mici şi a foliculilor antrali selectaţi susţine noua teorie de "arest folicular", care a fost ulterior susţinută prin variaţia concentraţiei AMH. AMH sau hormonul antimüllerian este secretat de celulele granuloase ale foliculului în creştere. Acţiunea sa principală este de a inhiba recrutarea foliculului primordial şi de a micşora răspunsul la FSH a foliculilor în creştere. De asemenea, fiind secretat de foliculii antrali, nivelul seric al AMH reflectă starea rezervei ovariene.

Studiile anterioare au arătat că femeile cu SOP au un nivel seric al AMH de 2-3 ori mai mare, fapt care confirmă existenţa unui număr dublu de foliculi antrali.

Una dintre metodele de inducere a ovulaţiei, îndeosebi la pacientele CC-r (clomifen citrat rezistente), este drillingul ovarian laparoscopic. Totuşi, aproximativ 30% din femeile cu SOP nu răspund la acest tratament, cauza exactă rămânând necunoscută. Identificarea factorilor care determină răspunsul femeilor SOP la drillingul ovarian ne va ajuta să selectăm persoanele care vor avea de beneficiat de pe urma acestui tratament, iată de ce AMH este considerat a fi un criteriu util în aprecierea răspunsului la tratament prin drilling ovarian laparoscopic.

Mecanismul acţiunii DOL rămâne până la moment inexplicabil. În particular, nu este cunoscut dacă DOL are efect direct asupra ovarului sau acţiunea sa se exercită printr-un mecanism endocrin special. AMH nu este reglat de gonadotropine şi acţionează ca un factor autocrin/paracrin, deci nu este o parte componentă a sistemului de reglare endocrină. Modificarea concentraţiei AMH ca urmare a DOL indică faptul că acesta are o acţiune locală de a reduce secreţia intraovariană a AMH, facilitând procesul de selecţie foliculară intraovariană, provocând progresia foliculului şi ovulaţia. Impactul DOL asupra concentraţiei serice a AMH de asemenea a fost investigat.

Scopul lucrării a fost estimarea comparativă a impactului hormonului antimüllerian la pacientele cu polichistoză ovariană supuse drillingului ovarian laparoscopic.

Materiale şi metode. Acest studiu prospectiv a fost efectuat în cadrul IMSP SCM nr. 1 din mun. Chişinău, secţia ginecologie aseptică nr. 1, a inclus 40 de femei cu SOP CC-rezistente (50-150 mg), care au fost supuse tratamentului chirurgical laparoscopic prin drilling ovarian. Criteriile de diagnostic au corespuns Convenţiei de la Rotterdam: clinice (oligo-amenoree şi/sau hiperandrogenie), biochimice (LH/FSH mai mult de 2,5, testosteron mai mult de 2,6 nmol), semne ecografice de ovare polichistice. Probele sangvine la AMH au fost colectate înainte de intervenţie şi la 5 zile după DOL, pentru a determina concentraţia AMH, LH, FSH, a testosteronului. DOL a fost efectuat folosind cârligul monopolar. Au fost efectuate câte 5 drillinguri la fiecare ovar. Investigarea probelor serice ale AMH s-a efectuat folosind criteriile Imunotech, Beckman, conform protocolului de fabrică.

Rezultate şi discuţii. Pacientele supuse DOL au avut o concentraţie medie de AMH (1,0-21,0) ng/ml. Ginecopatele care au ovulat ca urmare a DOL au avut un AMH preoperator mai scăzut, comparativ cu cele care nu au răspuns la tratament. AMH s-a constatat a fi un predictor util şi al lipsei ovulaţiei după DOL. Pacientele cu nivelul seric al AMH mai mare de 7,7 ng/ml au arătat o rată a ovulaţiei mai scăzută cu 60%, decât cele cu AMH mai mic de 7,7 ng/ml, care au ovulat 95% după DOL. S-a constatat, de asemenea, o corelaţie între AMH / volumul ovarian şi concentraţia testosteronului. AMH plasmatic s-a dovedit a fi un predictor important al eficacităţii DOL. De asemenea, am determinat limita de 7,7 ng/ml, valori mai ridicate ale acesteia indicând o rezistenţă a ovulaţiei. Eşecul DOL la pacientele cu AMH ridicat poate confirma severitatea SOP la aceste femei. Este posibil ca distrucţia foliculară prin DOL la aceste femei să nu fie suficientă pentru a induce ovulaţia, necesitând ulterior chiar stimulare repetată cu CC. Pacientele cu nivel seric preoperator mai mare de 7,7 ng/ml trebuie informate despre şansele joase ale procedurii şi necesitatea acesteia, ca o cale de alternativă a tratamentului medicamentos.

De asemenea, am stabilit o corelaţie între AMH şi volumul ovarian. Nu este surprinzător, deoarece volumul ovarian este o reflectare a numărului foliculilor antrali în SOP, care sunt unica sursă a AMH. În rezultatul studiului nu am stabilit o coreaţie dintre AMH şi vârstă, indexul masei corporale, LH şi FSH, dar s-a constatat o scădere uşoară a nivelului testosteronului la pacientele supuse DOL. Au fost evaluate modificările AMH plasmatic după DOL. Datele arată că postoperator are loc o micşorare cu 25% a AMH plasmatic la paciente. Această modificare semnificativă a fost doar la femeile care au ovulat după drilling ovarian şi se datorează distrugerii foliculilor antrali (sursa AMH) după DOL. Este posibil, de asemenea, ca scăderea AMH să ducă la majorarea răspunsului folicular la FSH, asigurând creşterea unui folicul dominant.

Studiile anterioare asupra rezervei ovariene au arătat că nivelul redus al AMH este asociat cu un răspuns scăzut la stimularea ovariană în programele

FIV la pacientele fără SOP. Iată de ce este important a stabili nivelurile adecvate ale AMH, necesare pentru a atinge un răspuns optim ovarian la inducţia ovulaţiei. Ambele niveluri – atât scăzut, cât şi ridicat – ale AMH sunt determinante pentru obţinerea unui răspuns stimulant ovarian bun.

Nivelurile plasmatice ale AMH pre-/postoperatorii şi ale altor hormoni la pacientele cu SOP ca urmare a DOL

Hormon	Răspuns	Preoperator	Postoperator (5 zile)
AMH (ng/ml)	Au raspuns tratamentului	5.9 (1.0 – 7,7)	4,6 (0,7- 5,4)
	Nu au răspuns tratamentului	9,6 (8,2 – 21,0)	8,2 (7,8 – 15,7)
	Total	6,2 (1,0-21,0)	0,7 – 15,7
FSH (IU/I)	Au raspuns tratamentului	5,4 (2,9-8,3)	5,5 (1,7- 7,7)
	Nu au răspuns tratamentului	4,7 (3,0- 6,0)	5,2 (3,9- 6.0)
	Total	5,2 (2,9-8,2)	5,2 (1,7-7,7)
LH (IU/I)	Au raspuns tratamentului	11,4 (4.6-23,7)	7,9 (1.9-21,0)
	Nu au răspuns tratamentului	14,5 (5,5-18,2)	16,9 (9,8-19,8)
	Total	11,7 (4,6-23,7)	9,9 (1,9-21,0)
Testosteron (nmol /l)	Au raspuns tratamentului	2,4 (1.0-4,0)	2,2 (1,1-3.6)
	Nu au răspuns tratamentului	2,6 (2,5-4,0)	2,9 (1,0-5,2)
	Total	2,5 (1,0-4,0)	2,2 (1,0-5,2)

Concluzie. Investigarea concentraţiei AMH seric preoperator este un instrument util pentru prezicerea rezultatului drillingului ovarian laparoscopic. Acest fapt poate ajuta la consilierea pacientelor referitor la posibilul rezulat al inducerii ovulaţiei şi poate servi drept criteriu de diagnostic important în conduita curativă a pacientelor cu polichistoză ovariană.

Bibliografie

1. Donesky B.W., Adashi E.Y. *Surgical ovulation induction: the role of ovarian diathermy in polycystic ovary syndrome*. In: Baillieres Clin. Endocrinol. Metab., 1996, nr. 10, p. 293-231; Farquhar C., Vandekerkhove P., Lilford R. *Laparoscopic "drilling" by diathermy or laser for ovulation induction in anovulatory polycystic ovary syndrome*. In: Cochrane Database Syst. Rev., 2001, nr. 4: CD0.
2. Amer S., Li T.C., Banu Z., Cooke I.D. *Long term follow up of patients with polycystic ovarian syndrome after laparoscopic ovarian drilling: endocrine and ultrasonographic outcomes*. In: Hum. Reprod., 2002; nr. 17, p. 2851–2857.
3. Amer S., Li T.C., Ledger W.L. *Ovulation induction using laparoscopic ovarian drilling in women with polycystic ovarian syndrome: predictors of success*. In: Hum. Reprod., 2004; nr. 19, p. 1719–1724.
4. Cook C.L., Siow Y., Taylor S., Fallat M.E. *Serum Mu¨llerian-inhibiting substance levels during normal menstrual cycles*. In: Fertil Steril., 2000; nr. 73, p. 859–861.
5. Clemente N., Goxe B., Re´my J.J., Cate R.L., Josso N., Vigier B., Salesse R. *Inhibitory effect of AMH upon aromatase activity and LH receptors of granulosa cells of rat and porcine immature ovaries*. In: Endocrine, 1994; nr. 2, p. 553–558.
6. Eldar-Geva T., Margalioth E.J., Gal M. et al. *Serum anti-Mullerian hormone levels during controlled ovarian hyperstimulation in women with polycystic ovaries with and without hyperandrogenism*. In: Hum. Reprod., 2005; nr. 20, p. 1814–1819.
7. El-Halawaty S., Rizk A., Kamal M. et al. *Clinical significance of serum concentration of anti-Müllerian hormone in obese women with polycystic ovary syndrome*. In: Reprod. Biomed. Online, 2007; nr. 15, p. 495–499.
8. Kwee J., Schats R., McDonnell J., Themmen A., de Jong F., Lambalk C. *Evaluation of anti-Müllerian hormone as a test for the prediction of ovarian reserve*. In: Fertil Steril, 2008; nr. 90, p. 737–743.

Prezentat la 18.07.2013

EVIDENŢIEREA PARTICULARITĂŢILOR EVOLUŢIEI CLINICE LA PACIENŢII SUPUŞI PROCEDURII DE REVASCULARIZARE CORONARIANĂ ÎN FUNCŢIE DE STATUTUL INFLAMATOR

Iea GROSUL, Elena PANFILE, Carolina DUMANSCHI, Lucia CIOBANU,
IMSP Institutul de Cardiologie

Summary

Peculiarities of clinical course in patients undergoing coronary revascularization procedure according to inflammatory status

The aim of this study was to highlight the clinical features in patients undergoing coronary revascularization procedure (PCI) according to inflammatory status in post-PCI period. Measurement of cytokines and acute phase proteins may be important to identify subjects at increased risk for developing cardiovascular events in post-PCI period and to develop specific treatment tailored to the individual patients. Also, evaluation of inflammatory markers during treatment is useful in the clinical evaluation of the patient.

Keywords*: percutaneous coronary intervention, inflammatory markers, C-reactive protein, dyslipidemia.*

Резюме

Особенности клинического течения у больных перенесших чрескожное коронарное вмешательство в зависимости от воспалительного состояния

Целью данного исследования было оценить клинические признаки у пациентов, перенесших

чрескожное коронарное вмешательство (ЧКВ) с имплантацией стента, в зависимости уровня маркеров острой фазы воспаления. Измерение цитокинов и белков острой фазы может быть важно для выявления пациентов с высоким сердечно-сосудистым риском и разработки специфического индивидуального лечения с целью снижения коронарных событий в периоде после ЧКВ вмешательств. Кроме того, мониторинг уровня маркеров воспаления в процессе лечения важен в клинической оценке пациента.

***Ключевые слова**: чрескожная коронарная ангиопластика, маркеры воспаления, С-реактивный белок, дислипидемия.*

Introducere. Deşi folosirea scorurilor generale de evaluare, de ex. Framingham, au îmbunătăţit esenţial determinarea riscului cardiovascular (CV), aproximativ 20% din evenimente se dezvoltă în absenţa factorilor de risc CV majori clasici [1]. Reieşind din aceste date, sunt necesari alţi markeri pentru a determina grupele de pacienţi cu un risc sporit pentru evenimentele CV. Multe studii din ultimii 10-15 ani au avut ca scop determinarea unor noi factori de risc. Dintre aceşti markeri pot fi menţionaţi proteina C-reactivă înalt senzitivă (PCRhs) şi alţi markeri de inflamaţie, lipoproteina(a) şi hemocisteina [2].

Conform studiului ARIC (*Atherosclerosis Risc in Comunities*) s-a stabilit că determinarea valorilor PCRhs permite identificarea persoanelor cu un risc înalt pentru bolile cardiovasculare (BCV) [3]. Studiul *Framingham Offspring* a demonstrat, de asemenea, că PCR este un predictor independent al noilor evenimente CV [4]. Scorul de risc *Reynolds* pentru femei, în care s-a inclus suplimentar istoricul familial, PCRhs şi nivelul hemoglobinei glicozilate (Hb A1c), a clasificat corect multe persoane în categoria riscului intermediar. Unele femei cu risc mic, conform scorului de risc *Framingham*, au fost clasificate ca având risc intermediar sau înalt în conformitate cu scorul *Reynolds* şi, ca urmare, li s-a indicat un tratament mai agresiv [5, 6].

50% din toate infarctele miocardice acute (IMA) se dezvoltă la pacienţii fără dislipidemie. În majoritatea studiilor prospective în care au fost incluse femei sănătoase din SUA, 77% din toate evenimentele CV s-au dezvoltat la pacientele cu LDL-colesterol (LDL-C) mai mic de 160 mg/dl şi 46% – la un nivel al LDL-C de 130 mg/dl [7]. Într-o analiză care a cuprins 120.000 pacienţi cu BCV, 15% femei şi 19% bărbaţi nu au avut nici un factor de risc din următorii: hiperlipidemie, hipertensiune arterială (HTA), diabet zaharat (DZ) sau tabagism; iar 50% au avut doar unul din aceşti factori de risc [1].

Valorile persistent înalte de PCR indică un risc foarte mare pentru BCV ulterioare. Valorile PCRhs sunt relativ constante pe parcursul perioadelor lungi de timp, concentraţia nu are variaţie circadiană şi nu depinde de statutul prandial. Nivele peste 3 mg/l prezic evenimente coronariene recurente, complicaţii trombotice după angioplastie, evoluţie negativă în caz de angină instabilă şi complicaţii vasculare după by-passul coronarian. PCRhs are un rol în evaluarea prognosticului în cazul ischemiei acute, chiar dacă nu se determină un nivel majorat al troponinelor, sugerând că statusul inflamator indică gradul stabilităţii plăcii aterosclerotice [8].

Folosirea statinelor pentru a reduce riscul CV la persoanele cu PCRhs elevată, chiar dacă nivelul LDL-C este mic, reprezintă o schimbare esenţială în strategia tratamentului pentru prevenirea BCV. Trialul *JUPITER* a relevat că pacienţii relativ sănătoşi cu LDL-C < 130mg/dl au avut un risc înalt de CV, din cauza nivelului PCRhs mai mare de 2 mg/l, iar indicarea rosuvastatinei a rezultat cu micşorarea cu 44% a tuturor evenimentelor CV, cu 54% a IMA, cu 48% a accidentului vascular cerebral (AVC) şi a determinat reducerea cu 46% a necesităţii de revascularizare arterială şi o scădere de 20% a tuturor cauzelor de mortalitate [9].

În acest trial, de asemenea, s-a determinat importanţa micşorării concomitente a nivelelor LDL-C şi PCRhs în scopul reducerii riscului CV. O scădere de 80% a riscului s-a observat la pacienţii la care s-a obţinut reducerea LDL-C<70 mg/dl şi PCRhs<1 mg/l [10]. În trialul *PROVE IT-TIMI 22* s-a determinat că la bolnavii cu sindrom coronarian acut trataţi cu statine micşorarea PCRhs sub 2 mg/l a fost la fel de eficientă ca atingerea valorii LDL-C<70 mg/dl, iar rezultate mai bune s-au determiant în cazul atingerii ambelor valori-ţintă [11]. De asemenea, s-a stabilit că în rezultatul tratamentului cu statine, cea mai evidentă regresie a leziunilor coronariene a avut loc în cazul micşorării concomitente a LDL-C şi PCR. Nivelele PCR se află în corelaţie directă cu instabilitatea plăcii aterosclerotice, probabilitatea de ruptură a acesteia şi tromboza – date confirmate şi de studiile patologice [12].

Scopul studiului este evidenţierea particularităţilor evoluţiei clinice la pacienţii supuşi procedurii de revascularizare coronariană, în funcţie de statutul inflamator în perioada post-PCI.

Materiale şi metode. În acest studiu retrospectiv au fost incluşi 379 de pacienţi cu cardiopatie ischemică supuşi procedurii de angioplastie coronariană prin implantare de stent, în perioada 2005-2010, în IMSP Institutul de Cardiologie. Pacienţii au fost repartizaţi în două loturi în funcţie de nivelul PCR în perioada post-PCI. Lotul a inclus 351 (92,6%) pacienţi cu nivelul PCR ≤6 mg/l, iar lotul II – 28 (7,4%) bolnavi cu nivelul PCR >6 mg/l. Durata medie a perioadei de evaluare post-PCI în cazul lotului general a constituit 22,83±0,8 luni.

Rezultate. Vârsta medie a pacienţilor în lotul I a constituit 57±0,49 ani, iar în lotul II - 54±1,44 ani (p>0,05). Ponderea bărbaţilor în lotul I a fost de 84,3% (295 pacienţi) vs 85,7% (24) în lotul II (p>0,05).

Caracteristica iniţială a loturilor de studiu, la momentul efectuării PCI, este prezentată în tabelul de mai jos. Incidenţa factorilor de risc a fost fără diferenţă statistică semnificativă între loturi. Astfel, hipertensivi au fost 81,4% (285) pacienţi din lotul I versus 82,1% (23) pacienţi din lotul II, p>0,05; diabetici – 20,9% (73) vs 25% (7), p>0,05; fumători curenţi – 18,7% (62) vs 28 (7), p>0,05; indicele masei corporale (IMC) în medie – 28,99±0,22 kg/m^2 vs 29,94±0,8 kg/m^2, p>0,05; anamneza eredocolaterală agravată – 56,3% (174) vs 88,5 (23), p<0,01.

Caracteristica iniţială a loturilor de studiu

Indice	Lotul I, PCR≤6 mg/l (n=351)	Lotul II, PCR>6 mg/l (n=28)	P
Vârsta medie, ani (M±m)	57±0,49	54±1,44	>0,05
Bărbați, % (n)	84,3 (295)	85,7 (24)	>0,05
IMC, kg/m² (M±m)	28,99±0,22	29,94±0,8	>0,05
HTA, % (n)	81,4 (285)	82,1 (23)	>0,05
Diabet zaharat, % (n)	20,9 (73)	25 (7)	>0,05
Fumător curent, % (n)	18,7 (62)	28 (7)	>0,05
PCI anterior, % (n)	10 (35)	14,3 (4)	>0,05
By-pass aortocoronarian anamneză, % (n)	2,9 (10)	3,7 (1)	>0,05
IM anamneză (acut+vechi), % (n)	67,3 (235)	71,4 (20)	>0,05
Numărul arterelor coronariene afectate, % (n)	31,1 (109)	28,6 (8)	>0,05
Leziuni monocoronariene	25,3 (89)	21,4 (6)	
Leziuni bicoronariene	43,6 (153)	50 (14)	
Leziuni tricoronariene			
Diagnostic internare			>0,05
Angină stabilă, % (n)	52,7 (185)	53,6 (15)	
Angină instabilă, % (n)	36,2 (127)	42,9 (12)	
Infarct miocardic acut, % (n)	11,1 (39)	3,6 (1)	

Deşi statistic nesemnificativ, incidenţa PCI [10% (35) pacienţi în lotul I vs 14,3% (4) în lotul II, p>0,05] şi IM [67,3% (235) vs 71,4% (20), p>0,05] în anamneză şi a leziunilor tricoronariene [43,6% (153) vs 50% (14), p>0,05] a fost mai frecventă în lotul II. Motivul internării în stationar s-a prezentat în felul următor: angină stabilă – 52,7% (185) în lotul I vs 53,6% (15) în lotul II; angină instabilă – 36,2% (127) vs 42,9% (12); IMA – 11,1% (39) vs 3,6% (1), p>0,05. În lotul II, la internare s-a notat o frecvenţă mai mare a anginei instabile şi mai mică a IMA.

Comparativ cu lotul I, s-a atestat un debut mai timpuriu al anginei pectorale în lotul II: 21,95±2,02 luni în lotul I vs 25,38±6,06 luni în lotul II, p>0,05; vârsta mai tânără la care s-a dezvoltat primul IM – în lotul II: 55±0,62 ani vs 52±1,86 ani, p>0,05.

S-a constatat că 13,7% (48) pacienţi din lotul I şi 28,6% (8) din lotul II au necesitat internare repetată în perioada post-PCI, p<0,05. Starea generală cu ameliorare post-PCI a fost determinată clinic la 41,1% (144) pacienţi în lotul I vs 35,7% (10) în lotul II, p>0,05. Frecvenţa anginei manifestate clinic a fost mai mare în lotul II – 42,7% (199) pacienţi în lotul I vs 60,7% (11) în lotul II, p>0,05. Concomitent, nu s-a determinat o diferenţă statistic semnificativă în ceea ce priveşte tratamentul medicamentos administrat în ambele loturi post-PCI.

Diferenţa dintre loturi în cazul indicilor de hipertrofie ai ventriculului stâng – Sokolov-Lyon şi Cornell – nu a fost statistic semnificativă, deşi valori mai mari s-au notat la pacienţii din lotul II. Astfel, valoarea indicelui Sokolov-Lyon a fost 19,04±0,36 mm în lotul I vs 20,86±1,64 mm în lotul II (p>0,05), iar cea a indicelui Cornell, respectiv 1372,48±37,32 mm*ms vs 1390,91±117,38 mm*ms (p>0,05).

Testul de efort post-PCI a fost efectuat la 226 pacienţi din lotul I şi la 21 din lotul II. Conform rezultatelor obţinute în lotul I, angină indusă de efort au prezentat 10,3% (23) pacienţi vs 28,6% (6) în lotul II, p<0,05. Deşi statistic nesemnificativ, toleranţa la efort a fost mai bună în lotul I, cu PCR ≤6 mg. Intensitatea medie maximă a efortului atinsă a fost 4,95 ±0,13 METs în lotul I vs 4,32 ±0,36 METs în lotul II (p>0,05). Toleranţă joasă (<75 W / <6 METs) s-a determinat la 54,8% (124) pacienţi din lotul I vs 66,6% (14) pacienţi în lotul II; toleranţă medie (>75 W / >6 METs) – 34,1% (77) vs 28,6% (6) şi toleranţa înaltă (>125 W / >8 METs) – 11,1% (25) vs 4,8% (1), p>0,05.

La pacienţii din lotul II s-a determinat mai frecvent test de efort pozitiv şi mai rar test negativ. Test de efort pozitiv s-a determinat la 15,5% (35) pacienţi în lotul I vs 28,6% (6) pacienţi în lotul II; test de efort negativ – 63,7% (144) vs 42,8% (9); test de efort neconcludent sau dubios – 20,8% (47) vs 28,6% (6), p>0,05.

La nivelul parametrilor ecocardiografici nu s-a depistat o diferenţă statistic semnificativă între loturi. Afectarea cineticii regionale s-a constatat la 30,8% (104) pacienţi în lotul I şi la 37% (10) în lotul II, p>0,05.

Coronarografia repetată a fost efectuată în cazul testului de efort pozitiv sau al agravării stării generale a pacientului prin accentuarea anginei. În lotul I au necesitat coronarografie repetată 48 (13,7%) pacienţi şi în lotul II – 6 (21,4%) bolnavi, p>0,05.

Valorile colesterolului total (CT), trigliceridelor (TG), HDL-colesterolului (HDL-C) şi LDL-C în cadrul evaluări post-PCI nu s-au deosebit statistic semnificativ între loturi, deşi valorile CT, LDL-C şi TG au fost mai mici la pa-

cienţii din lotul I. Astfel, valorile indicilor lipidici s-au prezentat în felul următor: CT – 5,32±0,06 mmol/l în lotul I vs 5,73±0,2 mmol/l în lotul II (p>0,05); HDL-C – 1,23±0,01 vs 1,25±0,03 mmol/l (p>0,05); LDL-C – 3,27±0,05 vs 3,51±0,19 mmol/l (p>0,05) şi TG – 1,87±0,09 vs 1,92±0,27 mmol/l (p>0,05).

Valorile markerilor de inflamaţie au fost semnificativ mai mari în lotul II, în care au fost incluşi pacienţii cu PCR majorat. Astfel, nivelul fibrinogenului în lotul I a fost 2,7±0,02 g/l vs 3,01±0,1 g/l în lotul II, p<0,001, iar viteza de sedimentare a eritrocitelor (VSH), respectiv 10,84±1,13 mm/h vs 17,7±3,53 mm/h, p<0,05.

Astfel, pacienţii din lotul II, cu nivele crescute ale PCR (PCR >6 mg/l), au avut o incidenţă mai mare a anginei induse de efort şi o frecvenţă mai mare a spitalizărilor, comparativ cu cei cu PCR ≤6 mg/l. Valorile fibrinogenului şi VSH au fost statistic semnificativ mai mari în lotul II (cu PCR >6 mg/l), iar în cazul indicilor lipidici nu s-a constatat o diferenţă statistic semnificativă între loturi.

Discuţii. PCR reprezintă reactantul fazei acute al inflamaţiei şi este compusă din 5 subunităţi a câte 23 kDa. Este un membru al familiei pentraxinelor care joacă un rol major în răspunsul imun înnăscut. Deşi primar este sintetizată în ficat, alte celule şi ţesuturi pot, de asemenea, produce PCR. Controverse rămân dacă PCR este un simplu marker al riscului inflamator sau are un rol direct în procesul de aterotromboză. PCR poate influenţa vulnerabilitatea vasculară prin câteva mecanisme: expresia locală majorată a moleculelor de adeziune, expresia crescută a inhibitorului activatorului de plasminogen–1 **(**PAI-1), reducerea bioactivităţii oxidului nitric (NO) endotelial, influenţa captării lipoproteinelor cu densitate joasă (LDL) de către macrofagi [2]. PCRhs este un factor independent şi puternic în evaluarea riscului pentru IMA, AVC, patologia vasculară periferică şi moartea subită cardiacă la persoanele aparent sănătoase, chiar dacă nivelele LDL-C nu sunt crescute [13]. Multe studii au determinat că PCRhs permite mai bine evaluarea riscului CV comparativ cu LDL-C. Adiţionarea evaluării PCRhs la cea a colesterolului ajută la o mai bună evaluare a riscului CV. Riscul CV este mai mare la pacienţii cu nivele ale PCRhs înalte şi LDL-C joase, comparativ cu pacienţii cu nivele înalte ale LDL-C şi cele ale PCRhs joase [8,14].

Inflamaţia cronică se află în strânsă corelaţie cu progresarea aterosclerozei coronariene şi multiple studii au demonstrat că persistenţa unui grad mic al inflamaţiei, evaluat prin nivelul PCR, determină un risc crescut de evenimente CV la pacienţii cu angină stabilă sau instabilă [11-13,15].

A fost sugerată ideea că PCR ar putea contribui la dezvoltarea aterosclerozei prin legarea de LDL-C modificat de la nivelul plăcii aterosclerotice, ceea ce duce la activarea complementului care, la rândul său, determină promovarea aterosclerozei. PCR induce expresia PAI-1, activarea complementului, expresia moleculelor de adeziune, micşorarea expresiei NO sistetaza endotelială (eNOS) şi duce, în consecinţă, la tromboză, inflamaţie şi disfuncţie endotelială [16].

S-a determinat că, în afară de PCRhs, şi alţi markeri ai inflamaţiei pot contribui la determinarea riscului CV, de ex. interleukina-6, moleculele de adeziune celulară, ca ICAM-1 solubil (sICAM-1), P-selectina sau ligandul CD40, numărul total de leucocite, markerii de activare a leucocitelor ca mieloperoxidaza, markeri asociaţi cu oxidarea lipidică ca fosfolipaza A2 lipoprotein-asociată [17, 18]. Fibrinogenul este un reactant al fazei acute a inflamaţiei, influenţează agregarea plachetară şi viscozitatea sângelui, în combinaţie cu trombina mediază etapele finale în formarea cheagului. Suplimentar, fibrinogenul corelează direct cu vârsta, obezitatea, tabagismul, DZ, nivelul LDL-C şi indirect – cu nivelul HDL-C, folosirea alcoolului şi activitatea fizică. Studiile Gothenburg, Northwick Park şi Framingham au determinat o corelaţie directă între nivelele de fibrinogen şi riscul de evenimente CV. În studiile mai recente, evaluarea concomitentă a PCRhs şi fibrinogenului conferă o valoare predictivă mai mare. Alte studii au sugerat că şi capacitatea predictivă a fibrinogenului este mai mare la cei cu creşterea concomitentă a lipoproteinei(a) sau homocisteinei [19,20].

În acest studiu au fost determinate particularităţile parametrilor clinico-paraclinici în funcţie de nivelul PCR post-PCI. Independent de nivelul parametrilor lipidici, un statut mai activ al inflamaţiei, exprimat prin valori majorate ale markerilor de inflamaţie, s-a asociat cu o evoluţie clinic mai puţin favorabilă la pacienţii în perioada post-PCI, prin incidenţa mai mare a anginei induse de efort (10,3% în lotul I vs 28,6% în lotul II, p<0,05) şi o frecvenţă mai mare a spitalizărilor (13,7% vs 28,6%, p<0,05). Nivelul fibrinogenului a fost semnificativ mai mare în lotul II, în care au fost incluşi pacienţii cu PCR majorat. Astfel, nivelul fibrinogenului în lotul I a fost 2,7±0,02 g/l vs 3,01±0,1 g/l în lotul II, p<0,001.

Concluzii. Pacienţii cu niveluri crescute ale PCR (PCR >6 mg/l) au avut o incidenţă mai mare a anginei induse de efort şi o frecvenţă mai mare a spitalizărilor, comparativ cu cei cu PCR ≤6 mg/l. Luând în consideraţie beneficiile care pot fi obţinute în cazul tratamentului cu statine a pacienţilor cu nivelul PCR majorat, evaluarea markerilor de inflamaţie poate fi importantă în selectarea terapiei individualizate, ce ar avea ca scop reducerea evenimentelor coronariene post-PCI. De asemenea, monitorizarea nivelului markerilor de inflamaţie pe parcursul tratamentului este utilă în evaluarea clinică a pacientului.

Bibliografie

1. Khot U.N., Khot M.B., Bajzer C.T., Sapp S.K. et al. *Prevalence of conventional risk factors in patients with coronary heart desease events*. In: JAMA, 2003, Aug. 20; nr. 290(7), p. 898-904.
2. *Braunwald's heart desease: a textbook of cardiovascular medicine*, 9th ed., 2012, Elsevier.
3. Yang E.Y., Nambi V., Tang Z., Virani S.S. et al. *Clinical Implications of JUPITER (Justification for the Use of statins in Prevention: an Intervention Trial Evaluating Rosuvastatin) in a U.S. Population*. Insights from the ARIC (Atherosclerosis Risk in Communities) study. In: *J. Am. Coll. Cardiol*., 2009; nr. 54(25), p. 2388-2395.
4. Rutter M.K., Meigs J.B., Sullivan L.M., D'Agostino R.B. et al. *C-Reactive Protein, the Metabolic Syndrome, and Prediction of Cardiovascular Events in the Framingham Offspring Study*. In: Circulation, 2004, nr. 110, p. 380-385.
5. Ridker P.M., Buring J.E., Rifai N., Cook N.R. *Development and validation of improved algorithms for the assessment of global cardiovascular disease in women: The Reynolds Risc Score*. In: JAMA, 2007 Feb. 14; nr. 297(6), p. 611-619.
6. Ridker P.M., Paynter N.P., Rifai N., Gaziano J.M., Cook N.R. *C-reactive protein and parental history improve global cardiovascular risk prediction: the Reynolds Risk Score for men*. In: Circulation, 2008 Nov. 25; nr. 118(22), p. 2243-2251.
7. Ridker P.M., Rifai N., Rose L., Buring J.E. et al. *Comparison of C-reactive protein and low-density lipoprotein cholesterol levels in the prediction of first cardiovascular events*. In: N. Engl. J. Med., 2002; nr. 347, p. 1557-1565.
8. Sabatine M.S., Morrow D.A., Jablonski K.A. et al. *Prognostic significance of the Centers for Disease Control-American Heart Association high-sensitivity C-reactive protein cut point for cardiovascular and other outcomes in patients with stable coronary artery disease*. In: Circulation, 2007 Mar. 27; nr. 115(12), p. 1528-1536.
9. Ridker P.M., Danielson E., Fonseca F.A., Genest J. et al. *Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein*. In: N. Engl. J. Med., 2008; nr. 359, p. 2195-2207.
10. Ridker P.M., Danielson E., Fonseca F.A., Genest J. et al. *Reduction in C-reactive protein and LDL cholesterol and cardiovascular events rates after initiation of rosuvastatin: a prospective study of JUPITER trial*. In: Lancet, 2009 Apr. 4; nr. 373(9670), p. 1175-1182.
11. Ridker P.M., Cannon C.P., Morrow D. et al. *Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis in Myocardial Infarction 22 (PROVE IT-TIMI 22) Investigators. C-reactive protein levels and outcomes after statin therapy*. In: N. Engl. J. Med., 2005; nr. 352:20-28.
12. Nissen S.E., Tuzcu E.M., Schoenhagen P. et al. *For the Reversal of Atherosclerosis with Aggressive Lipid Lowering (REVERSAL) Investigators. Statin therapy, LDL cholesterol, C-reactive protein, and coronary artery disease*. In: N. Engl. J. Med., 2005; nr. 352, p. 29-38.
13. Ridker M. *C-reactive protein and the prediction of cardiovascular events among those at intermediate risk*. In: *J. Am. Coll. Cardiol*., 2007; nr. 49(21), p. 2129-2138.
14. Boekholdt S.M., Hack C.E., Sandhu M.S., Luben R. et al. *C-reactive protein levels and coronary artery disease incidence and mortality in apparently healthy men and women: the EPIC-Norfolk prospective population study 1993-2003*. In: Atherosclerosis, 2006 Aug; nr. 187(2), p. 415-422.
15. Meredith K.G., Horne B.D., Pearson R.R. et al. *Comparison of effects of high (80 mg) versus low (20 mg) dose of simvastatin on C-reactive protein and lipoproteins in patients with angiographic evidence of coronary arterial narrowing*. In: Am. J. Cardiol., 2007 Jan. 15; nr. 99(2), p. 149-153.
16. Sardella G., Mariani P., D'Alessandro M., De Luca L. *Early elevation of interleukin-1beta and interleukin-6 levels after bare or drug-eluting stent implantation in patients with stable angina*. In: Thromb Res., 2006; nr. 117(6), p. 659-664.
17. Hu F.B., Meigs J.B., Li T.Y. et al. *Inflammatory markers and risk of developing type 2 diabetes in women*. In: Diabetes, nr. 53, p. 693, 2004.
18. Zalewski A., Macphee C. *Role of lipoprotein-associated phospholipase A2 in atherosclerosis: Biology, epidemiology, and possible therapeutic target*. In: Arterioscler. Thromb Vasc. Biol., 2005, May; nr. 25(5), p. 923-931.
19. Danesh J., Lewington S., Thompson S.G., *Fibrinogen Studies Collaboration, Plasma fibrinogen level and the risk of major cardiovascular diseases and nonvascular mortality: an individual participant meta-analysis*. In: JAMA, 2005 Oct. 12; nr. 294(14), p. 1799-1809.
20. Kerlin B., Cooley B.C., Isermann B.H., Hernandez I. et al. *Cause-effect relation between hyperfibrinogenemia and vascular disease*. In: Blood, 2004 Mar. 1; nr. 103(5), p. 1728-1734.

Prezentat la 14.06.2013

Iea Grosul,
tel. (373) 022256193
mob. 069928373
e-mail: i_grosul@yahoo.com

TOXOCAROZA OCULTĂ (CAZ CLINIC)

Gheorghe PLĂCINTĂ,
Catedra *Boli Infecţioase*, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *N. Testemiţanu*

Summary

Covert toxocariasis (case conduct)

Human toxocariasis is a worldwide spread medical and social problem of major importance. Toxocariasis has become one of the most common parasites in humans. In the last years its incidence continues to increase. The spectrum of clinical manifestations during Toxocara invasion is highly polymorphic after damage intensity and hematologic response as well as by specific damage of the organs and systems. The long term events in T. canis in humans remain little known. A separate issue is the covert form of toxocariasis, unknown to physicians, with no clear conduct to this state and the larvicidal treatment is often ineffective. The presented case confirms what has been said. Economical annual implications arising from human toxocariasis are practically impossible to calculate.

***Keywords**: Toxocariasis larvae, clinical manifestations, larvicidal treatment, immunomodulatory.*

Резюме

Скрытый токсокароз (клинический случай)

Токсокароз является важной медико-социальной проблемой. Токсокароз стал одной из самых распространенных паразитозов у человека и в последние годы заболеваемость продолжает увеличиваться. Спектр клинических проявлений при токсокарозе по интенсивности, локализации процесса и характере повреждения весьма полиморфный. Характер и особенность течения паразитарного процесса при длительной инвазии с T. canis у людей мало изучены. Отдельной проблемой является форма скрытого токсокароза, труднодиагностированная для практикующих врачей, лечение крайне противоречиво, что касается эффективности ларвицидных средств. Представленный случай подтверждает вышеизложенное. Годовой экономический ущерб от данного заболевания практически невозможно оценить.

***Ключевые слова**: личиночный токсокароз, клинические проявления, лечение ларвицидное и иммуномодулирующее.*

Introducere. Toxocaroza larvarică la om este o invazie cu evoluţie de lungă durată şi recidivantă, cu diverse manifestări clinice în funcţie de localizare şi gradul de activitate a larvelor S_2 [9] şi de numărul lor în organismul uman [5, 7]. Parazitoza cauzată de larva S_2 de obicei se exprimă prin încetinirea creşterii indivizilor parazitaţi, prin tulburări generale, digestive, nervoase, oculare, respiratorii şi multe alte acţiuni patologice.

Larvele S_2 în organismul omului pot fi viabile mulţi ani (10 şi mai mult) în pofida răspunsului imun. Acest fenomen se explică prin faptul că larva S_2 *Toxocara canis* elimină substanţe mascante, capabile să protejeze parazitul şi care dispun de un sistem deosebit pentru a se apăra de agresia eozinofilelor şi anticorpilor specifici [1]. Deşi apar răspunsuri imunologice intense din partea gazdei, se constată o capacitate remarcabilă a larvelor S_2 de a supravieţui şi de a migra, în continuare, în ţesuturile gazdei. Acest fapt se explică prin capacitatea larvelor S_2 de a se pune la adăpost faţă de anticorpii gazdei şi faţă de celulele inflamatorii produse de gazdă, prin substanţele eliberate din învelişul larvar.

De cele mai multe ori însă, după o asemenea migrare activă, larvele S_2 sunt imobilizate şi înconjurate de o reţea de ţesut conjunctiv, unde se adună apoi celulele epitelioide, plasmatice, gigante, limfocite, dar mai ales numeroase eozinofile dispuse în centru [3]. Este important, din punct de vedere patogenic, şi faptul că larvele S_2, care nu vor deveni niciodată viermi adulţi pot să trăiască după încapsulare în stare de hibernaţie [6] şi până la doi ani [3] ele sunt capabile să se reactiveze [6], să părăsească granulomul şi să continue migrarea [2]. În cele din urmă, însă, larvele S_2 mor, sunt dezintegrate şi resorbite de macrofage sau se calcifică. Larvele S_2 în stare de agonie sau moarte determină modificări patologice mai mari decât cele vii [6].

Larvele S_2 din creier pot fi puse la adăpost faţă de efectele nocive ale răspunsului imunologic al gazdei [10], ca urmare se pot aduna progresiv în creier în timp ce ele dispar din alte ţesuturi. Numărul larvelor S_2 din ficat este mai mare în cazul suprainvaziei sau reinvaziei, durata aflării lor în ficat este cea mai mare.

Parazitarea îndelungată a unui organism uman are diverse repercusiuni asupra stării de sănătate, care sunt în funcţie de localizarea, migrarea sistemică, intensitatea şi gradul de activitate a larvelor S_2 [5, 7].

O particularitate a acestei maladii este simptomatologia extrem de polimorfă – de la forme asimptomatice prin prezenţa anticorpilor anti-Toxocara şi/sau eozinofilia sangvină, forme atipice (uşoare, cu diferite simptome asociate cu reacţii imune), tot mai accentuate în recunoaşterea existenţei lor, la cele clasice de toxocaroză viscerală şi oculară [4].

La noi în ţară, ca şi în alte regiuni geografice, morbiditatea prin toxocaroza umană este în creştere, însă incidenţa şi prevalenţa prin această parazitoză nu sunt cunoscute. Nu există date statistice, parazitoza fiind raportată sporadic [7].

Rămân incerte criteriile de tratament antilarvar şi patogenetic, din care considerente se aplică frecvent tratament neargumentat. Nu este studiată eficacitatea comparativă a diferitelor scheme complexe de tratament, inclusiv cel imunocorector [5].

Astfel, manifestările procesului parazitar cauzate de larva S_2 *T. canis* la om rămân puţin cunoscute. Evoluţia îndelungată, variabilitatea şi intensitatea semnelor clinice pun în dificultate medicii practicieni la diagnosticarea acestei parazitoze. Deseori acestor manifestări li se atribuie un diagnostic sindromal. Totodată, nici toxocaroza larvarică la om nu întotdeauna respectă "clasicismul" laboratoro-clinic, din care considerente şi medicul-specialist poate întâmpina dificultăţi în abordarea cazului, într-o conduită terapeutică judicioasă. Problema tratamentului toxocarozei este una extrem de controversată în ceea ce priveşte valoarea terapiei antihelmintice. Înainte de a institui un tratament, în mod obligatoriu trebuie evaluat cazul, în vederea stabilirii activităţii parazitare. Cazul prezentat vine să confirme cele relatate.

Prezentarea cazului, rezultate, discuţii

Pacientul V.T., 35 de ani, locuitor al mun. Chişinău, medic, în antecedente – amigdalită cronică, înlăturarea amigdalelor. În ultimii 2 ani: astenie, dispnee, prurit cutanat, polinoză, etiologia cărora rămânea

neprecizată. S-a adresat după consultaţie în centrul de parazitologie medicală din IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecţioase *Toma Ciorbă*. Datele examinării clinice nu au evidenţiat abateri de la normal, cu excepţia hepatomegaliei. La ecografie – hepatomegalie, semne de hepatită cronică, steatoză hepatică, splenomegalie, pancreatită cronică. Evoluţia manifestărilor clinice şi titrele anti-Toxocara pe parcursul supravegherii sunt prezentate în tabelul ce urmează.

Evoluţia manifestărilor clinice şi titrelor serologice anti-Toxocara

Până la tratament				**După tratament**		
Data	*Titrul anti-Toxocara (N≤11)*	*Manifestări clinice*	*Tratamentul, durata*	*Data*	*Titrul anti-Toxocara (N≤11)*	*Manifestări clinice*
24.10.06	42,4	Astenie, dispnee, prurit cutanat, polinoză	Albendazol– 14 zile	11.12.06	26,45	Manifestările clinice s-au diminuat cu 20-50%
11.12.06	26,45	Astenie, dispnee, prurit cutanat, polinoză	Albendazol – 10 zile,	23.01.07	24,56	Au dispărut astenia, dispneea, polinoza, se menține pruritul cutanat.
06.04.07	34,47	Prurit cutanat	Fără tratament	24.05.07	59,48	Starea cu agravare: au apărut erupții maculopapuloase pe membrele inferioare, însoțite de prurit, înfundarea și mâncărimea nasului, îngroșarea pielii pe cutia toracică.
24.05.07	59,48		Albendazol – 21 zile	29.10.07	48,03	Manifestările clinice în diminuare: au dispărut erupțiile cutanate.
29.10.07	48,03	Se mențin aceleași manifestări, periodic cu acutizări	Fără tratament	04.05.09	67,11	Se mențin aceleași manifestări, periodic cu acutizări.
04.05.09	67.11	Astenie, dispnee, prurit cutanat, înfundarea nasului	Ivermectină 1800 mg într-o priză, 2 cure la interval de 14 zile	01.07.09	84,62	Aceleași manifestări, cu aceleași intensități.
01.07.09	84,62	Se mențin aceleași manifestări, periodic cu acutizări	Interleuchină-5, citomix	26.06.12	44,8	Starea generală – cu ameliorare. Timp de 2,5 ani, precedentele semne clinice nu s-au repetat.
26.06.12	44,8	Nu prezintă acuze	Fără tratament	23.01.13	35,98	În ultimele 2 luni, a reapărut pruritul cutanat în regiunea feței, nasului.

Ancheta epidemiologică nu a demonstrat date relevante pentru invazia toxocarică. De altfel, o bună parte dintre pacienţii aflaţi la supraveghere cu forme oculte de toxocaroză nu au date epidemiologice prin contact direct cu gazda definitivă a acestei parazitoze.

Pentru confirmarea diagnosticului a fost utilizat testul ELISA, la prezenţa în sânge a anti-S_2 *T. Canis* IgG cu grad de specificitate şi sensibilitate > 98%. Pentru a exclude reacţiile de reactivitate încrucişată, reacţii fals pozitive induse de alte parazitoze, au fost evectuate testări serologice concomitente cu alte componente antigenice din grupul nematodozelor şi altor parazitoze frecvent întâlnite (ascaride, trichinela, lamblia, echinococc, taenia), la care s-au obţinut rezultate în limita valorilor de referinţă. Nici investigaţiile repetate coproparazitologice nu au relevat prezenţa oricărei altei parazitoze.

Evoluţia semnelor clinice iniţial a fost în directă concordanţă cu valoarea titrului de anti-Toxocara. Astfel, după primele 2 cure de tratament, starea s-a ameliorat: s-a micşorat pruritul, astenia a dispărut. Totodată, în lunile aprilie – mai 2007, concomitent cu creşterea titrului de anti-Toxocara, apar erupţii maculopapuloase însoţite de prurit pe membrele inferioare, înfundarea şi mâncărimea nasului, îngroşarea pielii pe cutia toracică. Tratamentul prin a III-a cură de larvicide a fost mai puţin eficace, semnele clinice s-au diminuat lent, iar titrul de anticorpi către *Toxocara canis* a descrescut nesemnificativ. În continuare – stare cu puţină ameliorare clinică, însă cu creşterea titrului faţă de larva toxocarică. Treptat s-au reînceput manifestările clinice descrise, din care considerente pacientul revine la consultaţie după o perioada de 1,4 ani. Titrul de anticorpi a crescut de la 48,03 la 67,11.

A fost prescris tratament cu utilizarea antilarvaricelor cu mecanism de acţiune ce provoacă paralizia parazitară – ivermectină a câte 150 mcgr/cg la interval de 14 zile. Ca şi în cazul cu albendazol, tratamentul a fost suportat satisfăcător. Nu au fost înregistrate reacţii adverse la medicament sau ca urmare a distrugerii masive a larvelor toxocarice. Probele biochimice hepatice, pe tot parcursul supravegherii, nu au depăşit valorile de referinţă. După cum se observă din datele prezentate în tabel, de această dată nu s-a constatat ameliorare clinică, iar titrul anti-toxocaric a crescut semnificativ.

Evoluţia descrisă caracterizează cronicitatea procesului invaziv toxocaric, probabilitatea reinvaziilor în acest caz a fost minimă, iar rezultatele tratamentului demonstrează rezistenţa larvelor la remediile din grupul benzimidazolului, precum şi a ivermectinei.

Ca urmare a ineficienţei tratamentului specific, constatării imunodeficienţei prin diminuarea răspunsului mediat celular, s-a decis iniţierea tratamentului imunomodulator şi de inducţie a rezistenţei antihelmintice cu doze mici de interleukină–5 şi citomix. Starea generală a pacientului prezenta ameliorare treptată, titrul anti-toxocaric post-tratament a descrescut aproape de 2 ori. Pe parcursul ulterioarei supravegheri, perioada de remisie a durat aproape 2,5 ani.

Semnele de boală nu s-au manifestat clinic, pacientul nu s-a adresat după consult medical, nu a primit tratament. După reapariţia pruritului cutanat, revine pentru investigaţii. Cu toate că titrul de anticorpi nu este în creştere faţă de investigaţia precedentă, oricum rămâne semnificativ crescut (35,98), s-a ridicat nivelul de Ig E totală – 316,3 (valoarea de referinţă - ≤ 200 ui/ml). Investigaţiile seroparazitologice au identificat, de această dată, şi titre pozitive faţă de *lamblia intestinalis* din clasa Ig M (2,849/0,171), fără semne clinice de afectare intestinală. S-a prescris tratament antiparazitar, imunomodulator în componeţa schemei precedente. Pacientul rămâne sub supraveghere.

Numărul eozinofilelor pe tot parcursul supravegherii a fost în limita valorilor de referinţă, cu excepţia post-tratament inteleuchină-5 şi citomix, când s-au înregistrat valori puţin crescute (6%), care au revenit la normal în scurt timp. Acestă creştere a fost datorată acţiunii interleukinei-5, citokină cu factor de creştere a eozinofilelor, care de asemenea induce şi factorii antiinflamatori. Interleukina-5 are următoarele funcţii biologice: stimulează diferenţierea, activarea eozinofilelor şi îmbunătăţeşte viabilitatea acestora; promovează proliferarea şi diferenţierea celulelor B; stimulează producerea de imunoglobuline E şi imunoglobulina A; promovează expresia receptorilor imunoglobulinei E pe eozinofile.

Nivelul de Ig E totală la pacient iniţial depăşea valorile de referinţă de 2-3 ori. Tratamentul cu larvicide, de rând cu antihistaminice, nu influenţau asupra nivelului de Ig E totală. Numai după cura de tratament cu interleukină -5 şi citomix acest indicator s-a normalizat şi s-a menţinut în limita valorilor de referinţă timp de 2,5 ani. La ultima examinare din ianuarie 2013, nivelul Ig E totală a fost înalt, constituind 316,3 UI/ml (valoarea de referinţă fiind de ≤ 200). După cum se observă, această creştere a indicatorului menţionat a coincis cu recăderea semnelor clinice.

Indicatorii răspunsului imun, obţinuţi în timpul recăderilor clinice, au demonstrat scăderea parametrilor imunologici mediaţi celular prin micşorarea celulelor CD_3, care au fost de 0,700/ ml (valorile de referinţă – 1,33-1,58), CD_4 – 0,500 (N=0,425–0,760), CD_8 – 0,250 (N=0,300 – 0,900). Raportul indicelui de imunoreglare (CD_4/CD_8) a fost în limitele normei. Indicatorii răspunsului imun, responsabili de imunitatea mediată umoral, dimpotrivă, au avut parametrii în creştere – celulele CD_{19} fiind de 0,4/ml (N=0,12-0,32). Nivelul complexelor imune circulante (CIC) a fost măriţi de 2 ori. În remisia clinică, obţinută în urma tratamentului cu interleukină-5 şi citomix, parametrii imunologici au revenit la valorile de referinţă. Astfel, conţinutul de CD_3 a crescut semnificativ, atingând valoarea de 1,0/ml, CD_4 – 0,700/ml, CD_8 – 0,36/ml. După cum se observă, s-a produs o creştere uniformă în toate componentele imune mediate celular. Totodată, nivelul de celule CD_{19} a descrescut la 0,36/ml, apropiindu-se de valorile de referinţă, conţinutul CIC a revenit la valorile normale.

Concluzii

1. Evoluţia procesului parazitar toxocaric la om este îndelungată, cu diverse manifestări clinice, care pun în dificultate stabilirea diagnosticului şi conduita ulterioară terapeutică.
2. Ca la orice boală infecţioasă cu evoluţie cronică, de durată, cu recăderi, se impun abordări complexe în elaborarea criteriilor de conduită managerială şi terapeutică.
3. Recăderile clinice în toxocaroza larvarică ocultă, în acest caz, evoluează pe fundal de imunodeficienţă celulară, iar tratamentul imunomodulator şi-a dovedit eficienţa nu numai prin restabilirea parametrilor imunologici, dar a avut şi un impact pozitiv asupra stării generale, contribuind la obţinerea perioadei de remisie îndelungate, net superioare faţă de tratamentul specific.
4. Rămâne de concretizat dacă infestarea toxocarică s-a produs pe fundal de imunodeficienţă sau însăşi toxocaroza a declanşat aceste perturbări imunologice.

Bibliografie

1. Fattah D., Maiztls R., McLaren D. et al. *Toxocara canis: interaction of human blood eosinophilie with the infective larvae*. In: Exp. Parasitol., 1986, v. 61, nr. 3, p. 421-431.
2. Kayes S. *Human toxocariasis and the visceral larva migrans syndrome: correlative immunopathology*. In: Chem. Immunol., 1997, v. 66, p. 99-124.
3. Nitzulescu V., Gherman I. *Parazitologie medicală*. Bucureşti, 1986, p. 580-592.
4. Palmer S.R., Lord Soulsby E.J., David Ian H.S. *Zoonoses*. Oxford University Press, 2005, p. 758-770.

5. Placinta Gh. *Clinical and laboratory efficacy of interleukin-5 low dose and citomix in patients with larval toxocarosis*. In: J. Physiological Regulating Medicine, 2011, p. 31-34, Milano, Italy.
6. Schantz P. *Toxocara larva migrants*. In: Now. Amer. J. Trop. Med. Hyg., 1989, v. 41, nr. 3, p. 21-34.
7. Ţibuleac S., Plăcintă Gh., Mudreac R., Stancu M., Raţă S., Terteac L., Goraş V., Stancu V. *Ascaridoza câinelui şi toxocaroza omului în oraşul Chişinău*. În: Curierul medical, 2006, p. 13-15.
8. Zang V. *Parazitologie clinică. Nematodoze. Sindroame de larva migrans*. Cluj Napoca, 2001, p. 378-396.
9. Лысенко А., Авдюхина Т., Константинова Т. *Токсокароз*. Учебное пособие. Москва,1999, 41с.

Prezentat la 22.07.2013

Gheorghe Plăcintă,
şef Catedră *Boli Infecţioase*,
FECMF USMF *Nicolae Testemiţanu*,
Chişinău, bd. Ştefan cel Mare şi Sfânt 163
Tel. (022) 205-348; mob. 068111142
E-mail: gheorgheplacinta@yahoo.com

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ŞI ETIOPATOGENETICE ÎN DEBUTUL ŞI EVOLUŢIA AFECŢIUNILOR INFLAMATORII CRONICE ALE COLULUI UTERIN

Ludmila EŢCO, Mihai BOTEZ,
IMSP Institutul Mamei şi Copilului

Summary

Epidemiological and etiopathogenic aspects of the beginning and development of chronic inflammatory diseases of the uterine cervix

An important social, economic and medical problem of an urgent actuality faced by contemporary gynecology remains the CIDUC (chronic inflammatory disease of the uterine cervix).

In the majority of cases the cervicitis are detected incidentally, during the prophylactic or scheduled examinations, or when women are addressing due to other syndromes or diseases.

The given article is presenting a brief review of literature, highlighting the major risk factors in the development of cervicitis: young age, early onset of sexual life, contraception method, the number of births and abortion (on request and/or spontaneous) infectious agent, the immune status. A particular attention is given to the fact that a chronic inflammatory process (cervicitis) which is poorely supervised and untreated properly in time (after 8-10 years) may cause cervical cancer.

For the prevention of the malignization of the cervicitis it is recommended a strict adherence to well-defined sequence of the following steps of detection of cervicitis onset: collecting anamnesis, determining risk factors, complex clinical and laboratory examination, including Babes-Papanicolau test.

Keywords*: chronic inflammatory disease of the cervix, cervicitis, risk factors, cervical cancer.*

Резюме

Эпидемиологические и этиопатогенетические аспекты возникновения и развития хронических воспалительных заболеваний шейки матки

Важной социальной, экономической, медицинской и актуальной проблемой, с которой сталкивается современная гинекология, остаются хронические воспалительные заболевания шейки матки, в частности хронический цервицит. В большинстве случаев цервицит обнаруживается случайно, во время плановых профилактических осмотров при обращении женщин по поводу других болезней и синдромов.

В данной статье представлен краткий обзор литературы, подчеркивая основные факторы риска в развитии хронического цервицита: молодой возраст, раннее начало половой жизни, метод контрацепции, число родов и абортов (по желанию и/или спонтанных), инфекционный агент, иммунный статус. Обращается внимание на то, что отсутствие должного наблюдения и несвоевременное лечение хронического воспалительного процесса (цервицита) через 8-10 лет может вызвать рак шейки матки.

В профилактике цервицита необходимо строго соблюдать последовательность в установлении диагноза хронического цервицита: сбор анамнеза, уточнение факторов риска, комплексное клиническое обследование, в обязательном порядке выполнение теста Бабеш-Папаниколау.

Ключевые слова*: хронические воспалительные заболевания шейки матки, цервицит, факторы риска, рак шейки матки.*

Introducere. O stringentă problemă socială, economică şi medicală cu care se confruntă ginecologia contemporană rămân afecţiunile inflamatorii cronice ale colului uterin (AICCU) [6, 12, 16].

Se consideră, în general, că procentual AICCU variază în medie între 8,2% şi 21,6% din numărul pacientelor care se prezintă voluntar la medicul de specialitate [1, 13]. Unii autori [4, 8, 17] menţionează chiar o incidenţă mai mare, de până la 60-70%, reieşind din faptul că cele mai multe cervicite decurg asimptomatic şi nu impun pacientele să se adreseze medicilor.

În majoritatea cazurilor, cervicitele se depistează întâmplător, la examenele profilactice programate sau la adresarea femeilor cu alte sindroame sau afecţiuni.

Nu trebuie trecut cu vederea nici rolul favorizant al congestiei cervicale cronice în apariţia *cancerului*

de col uterin. De fapt, o cervicită, un proces inflamator cronic pierdut de sub supraveghere şi netratat la timp (după 8-10 ani), precum şi lipsa profilaxiei, de la igiena organelor genitale externe şi până la controalele de rutină, adică minim de 1-2 ori pe an, pot condiţiona cancerul colului uterin. Cervicita cronică nu determină neoplazii, dar favorizează apariţia acestora în timp, ceea ce se deduce clar din toate statisticile naţionale. Tratamentul cervicitei cronice poate fi considerat astfel şi o măsură *profilactică* definitorie în lupta împotriva cancerului de col uterin ori a altor tumori maligne localizate [11, 12].

Cervicita este o inflamaţie totală a colului uterin, care include şi mucoasa părţii vaginale a colului uterin (exocervicită), dar şi mucoasa canalului cervical (endocervicita).

Este cunoscut faptul că diagnoza cervicitei la femei este determinată după două criterii: existenţa eliminărilor din canalul cervical al colului uterin la examinarea în valde şi depistarea unui număr mai mare decât zece leucocite polimorfonucleare, în acelaşi câmp de vedere, la examenul microscopic, cu folosirea microscopului de lumină (x1000).

Cervicita rar se exprimă izolat, de regulă este în combinaţie cu vulvitele vaginale, deoarece organele genitale ale femeii (vulva, vaginul şi colul uterin) formează un sistem unitar.

Mulţi medici de specialitate preferă termenul de *colpită* sau *cervico-vaginită,* ce desemnează generic inflamaţia cervico-vaginală globală. Metodele de *screening* pe care le avem la dispoziţie actualmente, folosite într-o anumită succesiune la pacientele considerate cu risc, permit diagnosticarea timpurie şi adoptarea unei atitudini terapeutice adecvate.

Cervixul uterin reprezintă segmentul inferior al uterului, ce este vizibil prin vagin. Este o parte importantă a tractului genital feminin, îndeplinind mai multe funcţii:

1) *menstruală*: colul este un canal prin care sângele menstrual se scurge din uter în vagin; în caz de absenţă congenitală a colului sau în urma obstrucţiei acestuia, sângele menstrual stagnează în uter (hematometrie);
2) *în statica pelvină*: prin aşezarea între uter şi vagin, asigură menţinerea unei poziţii normale a organelor pelvine;
3) *sexuală*: având o bogată inervaţie, prin excitarea colului creşte secreţia glandelor cervicale şi se declanşează prin conexiune inversă secreţia gonado-hipotalamohipofizară;
4) *de fecundaţie*: secreţia glandelor endocervicale (glera cervicală) prin compoziţie favorizează ascensiunea spermatozoizilor;
5) *în sarcină*: colul are un rol foarte important atât în timpul sarcinii, acesta fiind o barieră între vagin şi uter, cât şi în timpul travaliului (dilataţia).

Materiale şi metode. Au fost studiate 58 de surse de literatură, naţionale şi internaţionale, în legătură cu afecţiunile inflamatorii cronice ale colului uterin, inclusiv publicaţii la simpozioane, congrese; articole, monografii. O atenţie majoră a fost acordată publicaţiilor în care au fost analizaţi factorii de risc, dezvoltarea şi prevenirea AICCU, în legătura cu faptul că factorii de risc sunt direct proporţionali cu factorii ce cauzează cancerul colului uterin.

Rezultate şi discuţii. Primele observaţii privind cancerul colului uterin datează de la mijlocul secolului trecut, când, pe baza datelor de mortalitate prin cancer uterin, se face observaţia că incidenţa bolii este îngrijorătoare, că din acest punct de vedere se află într-o directă proporţionale cu celelalte inflamaţii ale căilor genitale interne şi externe (mai ales cu AICCU). Interesul pentru AICCU uterin reapare la începutul celui de al III-lea mileniu şi se iniţiază o nouă etapă de cercetări epidemiologice, marcată la început prin câteva lucrări izolate de demografie şi sociologie medicală, etapă ce se extinde pe o perioadă de aproximativ 10-15 ani. În acest timp, studiile cu privire la riscul de AICCU sunt tot mai mult influenţate de convingerea că bolile cronice, inclusiv AICCU şi cancerul de col uterin, *aflate într-o directă proporţionalitate,* sunt condiţionate nu numai de factorii de mediu, ci şi de unii factori sociali şi epidemiologici (igiena organelor genitale externe, tradiţii, obiceiuri, alimentaţie, iradiaţiile ionizante etc.) [5]. Efectuarea examenului citologic, ca metodă de *screening,* a permis, în perioada 1990-2005, depistarea cu o frecvenţă de 3 ori mai mare a cazurilor de afecţiuni inflamatorii cervicale în stadii precanceroase „in situ" şi în stadiul I cancerul colului uterin. [17] Astfel, pe parcursul studiului sunt analizaţi, sub aspect teoretic, şi alţi factori etiologici potenţiali, de menţionat filiaţia cervicită cronică (AICCU) –> cancer (o proporţionalitate directă).

Factorii extrinseci cei mai importanţi sunt: mediul, rolul igienei sexuale deficitare (rolul smegmei, problema circumciziei ca factor virtual protector), rolul unor particularităţi ale vieţii sexuale, al avorturilor, naşterilor şi al asistenţei obstetricale de calitate, ca factor profilactic.

Factorii intrinseci, fără a li se stabili o ordine prioritară, sunt: vârsta, factorii ce ţin de structura genetică, factorii endocrini etc.

Este evident că o problemă atât de complexă nu poate fi redusă la tiparele rigide ale unei schematizări, atâta timp cât, în marea majoritate a cazurilor, în etiologia AICCU acţionează concomitent sau succesiv foarte numeroşi factori de risc, ce vor fi

apreciaţi individual, conform principiului unităţii prin diversitate. Astfel, femeile cu o viaţă sexuală absentă sau mai redusă au o incidenţă foarte scăzută a AICCU. În opoziţie cu aceasta, o serie de alte cercetări atestă o incidenţă crescută la femeile având o viaţă sexuală agitată, cu numeroşi parteneri sexuali, alături de o incidenţă crescută a bolilor venerice (prostituţie, femei în detenţie etc.). În aceste condiţii, concluzia majorităţii acestor studii [19] este recunoaşterea existenţei unui factor comun, unui agent viral/bacterian, transmisibil prin contact sexual în condiţii de igienă precară, ca *sursa tipică* cea mai frecventă, alături de alţi factori favorizanţi. În felul acesta, s-a ajuns şi la punerea în discuţie, pe de o parte, a rolului posibil al *smegmei* şi, legat de aceasta, efectul posibil protector al circumciziei, iar pe de altă parte, a rolului posibil al unor factori virali sau bacterieni etc.

Majoritatea studiilor epidemiologice sunt unanime în a considera că repartizarea AICCU pe grupe de vârstă urmează o curbă ascendentă, începând cu decada 20 – 29 de ani, cu un maxim în decada 45-54 de ani, după care descreşte ceva mai lent decât a urcat. Astfel, rolul factorilor genetici şi celor familiali rămâne discutabil, iar în ceea ce priveşte factorul familial sunt delimitări importante, comparativ cu cei socioeconomici, şi anumite studii [14] arată că nu a existat nicio coincidenţă a AICCU la gemene homo/heterozigote şi nicio implicaţie posibilă a unui factor familial cu caracter dominant ori recesiv, de regulă.

Mucoasa colului uterin este o barieră la trecerea de la tractul superior al organelor genitale şi mediul înconjurător şi permanent este supusă acţiunii factorilor de distrugere. Dintre aceştia, cel mai agresiv antigen este infecţia. Anume pe fond de infecţie genitală se dezvoltă procesele inflamatorii ale colului uterin, căpătând un caracter cronic recidivant. Structura etiologică a cervicitelor se schimbă permanent.

Rezultatele cercetărilor din ultimii ani [3,19] arată *97% microbi patogeni în colul lezional AICCU, după cum urmează: 44.5% germeni aerobi grampozitivi (mai ales* stafilococ alb hemolitic 18,7%, streptococ din grupul DI 5,8%, streptococ a hemolitic 4,9%, streptococ grupa A 2,9%, enterococ şi stafilococ auriu câte 0,9%; germeni gramnegativi 30,5%, *E coli* 24,7%, *Haemophyllus* 4,9% şi *Proteus* 0,9%; germenii anaerobi prezenţi în 13,8% (peptococi 8,9%, peptostreptococi 3,9% şi bacteroides 0,9%). Trichomoniaza a fost diagnosticată în 46,5% din cazuri, iar candidoza – în 48,5%; *Chlamidia Trachomatis* a fost confirmată în 13,8% din cazuri, iar *Mycoplasma hominis* – în 10,8%, în total 23,7%.Virusurile herpetice: tipul I a fost diagnosticat în 8,9%, iar tipul II – în 13,8%, în total fiind diagnosticate 22,7% din cazurile investigate. În urma unui astfel de studiu realizat, se impune încheierea unui act normativ, astfel ca toate femeile să fie supuse unui screening cu *caracter obligatoriu*, având în vedere evaluarea statistică foarte îngrijorătoare, lipsa noţiunilor de educaţie sanitară legată de acest flagel (AICCU).

În ultimii 20 de ani, mai ales ipoteza etiologiei virale a AICCU, alături de alţi factori favorizanţi, a fost susţinută de tot mai multe studii [8,18], atenţia concentrându-se îndeosebi asupra grupului HPS şi herpes simplex, cu cele două tipuri uzual recunoscute: tipul I – oral şi tipul II – genital, iar studii aprofundate, aproape fără excepţie, conchid că infecţiile ce determină AICCU sunt mai frecvente în prezenţa unor leziuni cervicale cronice (de la congestive – erozive – ulcerante), dar în acelaşi timp prevalenţa lor este semnificativ ridicată la populaţiile având o viaţă sexuală dezordonată (prostituţie, detenţie şi stări socioeconomice inferioare).

Se consideră însă mai puţin probabilă o corelaţie etiologică directă a acestora şi se confirmă rolul lor de indicator (covariabil) al *poluării* sexuale – factorii epidemiologici prezentaţi privesc sexualitatea şi deficienţele de igienă ca modalităţi de transmitere a unui agent etiologic de la partenerul sexual la femeia cu risc, în legătură cu vârsta primului contact sexual, vârsta căsătoriei, frecvenţa, felul şi intensitatea raporturilor sexuale, frecvenţa sarcinilor şi a naşterilor la tinerele femei (< 20 de ani), vârsta maturaţiei genitale (menarha) şi durata activităţii genitale. Studii majore efectuate asupra populaţii diferite [16], raportând debutul vieţii sexuale la vârsta arbitrar aleasă de 20 de ani, la bolnave cu AICCU, găsesc invariabil că un procent mai ridicat de bolnave au avut debutul vieţii sexuale sub 20 de ani. Aceste date sunt şi mai mult întărite de un alt parametru imposibil de mistificat, şi anume: *vârsta de la prima căsătorie.* Cifrele au fost mai seminficative pentru mediul rural (74,9% faţă de 49,2%, iar raportul ~ 1,5), la fel cu vârsta medie a căsătoriei şi a fost cu 1,5 ani mai tânără la bolnave decât la martore. Se observă în mod pregnant că dacă se ia în consideraţie vârsta de 17 ani, între bolnave şi martore se constată diferenţe şi mai evidente.

Înainte de vârsta de 20 de ani, mucoasa exocervicala nu este complet maturizată, posedând o sensibilitate înaltă la inflamaţii şi infecţii (cervicite acute/subacute sau cronice), favorizate şi de actul sexual în sine. De asemenea, traumatismul sexual datorat necorespondenţelor anatomice (traumatism fizic, excese sexuale, intensitate etc.), precum şi din cauza contaminării cu diferiţi agenţi patogeni (virusuri, bacterii, paraziţi, chlamidii, mycoplasme, ciuperci etc.), la care se adaugă [6, 9] şi incompatibilitatea spermatică, ce poate duce la afectarea mucoasei exocervicale şi endocervicale, la menţinerea unei stări de inflamaţie cronică (exocervicite), cu erodări ale epiteliului normal.

Literatura de specialitate [8] susţine implicarea contaminării cu HPV *(Human papilloma virus)* în etiologia a cel puţin 90% din procesele AICCU, ce determină secundar şi procesele neoplazice cervicale. De asemenea, se susţine ipoteza după care pacientele care au debutat în viaţa sexuală înainte de 20 de ani reprezintă procentul majoritar din categoria celor contaminate cu HPV, contaminarea fiind favorizată, probabil, şi de lipsa de maturitate a epiteliului cervical, precum şi de infecţiile cronice persistente. Această categorie de paciente se pare că au cea mai mare şansă să dezvolte în timp AICCU, eventual secundar un neoplasm de col uterin (după 8-10 ani), mai ales dacă se adaugă o serie de factori favorizanţi, cum ar fi: numărul de sarcini, numărul naşterilor, avorturile, parteneri sexuali multipli, antecedente de boli transmisibile sexual, infecţii cervicovaginale cronice, o igienă locală defectuoasă, carenţe alimentare şi vitaminice, nivel socioeconomic scăzut, stări de imunodepresie, tabagismul, etilismul cronic, contraceptivele orale, factori hormonali, factori genetici, patologia smegmei, factori spermatici, factori rasiali etc. Toate favorizează instalarea prealabilă a unei AICCU în câteva luni sau ani.

Concluzionând, putem menţiona că pentru AICCU are importanţă incidenţa crescută a debutului vieţii sexuale sistematice la pacientele luate în evidenţă, ce se determină curent între 17 şi 21 de ani, cu un maxim în jurul vârstelor de 19-20 de ani, iar creşterea incidenţei exocervicitelor la pacientele care au debutat în viaţa sexuală la peste 24 de ani devine astfel o cauză discutabilă, deoarece este dificil să apreciem de ce marea majoritate a celor care au contractat o cervicită cu evoluţie cronică (AICCU) au un debut al vieţii sexuale sistematice relativ normal (17-21 ani), iar cele care au un debut timpuriu (15 ani) sau tardiv (23-24 ani) reprezintă un lot relativ mic din totalul pacientelor luate la evidenţă pentru a fi diagnosticate. Se pare că momentul debutului vieţii sexuale ar fi factorul favorizant pentru exocervicite, şi chiar viaţa sexuală sistematică, dar însoţită de toate riscurile ce le presupune (lipsa educaţiei sanitare, traumatisme perineale, infecţii, deficite imunologice dobândite etc.).

Rolul factorului imun în declanşarea AICCU este pe larg discutat în literatura de specialitate, unii cercetători considerându-1 unul dintre cei mai importanţi factori. Drept criterii clinice de diagnostic au servit cele oferite de examenul în valde (congestie locală, tromboze microvasculare la nivelul colului, uneori fără inflamaţie evidentă a peretelui exocervical/endocervical), confirmate sau infirmate parţial sau total de BP. În ceea ce priveşte rolul calităţii spermei în declanşarea sau evoluţia AICCU, datele ştiinţifice sunt controversate. O părere pe care o împărtăşesc mai mulţi autori este că ar exista o legătură între o spermogramă anormală şi declanşarea unei AICCU. Aceste afirmaţii sunt juste în cazul prezenţei unei infecţii permanetizate, când s-a constatat că microorganismele (chlamidiile, micoplasmele, infecţiile bacteriene, virale etc.), alipindu-se de spermatozoizi, servesc drept sursă de infecţie a celor doi parteneri. În acest caz, microorganismele dereglează procesul de diviziune celulară, cauzând mutaţii „de novo" incompatibile, concomitent cu prezenţa unei mucoase indemne din punct de vedere morfologic şi funcţional.

În studii efectuate de curând [13], în urma efectuării spermatogramei la 120 parteneri, în 27 (22,5%) cazuri s-au constatat devieri de la normă a ejaculatului, iar spermograma la 50 de parteneri ai femeilor din lotul de comparaţie prezenta devieri de la normă, fiind constatate modificări revelatoare pentru 12,0-13,3 % din cazuri, iar modificările din spermogramă în toate cazurile au avut caracter inflamator (leucocitoză, prezenţă de bacterii, pH < 7,2 sau > 7,8 şi viscozitate patologică), dar se observă concomitent şi o frecvenţă mai mare a spermogramelor patologice, ceea ce este firesc, luând în consideraţie şi frecvenţa mai mare a infecţiilor organelor genitale la paciente, odată cu creşterea numărului factorilor de risc – vârsta, numărul partenerilor şi condiţiile socioeconomice precare. Noţiunea de metodă de diagnostic a AICCU şi CCU se referă la latura organizatorică a depistării (triaj, screening), presupunând o activitate largă, de masă.

Un parametru relativ frecvent abordat în studiile recente de epidemiologie a AICCU este folosirea *metodelor anticoncepţionale* ca factor de risc posibil. Numeroase studii fac referiri mai ales la mijloacele anticoncepţionale locale (*prezervativ, diafragmă, coit întrerupt, lavaje vaginale cu substanţe chimice, metoda ritmicităţii, creme şi jeleuri anticoncepţionale, dispozitive intrauterine* etc.) şi arată că nu se poate stabili nicio corelaţie statistică valabilă constant cu incidenţa AICCU. Totuşi, tipul obstructiv de contracepţie apare clar ca element protector faţă de AICCU, ceea ce ar putea să însemne că o barieră protectoare ar putea împiedica agentul etiologic să ajungă pe col, de unde incidenţa mai scăzută a AICCU la aceste femei.

Metodele de studiu utilizate au fost iniţial aproape exclusiv citologice (în subsidiarul cercetării rezultatelor diferitor screeninguri citologice), iar concluziile, chiar dacă nu toate au admis producerea unor modificări structurale în epiteliul cervical, au convers spre inocuitatea generală [15] a anticoncepţionalelor hormonale de sinteză, vădind, însă, evident o anumită „părtinire", scontându-se pe unele beneficii de ordin comercial al celora care au efectuat statisticile. De exemplu, deoarece din punct de vedere al parametri-

lor urmăriţi se poate atribui un rol protector diafragmei cervicale, ceea ce denaturează rezultatele, autorii nu trag nicio concluzie, socotind că este necesar să se înlocuiască în studiu diafragma cervicală cu mijloace de tipul dispozitivelor intrauterine, ce nu influenţează nici acţiunea posibilă a unui agent etiologic heterogen asupra colului, nici acţiunea generală a anticoncepţionalelor de tip hormonal.

Din toate aceste date, se confirmă totuşi efectul incontestabil al anticoncepţionalelor hormonale asupra epiteliului cervical, dar rolul acestora în favorizarea AICCU rămâne încă o *problemă deschisă,* rezolvabilă numai prin studii prospective, pe loturi perfect randomizate şi suficient de mari, pentru a suporta a analiză corectă statistic (femei testate şi tot atâtea martore, urmărite pe o perioadă de 10 ani, după aprecierea statisticienilor). Nu sunt lipsite de interes studiile ce vizează *statusul endocrin* al femeii prin unele date indirecte şi, bineînţeles, încercarea de evaluare a riscului diferenţial dintre bolnavele AICCU şi martore, cum ar fi: vârsta apariţiei menarhei şi a menopauzei, durata perioadei de activitate genitală, intervalul efectiv şi regularitatea ciclurilor etc.

Majoritatea cazurilor de cervicită cronică rămân netratate, deoarece femeile nu sunt conştiente de prezenţa infecţiei. Deseori, inflamarea cervixului nu produce semne sau simptome, iar cervicita apare cu precădere la femeile tinere, cu vârste de 25 – 35 de ani. De fapt, peste jumătate din femei pot suferi de cervicită la un moment dat [2, 9]. În ultima vreme, s-a reuşit chiar să se stabilească implicarea certă a unor „tipuri de populaţie" cu un risc crescut de îmbolnăvire („high risk population"), noţiune de mare însemnătate pentru organizarea economică şi eficace a profilaxiei depistării şi a diagnosticului timpuriu al AICCU, şi ca o etapă premergătoare dezvoltării cancerului colului uterin. Riscul AICCU apare în adolescenţă, odată cu începerea activităţii sexuale, şi continuă până în jurul vârstei de 50 de ani, ceea ce indică posibilitatea ca hormonii reproductivi să fie implicaţi în producerea AICCU. Dar şi numărul naşterilor a fost relativ frecvent pus în legătură cu etiologia AICCU, bazându-se pe observaţia că incidenţa AICCU este mai mare la femeile care au avut copii decât la nuligeste, la cele care au avut mai multe naşteri, decât la cele care au avut mai puţine. Când s-a procedat la o standardizare strictă după vârstă şi mediu, ponderea multiparităţii a fost mult mai ridicată la bolnave decât la martore: 38% faţă de 22% – global, mai pregnant în mediul rural: 44,8% faţă de 24,8% (urban). Calitatea precară a asistenţei la naştere (naşteri neasistate medical sau incorect asistate, rupturi şi dilacerări ale colului, plăgi perineale neobservate şi nesuturate sau vindecate prin cicatrice vicioase etc.) pe fondul unui col uterin biologic imatur (la femeile foarte tinere) sunt elemente ce conferă, în ultimă analiză, o *stare de risc crescut* de îmbolnăviri de AICCU.

Caracterul insidios al evoluţiei AICCU o face mai dificil de evaluat simptomatologic şi de tratat. Simptomatologia cervicitei cronice este destul de săracă, cel puţin în stadiile iniţiale, pentru a deveni caracteristică, sugestivă şi supărătoare în stadiile avansate.

Primele simptome ale cervicitei, ca proces inflamator, sunt de obicei secreţiile vaginale – la început albicoase, apoi rozatice şi în final fetide, ce devin tot mai pronunţate imediat după menstruaţie, pruritul şi congestia organelor genitale externe.

- *secreţiile vaginale* devin tot mai abundente şi mai urât mirositoare; amestecul de cheaguri sangvine sau de sânge în secreţie; *durerea* la nivelul fundurilor de sac vaginale sau cu un caracter pelvian, dureri percepute ca o senzaţie de jenă, mai mult decât o durere reală, ceea ce ne indică deja apariţia unor fenomene inflamatorii asociate, eventual, cu un caracter extensiv, de vecinătate.
- *durere* în timpul raporturilor sexuale (unele până la dispareunie), metroragii după contactele sexuale şi/sau *menometroragii*, senzaţie de arsură în timpul micţiunii (disurie), lombalgii şi/sau hipogastralgii resimţite uneori numai în timpul contactului sexual, iar în cazurile grave de cervicită se pot manifesta prin secreţii abundente, urât mirositoare, însoţite de prurit şi de dureri abdominale (colicative).

Semnalul de alarmă ce trebuie să pună în gardă orice femeie este sângerarea, ce denotă, de obicei, o inflamaţie deosebit de gravă. Aceasta este redusă cantitativ, cel puţin la debutul afecţiunii, este inconstantă şi episodică, determinată în mod special de raportul sexual.

Cervicita cronică (AICCU) poate evolua ani de zile doar cu o leucoree mai mult sau mai puţin abundentă, iar femeia se obişnuieşte în timp cu starea fără dureri, febră ori tulburări menstruale sau afectarea vieţii sexuale. Dar cel mai frecvent (72%) se complică, se dezvoltă inflamaţii ale organelor pelviene din vecinătate şi apar:

- *parametrita* (inflamaţia ligamentelor ce susţin organele pelviene) şi se manifestă prin: dureri lombare sau abdominale, dismenoree, dispareunie, metromenoragii;
- *salpingita* (inflamaţia trompei uterine), ce poate cauza infertilitate prin obstrucţia tubară secundară proceselor inflamatorii;
- *infecţii acute* sau cronice ale tractului urinar [12, 17].

Cervicita des este dificil de depistat, chiar şi în perioada acută, în legătură cu lipsa simptomelor ce

duc la întârzierea tratamentului şi trecerea maladiei în proces cronic îndelungat, care va decurge cu acutizări şi se va opune tratamentului medicamentos.

Totodată, diagnosticul cervicitei dispune de o secvenţialitate bine determinată, ce trebuie să cuprindă următoarele etape posibile:

• ***Anamneza*** – poate asigura o orientare a clinicianului asupra pacientelor cu riscul de a dezvolta o cervicită cronică, cu evoluţie spre o neoplazie cervicală la un moment dat, iar din acest punct de vedere se poate distinge:

I. *risc minor*:

- femei fără activitate sexuală;
- cele care folosesc contraceptivele de tip barieră (sterilete, membrane etc.);
- femei cu vârsta de peste 60 de ani;
- femei la care s-au practicat examene citologice cervicale periodice;

II. *risc mediu*:

- femei cu activitate sexuală obişnuită;
- femei cu avorturi şi/sau naşteri multiple în antecedente;
- femei care prezintă ectropion cervical persistent;

III. *risc major*:

- femeile cu viaţă sexuală începută devreme (sub 20 de ani);
- cele cu parteneri sexuali multipli;
- femei cu mai multe căsătorii;
- femei care aparţin unui mediu social cu nivel foarte scăzut, cu igienă sexuală precară sau absentă.

• ***Cercetarea secreţiei exfoliative***

• ***Examenul clinic ginecologic complet şi corect***. Medicul care investighează cervixul observă o zonă violacee, eritematoasă, inflamată, care poartă numele de *eroziune* sau *ectopie*. Majoritatea femeilor care au eroziune cervicală nu întâmpină mciun fel de dificultăţi. în unele cazuri însă poate apărea sângerarea excesivă după contactul sexual (hemoragie postcoitală).

• ***Biopsia*** – aceasta este etapa finală a explorării, care ne conferă şi certitudinea de diagnostic.

Gradul dificultăţii metodei adecvate de tratament în cervicite estre determinat de un şir de factori, printre care o importanţă majoră o are stabilirea etiologică corectă a diagnosticului. Diagnosticul incorect duce la un tratament greşit, ceea ce în majoritatea cazurilor este îndreptat asupra distrucţiei chirurgicale a ţesuturilor schimbării patologice.

Concluzii

1. AICCU rămân o importantă problemă socială, economică şi medicală, de o stringentă actualitate pentru ginecologie, având în vedere majorarea frecvenţei numărului de cazuri întâlnite de cancer al colului uterin la femei tinere (până la 30 de ani).

2. A fost determinat că factorii de risc principali ai afecţiunilor de fond şi precanceroase a colului uterin sunt: vârsta fragedă, debutul timpuriu al vieţii sexuale, existenţa unui număr de infecţii cu transmitere sexuală, clinica asimptomatică, adresarea tardivă la medic.

3. Diagnosticul cervicitei dispune de o secvenţialitate bine determinată, care trebuie strict urmată conform etapelor sale, inclusiv realizarea obligatorie a testului Babeş-Papanicolau.

Bibliografie

1. Anderson P.S., Runowicz C.D. *Beyond the pap test new techniques for cervical cancer screening minimizing false negative results*. In: Women's Health in Primary care, 2001, vol. 4, p. 753-758.
2. Botez M., Eţco L., Anton E. et al. *Laserterapie. Clinica neinvazivă*. România, 2010, 312 p.
3. Dalgic H., Kusru N.K. *Laser therapy in chronic cervicitis. In Process Citation*. In: Arch. Gynekol. Obstet., 2001, vol. 265, nr. 2, p. 64-66.
4. Gaibova N.T., Tkachenko E.R., Adamyan L.V. *Treatment of background and precancer diseases of uterine cervix with use of radiowave surcery. Advanced technologies for diagnosis and treatment*. Edited by acad. L. Adamyan, 2007, p. 476-477.
5. Ghamsari S.M. et al. *Histopathological effects of Len Level Therapy on Secundary Healing of Teat Wound*. In: Dary Cattle Laser Therapy, 1995, nr. 2.
6. Hay F. *Bacterial Vaginosis*. In: Medicine, 2005, v. 33, nr. 10, p. 58-61.
7. Lazăr Elena ş. a. *Morfopatologie generală*, 2008.
8. Leysseus A.Vanhoenacker, Liber C. *Pelvic inflammatory disease*. In: J. BR-BTR, 2011, vol. 94, nr. 3, p. 128-129.
9. Naaber P., Uuscula A., Naaber J. et al., *Laborator Diagnosis of Sexualy Transmited Infections in Estonia 2001-2002: short comings with impact on diagnostic quality an surveillance*. In: Sex. Transm. Dis., 2005, v. 35, nr. 12, p. 759-764.
10. Ohshiro T., Calderhead R.G. *Low Level Laser Therapy. A Practical introduction*. Chichester, New York, 1988.
11. Pricop Fl. ş.a. *Forme rare de cancer genital*. În: Revista Medico-Chirurgicală Zilele Medicale „V. Dobrovici", 2011p.
12. Radulescu G. *Ginecologie*, 1995.
13. Shchetinina Iu.S., Konstantinova O.D. *Natural factors in the combination treatment of women with chronic genital inflammatory deseases.* In: Ross. Vestn. akusherginec., 2012, vol. 12, nr. 1, p. 57-59.
14. Wilbur D.C. *Cervical cutology automation: an update for 2003. The end of the quest nears?* In: Clin. Lab. Med., 2003, vol. 23, nr. 3, p. 755-774.
15. Woods J.L., Bailey S.L., Henzel D.S. et al. *Cervicitis in adolescents: do clinicians understand diagnosis and treatment?* In: J. Pediatr. Adolesc. Gynecol., 2011, In: 24, nr. 6, p. 359-364.
16. *Заболевания шейки матки, влагалища и вульвы* (под ред. В.Н. Прилепской), 2000, 432 с.

17. Прилепская В.Н. *Профилактика рака шейки матки. Методы ранней диагностики и новые скрининговые технологии*. В: Гинекология, 2007, № 9(1), с. 12-14.
18. Тирская Ю.И., Рудакова Е.Б., Шакина И.А и др. *Роль цервицитов в акушерско-гинекологической патологии*. В: Лечащий врач. 2009, т. 10, с. 63-66.
19. Унанян А.Л., Коксович Ю.М. *Хронический цервицит: особенности этиологии, патогенеза, диагностики и лечения*. В: Росс. Вестн. акуш. и гинек., 2012, т. 12, № 6, с. 40-45.

Prezentat la 12.07.2013

Ludmila Eţco,
tel. 022-52-36-63; mob. 060345601
e-mail: bunduchiludmila@yahoo.com

EVALUAREA MODIFICĂRILOR FUNCŢIONALE ALE ORGANISMULUI FEMEILOR ÎN PROCESUL ANTRENAMENTULUI SHAPING

Galina TOMAŞ,
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie
Nicolae Testemiţanu

Summary

Evaluation of functional changes of women's body in shaping training processes.

This paper presents the peculiarities of functional changes of women's body, which practice systematic physical exercises, in the training process. It was established that the systematic practice of physical exercises produce functional changes of all organs and systems, especially the circulatory and respiratory systems. Moderate physical activity, directed and performed correctly has a favorable influence on women's body and helps to maintain long-term beauty and health.

Keywords*: women body, functional changes, physical exercises, shaping.*

Резюме

Оценка функциональных изменений организма женщин в процессе шейпинг тренировки

В работе представлены особенности функциональных изменений организма женщин, которые практикуют систематические физические упражнения, в процессе тренировки. Установлено, что систематические занятия физическими упражнениями производят функциональные изменения во всех органах и системах, в особенности кровеносной и дыхательной. Умеренная физическая деятельность, рекомендуемая и выполненная правильно, имеет благоприятное влияние на организм женщин и позволяет поддерживать продолжительно красоту и здоровье.

Ключевые слова*: женский организм, функциональные изменения, физические упражнения, шейпинг.*

Introducere. Exerciţiul fizic este o activitate prin care se urmăreşte îmbunătăţirea stării de sănătate şi a condiţiei fizice. Necesitatea ridicării nivelului calitativ al pregătirii fizice este de necontestat şi una dintre condiţiile de păstrare a sănătăţii şi frumuseţii. Exerciţiile fizice pot preveni sau trata multe afecţiuni cronice de sănătate, cauzate de stilul de viaţă nesănătos sau de îmbătrânire. Pentru ca omul să rămână sănătos, este important să se angajeze în activităţi fizice. Actualmente, ideea despre practicarea mişcării (sportului, exerciţiilor fizice) trebuie să fie în atenţia fiecăruia, pentru a putea face faţă vieţii deosebit de stresante, iar un aport deosebit în acest sens îl are medicina, mai ales educaţia fizică, cu tot arsenalul ei de mijloace şi metode specifice [1, 3, 5].

Printre metodele creative ale educaţiei fizice este şi shapingul, care tratează individual fiecare persoană şi care are scopul de a promova sănătatea şi frumuseţea. Actualmente, shapingul este una dintre cele mai populare antrenamente şi acoperă diverse pături sociale, este o metodă unică şi garantată de corecţie a corpului femeilor. Modelarea organismului este aplicată nu numai pentru perfecţiunea fizică, dar şi pentru dezvoltarea spirituală. Comparativ cu alte tipuri de gimnastică, shapingul are o serie de caracteristici distinctive. Pentru a evalua datele privind dezvoltarea fizică, se utilizează examinările medicale şi de testare antropometrice, care asigură selectarea programului de exerciţii fizice adecvate. În rezultatul practicării exerciţiilor fizice, pot fi observate următoarele efecte pozitive: creşterea volumului sangvin total, astfel încât creşte posibilitatea de a îmbunătăţi transportul de oxigen, muşchiul inimii devine mai puternic, mai bine alimentat cu oxigen, creşte capacitatea pulmonară, întăreşte sistemul osos etc. [2, 4].

Scopul lucrării este studierea modificărilor fiziologice din organismul femeilor care practică exerciţiile fizice sistematice.

Materiale şi metode. Pentru aprecierea stării funcţionale a organismului persoanelor care practică sistematic exerciţii fizice, s-au efectuat investigaţii ale indiciilor fiziologici ai sistemelor circulator şi respirator până şi după antrenament, pe un eşantion reprezentativ de 17 persoane de sex feminin de la filiala *Bio-Shape* a Clubului *Unica*, cu vârsta între 17 şi 35 de ani.

Evaluarea modificărilor sistemului cardiovascular s-a efectuat după frecvenţa pulsului şi tensiunea arterială. Pentru aprecierea complexă a acţiunii mediului de antrenament asupra sistemului respectiv am folosit un şir de indici integrali – volumul sistolic,

minut-volumul cardiac, tensiunea dinamică medie, rezistenţa periferică a vaselor sangvine.

Rezultate şi discuţii. Condiţia fizică este una dintre componentele ce caracterizează starea de sănătate, fiind influenţată în mod favorabil de activităţile motrice. Aceasta se caracterizează prin: capacitatea de a efectua cu vigoare activităţile zilnice; probabilitatea scăzută de apariţie prematură a bolilor şi complicaţiilor puse în mod obişnuit pe seama lipsei de activitate motrică.

Efectele culturii fizice asupra individului se concretizează într-o contribuţie substanţială la dezvoltarea şi menţinerea capacităţilor funcţionale, la păstrarea structurilor organismului şi la limitarea deteriorării acestora datorate vârstei şi lipsei de stimulare. Ele se materializează în putere, forţă şi rezistenţă locală la nivelul muşchilor, coordonare, echilibru, viteză, caracteristice unei bune motricităţi; flexibilitate, capacitatea aerobă şi rezistenţa la nivelul funcţiei cardiorespiratorii, metabolismul hidraţilor de carbon şi lipidelor.

Efectele de mai sus sunt posibile la toate vârstele, la toţi oamenii, fie sănătoşi, fie suferinzi de boli cronice sau de diverse deficienţe. Condiţia fizică realizată prin practicarea sistematică a exerciţiilor fizice se traduce pe plan individual prin performanţe crescute, încredere în sine, independenţă în plan fizic şi psihologic, contribuind la calitatea vieţii.

Centrul sportiv al filialei *Bio-Shape* a Clubului *Unica* dispune de două încăperi situate la etajul 5. Regimul de antrenament al femeilor include antrenamente de 2-3 ori pe săptămână, cu durata de 2 ore, cu respectarea tuturor cerinţelor de desfăşurare a lor.

Indicii superiori ai dezvoltării morfologice şi funcţionale a organismului, precum şi cei ai priceperilor, deprinderilor şi calităţilor motrice, nu pot fi obţinuţi fără repetarea sistematică, conştientă a unor exerciţii fizice orientate anume în acest scop.

Practicarea exerciţiilor fizice produce unele modificări funcţionale la nivelul tuturor organelor şi sistemelor organismului. Aceste schimbări depind de starea de sănătate, de gradul de încordare, de starea dezvoltării fizice a persoanei, de metodica de antrenament şi, nu în ultimul rând, de condiţiile de antrenament .

Frecvenţa cardiacă este considerată un punct de reper fundamental, care oferă informaţii referitoare la intensitatea efortului fizic în raport cu posibilităţile individuale. Frecvenţa cardiacă variază de la o persoană la alta, prezentând mici diferenţe, şi este influenţată de diverşi factori, precum: starea de agitaţie, efortul efectuat sau activitatea solicitantă. În studiul actual observăm o accelerare a frecvenţei cardiace de la 90±2,2 până la 125,3±3,1 băt./min. la finele antrenamentului (p<0,001) (*figura 1*).

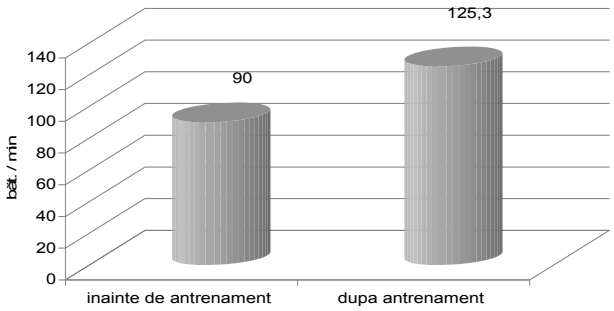


Figura 1. *Frecvenţa cardiacă a persoanelor care practică sistematic exerciţii fizice*

Tensiunea arterială este expresia a două componente: tensiunea arterială sistolică, care reprezintă maximul presiunii produs de sânge la curgerea prin artere spre celelalte organe şi tensiunea arteriala diastolică – presiunea vaselor sangvine în momentul în care se umple cu sânge venit din restul corpului.

La femeile incluse în studiu tensiunea arterială sistolică a sporit de la 110±3,0 până la 122,5±1,88 mm/Hg (p<0,001), iar tensiunea arterială diastolică – de la 73,3±1,37 până la 85±1,36 mm/Hg (p<0,001) (*figura 2*). De asemenea, s-a înregistrat o creştere a tensiunii dinamice medii de la 91,6±1,3 până la 103,7±1,4 mm/Hg (p<0,001).

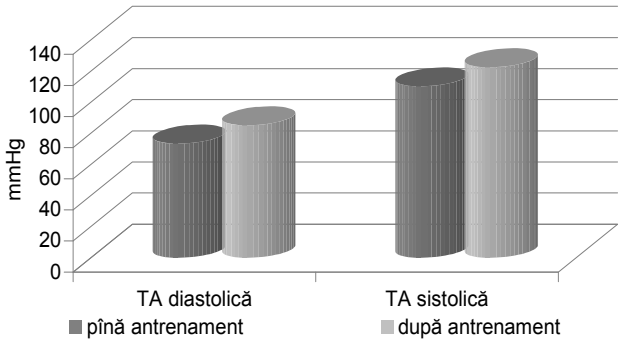


Figura 2. *Tensiunea arterială sistolică şi cea diastolică a persoanelor care practică sistematic exerciţii fizice*

Volumul sistolic este volumul de sânge eliberat de cord la fiecare sistolă, egal cu diferenţa dintre volumul diastolic şi cel sistolic. Valoarea sa variază între 70 şi 90 ml la cordul adult normal. În cazul antrenamentului persoanelor care practică sistematic exerciţii fizice, volumul sistolic sporeşte după antrenament de la 55,6±1,39 ml până la 62±1,36 ml (p<0,001) (*figura 3*).

Minut-volumul cardiac reprezintă cantitatea de sânge pompată de inimă în timp de un minut. ***Rezistenţa periferică a vaselor sangvine*** (RPVS) reprezintă totalitatea factorilor care se opun curgerii sângelui prin vase. Observăm o creştere a minut-volumului cardiac de la 5,5±1,5 până la 6,9±1,8 l (p<0,001) şi scăderea RPVS iniţial 1345,2±43,7 până la 1222,3±46,2 (p<0,001).

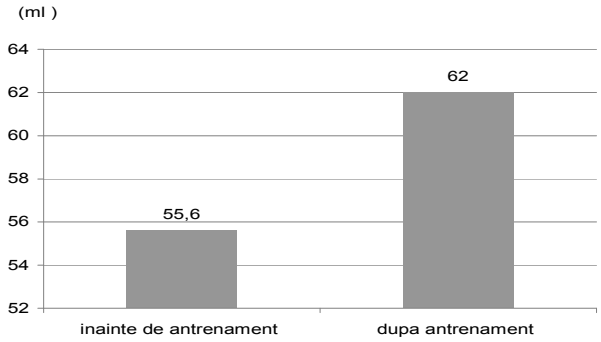


Figura 3. *Volumul sistolic al persoanelor care practică sistematic exerciţii fizice*

În *figurile 4* şi *5* sunt prezentate valorile minut-volumului cardiac şi ale rezistenţei periferice a vaselor sangvine.

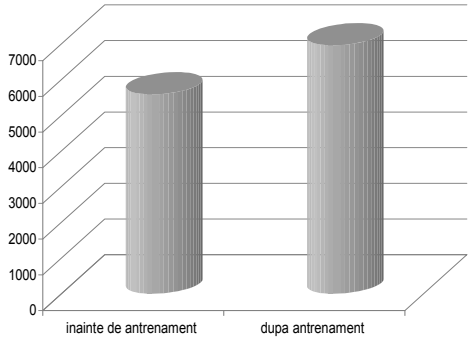


Figura 4. *Valorile înregistrate ale minut-volumului cardiac*

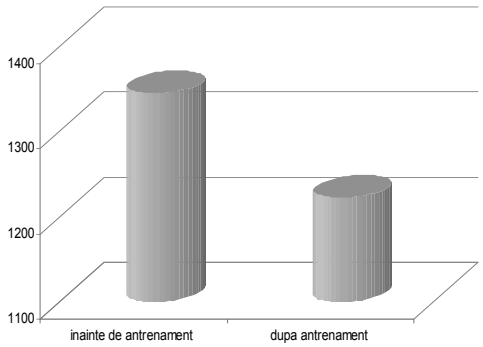


Figura 5. *Rezistenţa periferică a vaselor sangvine*

Capacitatea vitală a plămânilor (CVP) reprezintă cantitatea de aer expulzat din plămâni într-o expiraţie forţată după o inspiraţie profundă. Valorile variază între 3,5-5,01 în funcţie de vârstă, înălţime, sex şi grad de antrenament. În cercetarea actuală, sistemul respirator a manifestat modificări prin scăderea nesemnificativă a CVP de la la 3,54±0,09 până la 3,11±0,09 l (p>0,05). Scăderea capacităţii vitale după efort este dovada unei capacităţi funcţionale insuficiente a muşchilor respiratori sau poate fi consecinţa instalării unei oboseli.

Concluzii

1. Efortul fizic la care au fost supuse femeile este unul moderat, ceea ce are un efect benefic asupra stării de sănătate.

2. Practicarea exerciţiilor fizice sistematice produce modificări funcţionale în toate organele şi sistemele, în special în sistemul circulator şi cel respirator.

3. Antrenamentele persoanelor care practică shapingul se desfăşoară cu respectarea regimului şi cerinţelor generale respective.

Bibliografie

1. Cristea Elena. *Terapia prin mişcare*. Bucureşti: Editura medicală, 1990.
2. Juhas I. *Specificity of sports training with women*. In: Phisical culture, 2011, nr. 65 (Suppl. 1), p. 42-50.
3. Pate R.R., Durstine J.L. *Exercise physiology and its role in clinical sports medicine*. In: Southern Medical Journal, 2004, Sep., nr. 97(9), p. 881-885.
4. Shangold Mona M. *Women and exercise: physiology and sports medicine*. F.A. Davis, 1994, 300 p.
5. Иванова О. А. *Формула красоты*. Москва, 1990, 48 с.

Prezentat la 09.07.2013

Galina Tomaş, tel. 069170410

TRATAMENTELE CU CITOSTATICE ŞI IRADIERILE ÎN TUMORILE CANCEROASE I

Emil ANTON[1], Ioan PÂRVULESCU[2],
[1] Catedra *Obstetrică-Ginecologie*,
UMF *Gr. T. Popa*, Iaşi, România;
[2] Universitatea Ecologică *Dimitrie Cantemir*, Iaşi, România

Summary

Three studies recently published in American magazines (Financiarul, January 9, 2013) have explained why chemotherapy and ionizing irradiation, conventional treatments for malignant tumors in general and cancer in particular, is usually a total failure in terms of removal consumptive final serious this disease is reported on Foodmatters.tv. Based on numerous assessments of how cancer cells multiply and metastasis, scientists have confirmed that cancerous tumors / and not only generate their own stem cells that contribute to the development of new tumors (new cells) after previous cells were removed (destroyed by chemotherapy and ionizing radiation).

Trei studii publicate recent în reviste de specialitate americane (v. ziarul *Financiarul*, 9 ianuarie, 2013) au explicat de ce chimioterapia şi iradierile ionizante, tratamente convenţionale în tumorile maligne şi cancere, în mod special, reprezintă un eşec total în ceea ce priveşte tratarea eficientă a acestei boli consumptive grave, după cum se relata şi la *Foodmatters.TV* (USA). Bazându-se pe numeroase evaluări

ale modului în care *celulele canceroase se multiplică și metastazează,* oamenii de știință americani au confirmat de curând faptul că tumorile canceroase (și nu numai) își generează propriile *celule stem*, ce contribuie la dezvoltarea unor tumori noi (*new cells*), după ce acele celule anterioare au fost eliminate (de exemplu, fiind distruse terapeutic prin chimioterapie și radiații ionizante).

În unul dintre studii, pentru prima oară în lume, cercetătorul **Luis Parada** (revista *Cell*, martie, 2012), de la Centrul Medical *Southwestern* din cadrul Universității *Texas* din Dallas, alături de colaboratorii săi, au decis să analizeze modul în care tumorile sunt capabile să *se dezvolte***,** după ce celulele canceroase au fost eliminate inițial cu ajutorul chimioterapiei [2, 5]. Pentru a face acest experiment/test, Parada și echipa sa *au identificat și au „marcat" genetic, printr-o metodă originală, celulele canceroase din tumorile cerebrale ale șoarecilor - GDSC (genetic detection system cancer cells),* înainte ca aceștia să fie tratați prin intermediul unor *ședințe convenționale de chimioterapie*.

Ceea ce au descoperit ei a fost faptul că, deși chimioterapia a avut un succes oarecare, în multe din cazurile analizate, eliminând și oprind dezvoltarea și răspândirea *temporară* a cancerului, în cele din urmă *tratamentul a eșuat lamentabil în ceea ce privește împiedicarea formării de noi tumori și metastazare.* Iar, din câte se pare, de vină au fost chiar celulele *stem canceroase* (CSC) ce au rezistat în organismul uman mult timp după ședințele de chimioterapie și care au determinat dezvoltarea unor noi tumori, mai târziu (la 4–6 luni), în procesul de evoluție a bolii canceroase.

Un al doilea studiu [1, 5] a avut rezultate similare *(GDSC), bazându-se pe tumori ale pielii,* în timp ce un al treilea experiment a confirmat ambele studii anterioare, prin intermediul unei cercetări asupra unor *polipi maligni ai intestinului, la om* (voluntari bolnavi).

În concluzie, este ca și cum *tumorile canceroase posedă o abilitate intrinsecă aparent inexplicabilă de a-și produce propriile celule stem*, ce pot circula prin tot corpul și se pot transforma în alte tumori la distanță prin diseminare (*metastaze*). Iar tratamentele actuale cu citostatice și iradieri ale cancerului nu fac nimic pentru a încerca să oprească procesul malign [1, 3] și a*stfel acești experți în oncologie sugerează abandonarea chimioterapiei și a radiațiilor ionizante.* Cercetătorii de la Centrul de Cancer al Universității *Michigan* sunt în totalitate de acord cu aceste concluzii și sugerează chiar o abordare complet nouă în ceea ce privește tratarea cancerului: să se excludă utilizarea citostaticelor și iradierilor ionizante ca fiind *inutile* sau chiar *contraindicate.*

Alți cercetători și medici din domeniul oncologiei au tras imediat aceeași concluzie [2, 3]: „ca urmare a acestor descoperiri extraordinare, acum este momentul oportun pentru o schimbare în ceea ce privește abordarea tratamentului bolii canceroase" [5, 6].

Terapiile tradiționale, cum ar fi chimioterapia și radiațiile ionizante, NU distrug toate celulele specifice, ci determină secundar chiar dezvoltarea mai accentuată a tumorilor canceroase – susțin specialiștii de la *Centrul pentru Cancer din Michigan:*

„În loc să încercăm să înlăturăm prin citoliză citostatică și iradieri toate celulele dintr-o tumoră, ar fi mult mai eficient să se folosească tratamente ce să acționeze direct asupra așa-numitelor celule stem canceroase. Dacă celulele stem maligne ar fi eliminate măcar în parte sau oprite temporar din multiplicare, atunci cancerul nu s-ar mai putea dezvolta și nici nu s-ar mai răspândi spre alte zone ale corpului".

De exemplu, referindu-ne la *terapiile ecologice* ale cancerului de-a lungul timpului, cum ar fi *terapia Gerson* (www.gerson.org), cea cu *interfitron* (www.asicursurimedicale.ro), *terapia cu antineoplastoni* a doctorului ***Stanislaw Burzynski***, ce în esență utilizează o serie de peptide naturale și a fost patentată încă în 1970. Dr. S. Burzynski este medic și biochimist, *martir* al propagării (sunt tratamente din domeniul medicinei ecologice eficiente în terapia cancerului și a altor tumori maligne), care nu a fost acceptat de lumea medicală a timpului său, ca urmare a incitării agresive ce s-a exercitat asupra lui de către *National Institute of Cancer* (USA) (www.burzynskiclinic.com), apoi dr. ***Mircea Ciuhrii*** (www.insectfarm.com), medici și cercetători care tratează deja cu deosebit succes diferite tipuri de cancer, ca și în cazul lui ***Raymond Rife***, care a pus la punct o nouă terapie, încă din anii 1936–1940, reușind să înlăture procese tumorale grave (www.rife.org), acționând asupra unei bacterii pleiotrope cu rezultate excepționale [1, 5], iar ca urmare a acestui fapt, laboratorul i-a fost distrus ulterior, el a murit în condiții misterioase, cercetările lui excepționale nemaiputând fi astfel continuate (recuperate).

Tratamente similare, de exemplu, se efectuează în momentul de față și la Iași, România (UE), terapiile cu laser neinvaziv (LLLT) promovate de doctorii **Mihai Botez** și **Ioan Pârvulescu**, metode de tratament prin eliminarea din plasmă a exotoxinelor tumorale, prin detoxifierea concomitentă a sângelui venos periferic (DSVP), metodă eficientă inclusiv pentru hepatitele de tip C și B (metode virulicide). De asemenea, academician prof. univ. dr. **Constantin Milică**, de la Universitatea *Ion Ionescu de la Brad*, din Iași, care obține rezultate foarte bune în unele tumori prin metode fitoiatrice.

Însă, din cauza problemelor de *cenzură medicală*, aceste tratamente încă nu sunt acceptate pe scară

largă şi sunt contestate de agenţiile de reglementare a medicamentelor de sinteză, deşi eficienţa lor este crescută, oricum mai mare decât a citostaticelor şi a radiaţiilor ionizante; rezultatele terapeutice ale acestora din urmă fiind, în cele mai bune situaţii, eficiente doar între 2% pentru *citostatice* şi 20% pentru *iradieri* (cu supravieţuiri de până la 5 ani!).

Dar poate cel mai interesant caz [4, 6], ce implică un medic şi terapiile naturiste (dietoterapia şi fitoterapia), este cel al dr. **Max Gerson**, care s-a născut în 1881 în Wongrowitz, în Germania, a studiat la universităţile din Breslau, Würzburg, Berlin şi Freiburg. Dr. Gerson suferea încă din timpul studenţiei de migrene intense şi foarte persistente. Toţi medicii consultaţi îi spuseseră că boala îi este incurabilă şi că trebuie să se înveţe să trăiască astfel. Dar el nu se mulţumi cu acest verdict şi căută mai departe, iar în 1910 descoperi cartea unui medic italian, care recomanda în cazul migrenelor *diete* alimentare. Gerson începu imediat să experimenteze pe propria persoană. Încercă mai întâi o dietă cu lapte, ce nu aduse însă nicio alinare a suferinţelor sale. După aceea, încercă o cură de fructe, urmată de o cură de legume, iar în final – o cură mixtă de fructe şi legume, în timpul căreia simţi o îmbunătăţire considerabilă a stării de sănătate. Migrenele deveniseră mai rare şi durerile mai puţin intense, însă nu încetaseră cu desăvârşire.

Dr. Gerson cercetează mai departe şi ajunge la concluzia că migrenele se datorează unor dereglări ale metabolizării mineralelor, în special a clorului (Cl^-). Aşa că începu un nou experiment, reluă dieta pe bază de fructe şi legume, de data aceasta însă pregăti totul fără sare şi acest lucru aduse, în cele din urmă, succesul mult aşteptat. Gerson ştia acum cu siguranţă, după doi ani de experienţe dietetice [2, 4] şi fitoterapeutice, că migrenele se pot vindeca şi ţine sub control prin simpla respectare a unor *norme igienico-dietetice*. Orice reîntoarcere la un regim „normal", aducea cu sine, de fiecare dată, reapariţia cefaleei. Dr. Gerson a început să le prescrie pacienţilor săi, bolnavi de migrene, în loc de medicamente, regimul alimentar.

Unul dintre pacienţi îi comunică ulterior, în 1920, că regimul alimentar îi vindecase nu numai migrena, ci şi tuberculoza cutanată (*Lupus vulgaris*) de care suferea. Gerson îl ascultă cu atenţie şi constată că, într-adevăr, starea pielii lui se îmbunătăţise considerabil. După o cumpănire îndelungată, dr. Gerson emise ipoteza că regimul dietetic întăreşte sistemul imunitar, putând fi aplicat şi altor boli. Din acest moment, dr. Gerson se decise să caute dovezile ce să-i confirme teoria, sprijinit de dr. **Ferdinand Sauerbruch**, cel mai cunoscut specialist în tuberculoză la acea oră din Germania, care recunoscuse importanţa terapiei dietetice în tratarea TBC-ului. Dr. Gerson a fost numit imediat şeful unei secţii speciale de tuberculoză din cadrul Universităţii din München şi a început tratarea bolnavilor cu regimul său alimentar. Doctorii Sauerbruch şi Gerson relatează despre o experienţă clinică efectuată de ei, în cadrul căreia fuseseră vindecaţi 446 din 450 (99%!) de bolnavi de tuberculoză cutanată, numai prin regimul alimentar, *fără niciun fel de medicamente*.

Rezultatele excepţionale obţinute la clinica din München au fost confirmate mai târziu şi de **Albert Jesionek** (1870–1935) la clinica din Gießen, Germania. Eficienţa tratamentului dietetic a fost chiar recunoscută oficial de către Comitetul Consiliului Prusian de Stat pentru Sănătate (1930), în tratarea tuberculozei osoase, cutanate şi articulare. Este de aceea de necrezut că *terapia dietetică şi fitoiatrică* nu a reuşit să capete o aplicare mai mare, nici măcar în cazul tratării TBC. Din păcate, dr. Gerson a întâmpinat ulterior o opoziţie masivă din partea corpului medical, rezultatele cercetărilor sale în domeniul tratării bolilor prin terapia dietetică şi fitoiatrică fiind ignorate de colegii săi medici, care acţionau contrar celor dovedite.

În anul 1928, dr. Gerson a fost chemat la patul unei bolnave de cancer, care fusese deja operată şi căreia medicii care o trataseră i-au adus la cunoştinţă că nu mai poate fi salvată (va mai supravieţui maxim 6 luni!). Dr. Gerson îi spuse pacientei că nici el nu o poate ajuta, deoarece nu are niciun fel de experienţă în oncologie. Bolnava îi răspunse însă că ea a auzit de rezultatele excepţionale în vindecarea TBC-ului şi a artritei [5, 6] şi insistă să fie tratată prin *metoda naturistă*, şi atunci dr. Gerson îi prescrie aceeaşi dietă pe care o administrase în cazul tuberculozei [4, 6]. După cele şase luni acordate pacientei pentru supravieţuire de medicii care o diagnosticaseră până atunci, aparent paradoxal, evoluează favorabil spre vindecare. Au urmat alte şi alte cazuri de cancer, ce au evoluat cu aceleaşi rezultate neaşteptate. Dr. Gerson a devenit conştient de faptul că terapia naturistă (dietă vegetariană şi fitoterapia) nu este o terapie specifică numai unei anumite boli:

„Am o revelaţie acum. Cu aceeaşi terapie dietetică şi prin fitoterapie, adaptată în parte pentru fiecare bolnav, ca bază a tratamentului, am vindecat la fel de bine şi TBC, precum şi astm, boli ale aparatului locomotor, alte boli metabolice sau nervoase etc.".

Dar, trebuie precizat, planul terapeutic prescris de dr. Gerson interzice concomitent fumatul, alcoolul, cafeaua şi ceaiul negru, sarea, zahărul, cacao, conservele de orice fel, brânza, carnea afumată sau

condimentată, salamul, şunca, parizerul ş.a., dar recomandă consumul de fructe, salate, legume, cereale, cartofi, seminţe. De-a lungul anilor, dr. Gerson a schimbat adeseori planul dietetic, pentru a-i îmbunătăţi efectul tămăduitor; din 1929 introduce cantităţi mari de sucuri de fructe şi legume.

Situaţia politică din Germania îl obligă însă pe dr. Gerson să emigreze, în 1933, mai întâi în Austria, apoi în Franţa, iar din 1936 – în SUA. Dr. Gerson îl cunoaşte în acest timp şi pe laureatul Premiului Nobel **Albert Schweitzer**. Soţia lui Schweitzer era bolnavă de TBC, iar în cazul ei fuseseră deja aplicate, fără niciun succes, toate metodele terapeutice cunoscute în medicina alopatică la momentul respectiv. Helene Schweitzer se *vindecă integral* cu ajutorul metodei igienico-dietetice impuse de dr. Gerson şi dr. Schweitzer, astfel cei doi au rămas prieteni toată viaţa. Ani de zile mai târziu, atunci când dr. Albert Schweitzer a fost diagnosticat cu diabet zaharat, el se tratează şi se vindecă tot prin *terapia Gerson*.

În cursul anilor, cabinetul doctorului Gerson din New York fu asaltat din ce în ce mai mult de bolnavii de cancer, mai ales aflaţi în stadiul final al bolii, astfel că peste 90% din pacienţii săi sunt suferinzii de această cumplită boală şi la care se încercaseră, fără succes, toate metodele obişnuite de *tratare agresivă* a cancerului, erau oameni cărora ceilalţi medici, care îi trataseră, nu le mai dăduseră nicio şansă de supravieţuire. Dr. Gerson nota chiar, în 1954, că în cazurile bolnavilor aflaţi în stadiul final al bolii lor, el obţinea totuşi cu terapia sa o rată *de vindecare* de > 50%. Un an înaintea morţii sale, îi apăru cartea *A cancer therapy – results of fifty cases*, în care este prezentată toată experienţa lui adunată de-a lungul anilor, cu mii de bolnavi vindecaţi.

Dr. Max Gerson s-a stins din viaţă în anul 1959, iar dr. Albert Schweitzer scria în necrolog: *„Gerson a fost pentru mine unul dintre cele mai mari genii din istoria medicinei".*

Bibliografie

1. Balaj L., *Terapia naturistă. Mică enciclopedie a sănătăţii*, Bucureşti: Editura Niculescu, 2008.
2. Botez V. Mihai, Bodnar Vasile, Manu M. Daniela, Matei Toader, Puiu Viorica, Radu Mihaela, *Fitoterapie clinică*, Iaşi: Editura PIM, 2005.
3. Botez V. Mihai, Frunză F. George, Donţu Viorel, Manu M. Daniela, Radu Mihaela, Pârvulescu Ioan, (*Bio) laserterapie integrală,* Iaşi: Editura PIM, 2005.
4. Creff A.F., *Manuel de dietetique*, ed. II, Paris: Ed. Masson, 1987.
5. Valnet J., *Fitoterapia.Tratamentul bolilor cu plante*, Bucureşti: Editura Garamond, 2003.
6. Max Gerson, *O metodă naturală eficientă pentru tratarea cancerului şi a altor boli grave*, Editura For You, 2005.

Prezentat la 26.08.2013

APA LASERATĂ ŞI EFECTUL TERAPEUTIC PROPRIU AL TERAPIILOR INDIRECTE PRIN LUMINĂ

Mihai BOTEZ[1], George Florin FRUNZĂ[2],
[1]Universitatea *Constantin Bogoescu*, Sinaia, România;
[2]Catedra *Fiziologie*, UMF *Gr. T. Popa*, Iaşi, România

Summary

The study aimed evaluating the remedy AV (Aqua v.) the type and intensity of the inflammatory reaction on the test pharmacological model of irritation on rabbit ears.The witness was the SF (saline) solution for pharmaceutical 9 mg% NaCl. Injection of animals was done under aseptic conditions and Advanced antisepsis after irritation test method 1/3 lower and external ear Zealand white rabbit 1 Kg. The rights to his ear and left ear injected AV SF. The amount administered was 0.1 ml every substance which is about 20 mg / kg. Registration inflammatory effect was made by transillumination on a Nikon digital camera to purchase the IBM PC PIV MAESTRO, and the analysis was done with Mathlab Symulink 09. After a 24-hour monitoring (image capture accomplished at 30 «intervals) were made on the 26 curves of animals used in the experiment (the area of erythema and vasodilation degree of arterial and venous). Comparative study aims to evaluate the effects of inflammation by triggering any AV to SF in vivo experimental model of irritation on rabbit ears, level, duration, other possible effects.

Keywords*: experiment, indirect laser therapy, physical and mental health.*

Studiul şi-a propus evaluarea *remediului AV* (*Aqua v.*), cu tipul şi intensitatea reacţiei inflamatorii pe modelul farmacologic al *testului de iritaţie* pe urechea de iepure.

Martorul a fost reprezentat de SF (ser fiziologic), soluţie farmaceutică 9 mg% NaCl.

Injectarea animalelor a fost făcută în condiţii de asepsie şi antisepsie avansate, după metoda *testului de iritaţie*, în 1/3 inferioară şi externă a urechii *iepurelui alb neozeelandez* de 1 kg. În urechea dreaptă s-a injectat AV, iar în urechea stângă – SF.

Cantitatea administrată [1, 7] a fost de fiecare dată de 0,1 ml substanţă, ceea ce reprezintă aproximativ 20 mg/kgc.

Înregistrarea *efectului inflamator* s-a efectuat prin transiluminare, pe un aparat *foto digital NIKON*, cu achiziţie pe *IBM PC PIV MAESTRO*, iar analiza s-a făcut cu *Mathlab Symulink 09.*

După o monitorizare de 24 de ore (captarea imaginilor realizându-se la 30' interval), s-au realizat curbele caracteristice pe cele 26 de animale utilizate în experiment (aria de eritem şi gradul de vasodilataţie arterială şi venoasă).

Studiul își propune evaluarea efectelor comparative de declanșare eventuală a inflamației de către AV față de SF pe modelul experimental de iritație *in vivo* pe urechea de iepure, a nivelului, duratei, altor efecte posibile.

a

b

Fig. 1. *Reacție iritativă la AV după 2 ore de la injectare (a) și după 48 ore de la injectare (b)*

Fig. 2. *Somnolența iepurelui din partea de sus a imaginii (AV), poziția pe spate a urechilor*

S-a utilizat modelul experimental de iritație pe urechea de iepure, zonă intens utilizată în evaluarea efectelor de declanșare a reacțiilor adverse, alergice sau inflamatorii de către farmacologi și cosmeticieni [4, 7, 9].

Iepurii din rasa *alb neozeelandez* au fost carantinați în biobaza UMF *Gr. T. Popa* din Iași, hrăniți cu *alimentație-standard* și apă *ad libitum*, până la atingerea greutății de 2,5 kg.

Fig. 3. *Somnolența iepurelui din dreapta (AV), adică poziția pe spate a urechilor*

Injectările în ureche s-au făcut în zona de elecție după o antisepsie riguroasă, cu seringi de insulină, administrându-se de fiecare dată subcutanat 0,05 ml.

De fiecare dată s-a injectat în urechea dreaptă AV, iar în urechea stângă – SF.

AV și SF au fost manipulate în condiții de perfectă sterilitate, la temperatura camerei și conservate între injectări la 4°C.

Studiul, reamintim, își propune evaluarea efectelor biologice acute și de durată ale preparatului AV realizat de dr. Mihai Botez de la Medical Center *Themis Art*, Iași, România.

Precizăm că animalele (iepuri neozeelandezi) provin de la Institutul *Cantacuzino* din București și au fost vaccinate conform standardelor internaționale, au primit *hrană-standard* pentru experimentele fiziofarmacologice. În ziua experimentului, au fost aduși în laborator, iar după ce substanțele au fost verificate la temperatura camerei, s-au încărcat în două *seringi de insulină*, una cu substanța-martor ales SF (serul fiziologic – NaCl, 9 mg%) și una cu AV. Substanțele au fost injectate în ureche (*rabbit ear test*), în scopul prezentat mai sus, și animalele au fost monitorizare timp de 48 de ore, pentru a înregistra modificările sistemice, locale [10, 11]. Imaginea-standard RET (*rabbit ear test*) a ariei de iritație-inflamație s-a făcut la 2 ore de la injectare și la 48 ore de la injectare.

Evaluările cantitative [2, 6] au fost realizate *off line* (imediat după achiziție) cu softul *IMAGE J*.

Comparativ cu iepurele-martor, aflat în cușca pereche (SF) și injectat cu ser fiziologic, animalul la care s-a administrat AV prezintă:

- *semne de iritație locală discrete* (aria de inflamație de 4/5 mm la 48 ore, exemplificat în imagini);
- *creștere a diurezei* comparativ cu animalul-martor (poliurie) în primele 24 de ore ale experimentului;
- *o indigestie de alimente mult mai mare* față de animalul-martor (exemplificat în imagini);
- *somnolență imediat după administrare* (exemplificat în imagini).

Fig. 4. *Se remarcă ingestia crescută de alimente a iepurelui din dreapta (AV) şi diureza crescută, iepurele SF activ (180°), comparativ cu AV, static (talaşul din cuşcă are acelaşi contur după 48 ore)*

Aceste date ne sprijină şi argumentează rolul funcţional puternic al AV în testarea tip *rebbit ear test*, în comparaţie cu SF-martor.

Aşadar, putem concluziona că preparatul AV prezintă, în urma testării pe animal, efecte sistemice de tip funcţional, manifestate pe sistemul nervos central, în nutriţie şi excreţie, acestea pot fi realizate doar printr-o modificare centrală a echilibrului vago-simpatic. De aceea, AV poate fi recomandat în stările de dezechilibru neurovegetativ din stresul psihosocial, insomnii de origine psihogenă [5, 7, 11], lipsa de apetit. Posologia va fi adaptată eventual la organismul uman, după testele clinice.

Menţionăm că efectul local iritativ este minim şi dispare la 48 de ore, ceea ce indică o deosebit de bună tolerabilitate a AV în condiţiile cunoscute ale sensibilităţii naturale deosebit de mari a animalului de experiment utilizat (a iepurelui) la stres. Astfel, aportul de concentraţie atins la nivel local versus cel sistemic se dovedeşte a fi extrem de benefic pentru afirmaţiile ce se desprind din context.

Bibliografie

1. Adams N., *The Psychopysiology of Low Back Pain*, Churchill Livingstone, 2007, p. 205-270.
2. Alberts Bruce, Bray Dennis, Lewis Julian, Raff Martin, Roberts Keith, James D. Watson, *Molecular Biology of the cell*, second edition, Garland Publishing, Inc. New York & London, 2009.
3. Botez Mihai, Emil Anton, Adrian Juverdeanu, Ioan Pârvulescu, *Laserterapie clinică,* Iaşi: Editura Bucovina, 2011.
4. Boyd S., *Laser Surgery of the Eye, Highlights in Ophthalmology*, 2013.
5. Bojor Ov., Alexan M., *Plantele medicinale de la A la Z*, Bucureşti: Editura Ulpia Traiana, 2008.
6. Botez Mihai, Pârvulescu Ioan, Florin G. Frunză, Constantin Rotaru, *Homeopatia în tratamentul bolii Alzheimer*, Iaşi: Editura PIM, 2005.
7. Botez Mihai, Frunză F. George, Donţu Viorel, Manu M. Daniela, Radu Mihaela, Pârvulescu Ioan, (*Bio)laserterapie integrală,* Iaşi: Editura PIM, 2005.
8. C. Dimoftache, S.Herman, *Biofizică medicală*, Bucureşti: Editura Cerma, 1996.
9. Drăgănescu Mihai, *Informaţia materiei*, Bucureşti: Editura Academiei Române, 2009.
10. Filip Ciubotaru Florina, Botez V. Mihai, Anastasiu Gabriela, Bodnar Vasile, *Fitoterapia si implicaţiile stresului oxidativ în patologia umană*, Iaşi: Editura Junimea, 2006.
11. Geiculescu T., Virgil, *Bioterapie*, Bucureşti: Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, 2007.

Prezentat la 26.08.2013

Mihai Botez,
tel. +40741190974

TEZE
ALE COMUNICĂRILOR
ÎN EPIDEMIOLOGIE,
MICROBIOLOGIE
ŞI VIRUSOLOGIE

REALIZAREA PROGRAMULUI NAŢIONAL DE IMUNIZĂRI ÎN CONTEXTUL PROTECŢIEI ŞI FORTIFICĂRII SĂNĂTĂŢII PUBLICE

(pe modelul raionului Râşcani)

Vergil MANOLE, Alexandru GABUJA,
Centrul de sănătate publică Râşcani

Realizarea celor trei Programe Naţionale de Imunizări precedente, în perioada 1994-2010, în raionul Râşcani, a contribuit la fortificarea şi menţinerea stabilă la nivel înalt (de 95-99%) a acoperirii vaccinale, la ameliorarea calităţii serviciilor de imunizare, la asigurarea satisfăcătoare cu vaccinuri şi alte consumabile, la îmbunătăţirea calităţii serviciilor de imunizare şi la implementarea mijloacelor de informatică în monitorizarea acoperirii vaccinale. Ca urmare, în ultimii 20 de ani, în raion n-au fost înregistrate cazuri de tetanos, poliomielită, hepatită virală B, forme generalizate de tuberculoză la copii, rujeolă, rubeolă, difterie, tuse convulsivă. În anul 2008, a fost stopată epidemia de oreion, în care au fost implicaţi 338 de bolnavi, majoritatea din ei fiind din grupa de vârstă 15-22 de ani (88,05%), vaccinaţi anterior numai cu o singură doză de vaccin antiparotiditic.

Elaborarea celui de-al patrulea Program Naţional de Imunizări, pentru anii 2011-2015, este un pas înainte în perfecţionarea serviciilor de imunizare a populaţiei şi în asigurarea siguranţei epidemiologice a ţării. În realizarea cu succes a obiectivelor trasate de program, îşi aduce aportul şi serviciul de supraveghere de stat a sănătăţii publice raional Râşcani, prin organizarea şi mobilizarea asistenţei medicale primare şi celei spitaliceşti în acordarea serviciilor de imunizare populaţiei şi prin asigurarea supravegherii epidemiologice permanente a indicilor cantitativi şi calitativi de acoperire vaccinală contra celor 11 infecţii dirijabile la moment.

Prin ordinul IMSP CMF Râşcani este stabilită admiterea la activităţile de imunizare doar a personalului medical instruit în domeniu, cu testarea anuală a cunoştinţelor şi efectuarea imunizărilor în instituţiile medicale. Anual, în lunile noiembrie–decembrie este organizată campania de planificare a vaccinărilor, precedată de pregătirea teoretică şi practică a medicilor de familie şi a asistentelor lor medicale pentru efectuarea acestei campanii. O deosebită atenţie se acordă evidenţei depline a populaţiei prin verificarea fiecărei persoane nominal (născut, deces, plecat, sosit, transferat în alt sector).

O sarcină prioritară este evidenţa copiilor lăsaţi, de către un părinte sau de ambii părinţi plecaţi peste hotare, în îngrijirea altor persoane. Conform statisticilor oficiale şi celor neoficiale, 40,0% din populaţia aptă de muncă se află la lucru peste hotarele ţării. În 2004, conform unor date de la Ministerul Educaţiei, numărul copiilor ai căror părinţi erau plecaţi peste hotare constituia 23.000, iar al celor cu un singur părinte plecat în străinătate era mult mai mare; la circa 25,0% din elevii şcolilor secundare profesionale din Republica Moldova unul sau ambii părinţi se află la lucru în alte state.

Concomitent cu verificarea populaţiei, sunt actualizate şi datele despre imunizări în documentaţia medicală de evidenţă a lor: registrul de evidenţă a vaccinărilor F-63-1/e, registrul de evidenţă lunară a activităţilor de imunizare F-63-2/e, certificatul de vaccinare F-63-3/e şi fişa medicală de dezvoltare a copilului F-112.

Planificarea vaccinărilor se efectuează pentru toată populaţia localităţii concrete, indiferent de faptul la ce medic de familie e înscrisă persoana. În localităţile mari, cu 2000 şi mai multă populaţie, în care activează 2 şi mai mulţi medici, planificarea este efectuată atât pe sectorul fiecărui medic, cât şi în ansamblu pe localitate. E necesar de menţionat că, în ultimii ani, aportul şi responsabilitatea medicului de familie au crescut semnificativ. O altă componentă importantă a imunoprofilaxiei este stabilirea (selectarea) lunară a copiilor (persoanelor) eligibili vaccinărilor, conform vârstei şi calendarului de vaccinări, cu înscrierea lor în registrul de evidenţă lunară a activităţilor de imunizare F-63-2/e. Acest lucru este efectuat de către medicul de familie şi echipa sa în ultimele 2-3 zile ale lunii pentru luna viitoare.

La acest compartiment, o atenţie mare se acordă evidenţei copiilor nou-născuţi, sosiţi temporar sau permanent, plecaţi, celor cu contraindicaţii mai mult de 1 lună. Sunt stabilite zile de imunizări: în OS şi OMF – o zi în săptămână, în CS – 2 zile , iar în or. Râşcani – 3 zile în săptămână.

La primele vizite ale medicului de familie şi asistentei medicale la domiciliul nou-născutului şi la prima vizită a părinţilor în instituţia medicală, le sunt explicate beneficiile, necesitatea şi calendarul vaccinărilor. Vaccinările sunt efectuate cu acordul informat al părinţilor de către asistentele medicale responsabile de serviciile de imunizări, strict în cabinetele (punctele) de vaccinări. Fiecare copil, adolescent, adult identificat pentru imunizare este examinat preventiv de medicul de familie, cu reflectarea stării de sănătate în fişele medicale F-112 şi F-25 şi cu permisiunea imunizării. După administrarea preparatului vaccinal, fiecare persoană vaccinată se află sub supraveghere timp de 30 min. în incinta instituţiei medicale. În maternitate, unde copilul este vaccinat contra tuberculozei BCG şi cu prima doză de Hep.B, datele despre aceste imunizări sunt fixate

în fişa nou-născutului şi în certificatul de imunizare F-63-2/e (eliberat mamei la externare). În instituţiile de asistenţă medicală primară (CS, OMF, OS), datele despre vaccinări sunt înregistrate în 4 documente medicale (F-112, F-63-1/e, F-63-2/e, F-63-3/e).

În raion, toate centrele de sănătate, oficiile medicului de familie şi unele oficii de sănătate sunt dotate cu frigidere pentru păstrarea preparatelor imunobiologice, precum şi cu termocontainere şi pungi pentru gheaţă pentru transportarea lor de la centrul de sănătate publică la instituţia primară. De asemenea, sunt aprovizionate cu fişe nr. 2 de evidenţă a stocului de vaccinuri F-399-2/e şi fişe nr. 3 de comandă lunară a stocului de vaccinuri şi de înregistrare a regimului de temperatură în frigider.

Fişele nr. 3 se completează zilnic de 2 ori (dimineaţa şi la sfârşitul zilei de lucru), fixându-se indicatorii de temperatură din frigider în două exemplare, şi la sfârşitul fiecărei luni de raportare, completându-se cu date despre restul de doze la începutul lunii. Numărul de persoane ce necesită imunizare este prezentat odată cu darea de seamă privind vaccinările preventive F-5, până la data de 5 a lunii de raportare. Odată cu prezentarea dării de seamă, sunt eliberate şi preparatele vaccinale, respectându-se cerinţele „lanţului rece".

Centrul de sănătate publică, dotat cu 4 frigidere şi cu un congelator pentru păstrarea vaccinului poliomielitic, zilnic, de 2 ori pe zi, efectuează termometria congelatorului şi frigiderelor în fişele nr. 3. De asemenea, sunt monitorizate indicatoarele de îngheţ. Lunar, atât frigiderele şi congelatorul din centrul de sănătate publică, cât şi frigiderele din maternitate şi instituţiile de asistenţă medicală primară sunt dezgheţate şi curăţate, pentru a le asigura o funcţionare stabilă.

În maternitate şi în toate instituţiile de AMP ce acordă servicii de imunizare, sunt create condiţiile necesare de efectuare a vaccinărilor, sunt amenajate şi dotate cu remedii medicamentoase anti-şoc şi cu alte consumabile cabinete speciale pentru imunizări. E necesar de menţionat că atât copiilor, cât şi adulţilor imunizările le sunt efectuate strict în condiţiile instituţiilor medicale, unde sunt respectate cerinţele de aseptică şi antiseptică, de acordare a asistenţei medicale în caz de reacţii nedorite, de supraveghere a persoanelor imunizate. Totodată, în condiţiile instituţiilor medicale părinţii, adulţii "văd pe viu" şi percep condiţiile de păstrare şi mânuire a vaccinurilor, a altor consumabile (seringi, pipete poliomielitice, pungi pentru gheaţă, cutii de colectare a seringilor autoblocante, amenajarea măsuţei de vaccinare, efectuarea supravegherii postvaccinale (30 min.). Toate acestea sunt factori de încredere în necesitatea vaccinărilor şi în beneficiile lor.

E cunoscut deja faptul că supravegherea şi evaluarea realizării Programului Naţional de Imunizări sunt prerogative ale serviciului de supraveghere de stat a sănătăţii publice. În acest context, în raion se întreprind măsurile necesare, prevăzute de program în acest domeniu. Monitorizarea îndeplinirii planului de imunizări, a acoperirii vaccinale a grupelor de vârstă ţintă, a utilizării vaccinurilor şi altor consumabile este efectuată lunar şi cumulativ pentru alte perioade de timp – 3, 6, 9, 12 luni – prin folosirea calculatorului. Supravegherea pasivă permite de a aprecia indicii cantitativi de acoperire vaccinală a populaţiei pe localităţi, sectoare medicale, raion, atât pe unele nosoforme de imunizări, cât şi în ansamblu, conform F-5 de utilizare a vaccinurilor şi altor consumabile. Această supraveghere serveşte, în unele cazuri, drept semnal pentru aplicarea unor măsuri de intervenţie, de trecere la supravegherea activă, de control.

Prin supravegherea pasivă de control sunt apreciaţi indicii calitativi de imunizare: evidenţa şi recensământul populaţiei, planificarea corectă, plenitudinea şi veridicitatea vaccinărilor, respectarea calendarului de vaccinări, mânuirea vaccinurilor şi a altor consumabile, respectarea „lanţului rece", administrarea corectă a vaccinurilor (doză, loc), evidenţa vaccinurilor în registrele respective (F112, F 63 1/e, F 63 2/e, F 63 3/e), respectarea termenelor de valabilitate a preparatelor, utilizarea lor raţională, gestionarea deşeurilor periculoase produse în cabinetele de vaccinări (seringi, fiole de sub vaccinurile vii BCG, VPO), familiarizarea părinţilor copiilor, adulţilor cu necesitatea vaccinărilor, cu beneficiile şi prejudiciile lor în instituţiile medicale, preşcolare, preuniversitare. Se efectuează controlul prevederilor articolului 52 alin. 6 al *Legii RM privind supravegherea de stat a sănătăţii publice* nr. 10-XV1 din 03.02.2009.

Sunt bine-venite, utile în aprecierea stării reale privind acordarea serviciilor de imunizare controalele inopinate în instituţiile medicale. În raion, aceste acţiuni de control se efectuează în echipă: medicul-epidemiolog, asistenta medicului şi specialistul principal al CMF în domeniul protecţiei sănătăţii mamei şi a copilului şi/sau vicedirectorul medical CMF. În toate cazurile de control, rezultatele sunt discutate cu medicii de familie şi asistentele lor. Practic, toate instituţiile medicale primare din raion şi maternitatea IMSP Spitalul raional Râşcani sunt supuse acestor controale minimum de 2 ori pe an.

Contează mult aportul medicului-neonatolog din maternitate şi al medicului de familie în explicarea şi convingerea părinţilor, altor grupe de populaţie de necesitatea şi beneficiile vaccinărilor şi în cultivarea responsabilităţii faţă de sănătatea proprie.

În ultimul timp, cu regret, este în creştere numărul refuzurilor categorice la imunizări, un „aport" în acest sens este adus atât de mass-media, cât şi de biserică.

De asemenea, în ultimii 2 ani creşte numărul copiilor de 1-5 ani care se întorc din alte ţări fără date de imunizări şi/sau cu nerespectarea calendarului.

În concluzie, menţionăm faptul că baza bunei stări epidemiologice privind grupa infecţiilor prevenibile prin vaccinări în protecţia sănătăţii publice, precum şi în siguranţa statului este asigurată de plenitudinea, calitatea şi veridicitatea imunizărilor.

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MORBIDITĂŢII PRIN SALMONELOZE ÎN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

Zinaida COVRIC[1], Olga SOFRONIE[1], Vasile SOFRONIE[2], Mihail ŢURCANENCO[2],
[1]Centrul de Sănătate Publică Municipal Chişinău,
[2]Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Răspândirea vastă a salmonelozei în majoritatea ţărilor europene, nivelul înalt de morbiditate care persistă neschimbat în ultimii 10 ani, consecinţele economice şi morale determină actualitatea acestei maladii pentru sistemul sănătăţii publice. Începînd cu anul 1987, incidenţa prin salmoneloze este în continuă ascensiune. Totodată, polimorfismul manifestărilor clinice şi frecvenţa înaltă a portajului conduc la nedepistarea cazurilor ce favorizează circulaţia sporită a agenţilor patogeni. Circulaţia intensă a numeroaselor serotipuri de salmonele este condiţionată, în primul rând, de gradul înalt de contaminare a animalelor şi a păsărilor.

Mai frecvent, cazurile de salmoneloză sunt interpretate ca sporadice, fără a stabili realitatea unor erupţii epidemice cu factori de transmitere comuni, lucru care explică proporţia minimă a morbidităţii în grup faţă de totalitatea cazurilor de salmoneloză.

Analiza epidemiologică a situaţiei privind salmoneloza în mun. Chişinău şi compararea rezultatelor obţinute au fost efectuate pe baza datelor oficiale din: Rapoartele statistice F-2 *Privind bolile infecţioase şi parazitare*, Registrele de boli infecţioase f.060, fişele de evaluare epidemiologică f.362/e *Fişa de anchetare epidemiologică a focarului de boală infecţioasă*, rezultatele investigaţiilor de laborator. Au fost folosite metode tradiţionale de analiză epidemiologică retrospectivă şi de prelucrare statistică a rezultatelor.

Trebuie menţionat faptul că, pe parcursul anilor, morbiditatea prin salmoneloză în mun. Chişinău are tendinţă de creştere, în perioada 2000-2012, incidenţa variind între 23,85 şi 49,23 cazuri la 100000 populaţie.

Pe parcursul anilor, intensitatea morbidităţii prin salmoneloze diferă. O intensitate sporită a fost atestată în anii 2001, 2006, 2010 şi 2012, şi invers, o intensitate joasă – în anii 2000 şi 2002.

Morbiditatea prin salmoneloză este mai pronunţată pentru *Salmonella enteritidis*, păstrându-şi capacitatea de a provoca izbucniri epidemice. Numai în perioada 1997-2012, în mun. Chişinău au fost înregistrate 39 de izbucniri epidemice prin *S. enteritidis*.

În anul 2012, au fost înregistrate 6 izbucniri de salmoneloze, fiind transmisă în toate cazurile pe cale alimentară. Se atestă o tendinţă de creştere a izbucnirilor epidemice la întreprinderile de profil alimentar, începând cu anul 2004. Factorii de transmitere, în majoritatea cazurilor, sunt ouăle şi produsele din carne.

În structura etiologică a izbucnirilor de salmoneloză, *S. enteritidis* este urmată de *S. typhimurium* – 31%, apoi de alte salmonele – 10%.

Cauzele principale de apariţie a izbucnirilor de salmoneloză sunt: achiziţionarea materiei prime infectate, prelucrarea preliminară insuficientă a produselor suspecte, contaminarea secundară a produselor incriminate în condiţii de încălcare a fluxului tehnologic; implicarea în procesul de preparare a bucatelor şi deservire a clienţilor a persoanelor-purtătoare de germeni patogeni; depistarea şi izolarea tardivă a personalului bolnav; folosirea în alimentaţie a bucatelor rămase după ceremonii, încălcarea regulilor de igienă personală de către lucrători, implicarea personalului din afară în prepararea bucatelor fără examen medical şi instruire igienică.

Rezultatele analizei nivelului incidenţei în diferite grupe de vârstă denotă că ponderea copiilor de 0-17 ani constituie 48,3% din morbiditatea totală prin salmoneloze. Se atestă o majorare a morbidităţii în grupele de vârstă 18-29 de ani de la 31,1 în anul 2007 până la 42,3 cazuri la 100000 populaţie în 2012. Morbiditatea se menţine la un nivel înalt şi în grupele de vârstă 30-39 ani şi 50-59 ani. În 2012, se observă o majorare bruscă a morbidităţii prin salmoneloză şi la persoanele mai în vârstă de 65 de ani, de la 10,6 până la 43,6 cazuri la 100000 populaţie.

În rezultatul studierii fişelor de investigare epidemiologică din focarele de salmoneloze, au fost determinaţi principalii factori de transmitere. Pe prim-plan s-au plasat produsele din ouă (44,0%), preparatele culinare din carne (39,0%). Salatele, peştele, produsele de patiserie cu cremă au fost apreciate în 8,0%, 6%, 3% respectiv. Datele menţionate reflectă importanţa produselor alimentare în realizarea mecanismului de transmitere în salmoneloze. Moni-

torizând calitatea produselor, laboratorul Centrului de Sănătate Publică mun. Chișinău, a stabilit că cele mai contaminate sunt articolele din carne (48,7%), produsele de patiserie cu cremă (21,0%), produsele lactate (20%), salatele și gustările reci (10,3%).

În ultimii 13 ani, ca factori etiologici în salmoneloze au fost determinate următoarele specii de salmonele: *S. enteritidis*, *S. typhimurium*, *S. heidelberg*, *S. tompson*, *S. Berta*, *S. rentucci*, *S. infantis*, *S. cottus*, *S. Coumza*, *S. brandenburg*, *S. derbi*, *S. blegdam*, *S. senftenburg*.

Zinaida Covric,

Tel.: +37322574321. E-mail: zcovric@mail.ru. com

DINAMICA MORBIDITĂȚII ȘI EVOLUȚIA SALMONELOZELOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA, ANII 2009-2011

Vasile BORTĂ, Ecaterina NEICOVCENA, Elena CAPAȚINA, Natalia FLOREA, Emilia ȚÎMBALARI,
Catedra *Microbiologie, Virusologie și Imunologie*,
USMF *N. Testemițanu*

Actualitatea temei. Până în prezent *Salmonella* continuă să fie o cauză majoră a infecţiilor intestinale alimentare în multe ţări. Morbiditatea cauzată de *Salmonella* în lume rămâne actuală și foarte răspândită, astfel că în prezent nicio ţară nu-și pune sarcina de lichidare a acesteia, ci doar de reducere a incidenţei și limitare a răspândirii agentului patogen din principalele surse de infecţie.

În SUA, în fiecare an se îmbolnăvesc cu salmoneloză 1,4 milioane de persoane și se atestă aproximativ 400 de cazuri de deces. Situaţia epidemiologică în salmoneloză rămâne nefavorabilă atât în ţările Uniunii Europene, cât și în CSI, inclusiv în ţările vecine – România și Ucraina.

Indicii morbidităţii prin salmoneloze la 100 mii populaţie sunt următorii:

- UE în anul 2009 – 29,7$^0/_{00}$; în 2010 – 23,6$^0/_{00}$; în anul 2011 – 21,5$^0/_{00}$.
- Federaţia Rusă – indicii morbidităţii la 100 mii populaţie sunt următorii: în 2009 – 35,2$^0/_{00}$; în 2010 – 35,73$^0/_{00}$; în anul 2011 – 36,13$^0/_{00}$.
- România – indicii morbidităţii la 100 mii populaţie sunt: în anul 2009 – 5,1$^0/_{00}$; în anul 2010 – 6,0$^0/_{00}$.
- Ucraina – acești indici sunt: în 2009 – 23,6$^0/_{00}$; în 2010 – 35,1$^0/_{00}$; în anul 2011 – 31,6$^0/_{00}$.

În structura etiologică a salmonelelor, în UE (anul 2010), ca și în Moldova, predomină *S. Enteritidis* (64% – 68%) și *S. Typhimurium* (26% – 29%). În Republica Moldova, se atestă o agravare a situaţiei epidemiologice în bolile diareice acute (BDA), inclusiv salmoneloze prin înregistrarea izbucnirilor epidemice (cu 5 cazuri şi mai mult) și apariţia focarelor multiple (cu 2-4 cazuri), determinate de folosirea în consumul alimentar a produselor de origine animală nesigure. În răspândirea BDA, 70-80% îi revine căii alimentare de transmitere. Pe primul loc între produsele ce cauzează izbucniri de salmoneloză predomină ouăle și produsele din ouă – 43,7%, apoi produsele de cofetărie – 14,4%, produsele mixte – 12,3%, carnea de pasăre și de porc – câte 5,3%, carnea de bovină – 4,7%.

Morbiditatea totală prin BDA în 2009 a constituit 488,4 $/_{00}$ la 100 mii populaţie, în 2010 – 500,1$^0/_{00}$, în 2011 – 517,1$^0/_{00}$, deci cu 3,4% mai mult, comparativ cu anul 2010.

Creșterea morbidităţii prin aceste maladii se prelungește și în 2012. Pe parcursul a 8 luni ale anului 2012, morbiditatea prin BDA s-a majorat cu 9,1%, comparativ cu 8 luni ale lui 2011. Majorarea morbidităţii se manifestă la majoritatea formelor nosologice de BDA (salmoneloză, dizenterie, alte BDA, infecţia rotavirală), în majoritatea teritoriilor administrative ale ţării.

Scopul: studierea dinamicii morbidităţii și evoluţiei salmonelozelor în Republica Moldova.

Materiale și metode. Pentru efectuarea studiului au fost analizate paşapoartele statistice referitoare la morbiditatea prin salmonele în Republica Moldova, în perioada 2009-2011, rezultatele activităţii Centrului Naţional de Sănătate Publică, secţia Bacteriologia și epidemiologia bolilor extrem de contagioase și securitatea biologică.

Rezultate obţinute. Pe parcursul perioadei 2009-2011, s-a observat o creștere nesemnificativă a tulpinei de *Salmonella* din anul 2009 (1034) până în 2010 (1052) și o scădere bruscă în 2011 (957) pe întreg teritoriul Republicii Moldova. În comparaţie cu *Shigella* și *E. Coli pat.*, în anul 2009 pe primul loc se află *E. Coli pat.*, cu 1413 probe pozitive, pe locul doi – *Salmonella*, cu 1034 probe pozitive, pe locul trei – *Shigella*, cu 464 probe pozitive.

În anul 2010, pe locul 1 se plasează *E. Coli pat.* – 1106 probe pozitive, pe locul 2 – *Salmonella*, cu 1052 probe pozitive și pe locul 3 – *Shigella*, cu 261 probe pozitive.

În 2011, *E. Coli pat.* domină cu 1707 probe pozitive, *Salmonella* – pe locul doi, cu 957 probe pozitive, iar *Shigella* – 201 probe pozitive. S-a observat că, în comparaţie cu *Shigella*, pe parcursul anilor 2009-2011 *Salmonella* se află pe locul 1.

Natalia Florea,

Tel. 205-458, e-mail: dr.natalias@gmail.com

UNELE ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE SALMONELOZELOR ÎN RAIONUL ŞTEFAN VODĂ, ANII 2003-2012

Lidia LUCHIANOV, Valeriu BOIAN,
Centrul de sănătate publică Ştefan Vodă

Actualitatea temei. Salmonelozele sunt boli infecţioase cu răspândire universală, ce afectează omul și toate speciile de animale domestice, precum și numeroase specii de animale sălbatice.

Materiale. Pentru efectuarea studiului au fost folosite rapoartele statistice despre morbiditatea prin salmoneloze în perioada 2003-2012, în raionul Ştefan-Vodă.

Rezultate. Analiza epidemiologică a morbidităţii prin salmoneloză în dinamica multianuală constată că această infecţie se manifestă printr-o ciclicitate de 3-4 ani. În ultimii 3 ani, procesul epidemic tinde spre scădere, însă se menţine la un nivel înalt. Indicii morbidităţii în ultimii 3 ani sunt mult mai mici decât media pe ţară.

În anul 2012, morbiditatea prin salmoneloză a fost de 1,83 ori mai scăzută decât media pe republică. Cel mai înalt nivel al morbidităţii prin salmoneloză în raion a fost înregistrat în anul 2003 (56,83 cazuri la 100 mii populaţie), iar cel mai jos – în 2012 (18,13 cazuri la 100 mii populaţie).

Rezultatele analizei incidenţei prin salmoneloze în diferite grupe de vârstă denotă că în anii 2003-2012 ponderea copiilor cu vârste între 0 și 17 ani constituie 45,5%, a adulţilor – 54,5%.

Analiza morbidităţii prin salmoneloze la copii (0-17 ani) indică predominarea morbidităţii în grupa de vârstă 0-2 ani. În perioada 2003-2012, indicii intensivi medii la 1000 copii au constituit 26‰ în grupa de vârstă 0-2 ani, urmată de 6,18‰ în grupa de 3-6 ani și 2,6‰ la copiii de 7-17 ani. Ponderea medie a copiilor cu vârsta de 0-2 ani în morbiditatea totală constituie circa 26,4%, iar în morbiditatea celor de 0-17 ani – 57,14%. Grupele de vârstă 7-17 ani și 3-6 ani alcătuiesc 23,46% și, respectiv, 19,38% din numărul total de cazuri înregistrate la copii.

Analiza nivelului morbidităţii pe localităţi demonstrează că în raion sunt afectate 85% din localităţi. O incidenţă mai sporită se înregistrează atât în localităţile cu un număr mare al populaţiei, cât și în cele cu număr de populaţie redus.

Analiza morbidităţii pe lunile anului denotă că salmoneloza se caracterizează prin sezonalitate. Cele mai multe cazuri sunt înregistrate în perioada caldă a anului. Creșterea sezonieră a fost înregistrată în lunile mai – octombrie, atingând valori maxime în luna iulie.

În perioada de studiu au fost înregistrate peste 20 de focare cu cazuri multiple, ceea ce înseamnă un potenţial epidemic înalt al salmonelozelor. Cauza apariţiei focarelor cu cazuri multiple sunt deficienţele în respectarea procesului tehnologic de pregătire și comercializare a produselor alimentare.

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MORBIDITĂȚII PRIN INFECȚIA CU ROTAVIRUS ÎN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

Zinaida COVRIC[1], Vasile SOFRONIE[2], Victoria VACARI[2], Alexandru CARABADJAC[2], Mariana CARABADJAC[2],
[1]Centrul de Sănătate Publică Municipal Chișinău,
[2]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemiţanu*

Introducere. Rotaviroza este cauza principală a deshidratării prin diaree la copii, în special cu vârste între 2 și 3 ani, fiind semnalată în toate ariile geografice, inclusiv în ţările dezvoltate. În SUA, cercetările epidemiologice din ultimii ani au evidenţiat faptul că, din cei 3,9 milioane nou-născuţi, 3,5 milioane prezintă cazuri de gastroenterite provocate de rotavirusuri. Anual, sunt necesare peste 500.000 de consultaţii, iar în 50.000 de cazuri este nevoie de spitalizare.

În Asia, Africa, America Latină se înregistrează anual aproximativ 3-5 miliarde de cazuri de rotaviroză, iar 5-10 milioane se soldează cu decese.

În întreaga lume, pentru cei 130 milioane de nou-născuţi, se raportează anual peste 100 milioane de episoade de gastroenterită, dintre care 16 milioane sunt cazuri severe, urmate de 600.000–900.000 de decese.

Încă în 1989, specialistii OMS atenţionau asupra faptului că infecţia cu rotavirus constituie o cauză majoră a diareii cu deshidratare severă la copiii mici din ţarile industrializate, determinând 40-60% din totalul spitalizărilor. În ţarile în curs de dezvoltare, deși predomină diareea cu alte etiologii, rotavirusurile sunt cauza a 20-40% din îmbolnăvirile severe la copii. După o incubaţie de 2-7 zile, invazia se caracterizează printr-un debut brusc în 1 din 50 de cazuri, cu vărsături, diaree apoasă, abundentă și explozivă, febră și tendinţă de apariţie rapidă a deshidratării și a acidozei. După o evoluţie cu o durată medie de 4-8 zile, în funcţie de momentul depistării și instituirii terapiei, bolnavii trec printr-o convalescenţă de câteva zile, cu revenire treptată la normal. În formele clinice severe, se pot înregistra decese sau o convalescenţă prelungită.

OMS recomandă introducerea vaccinului în toate programele naţionale de imunizare. Documentul de poziţie actualizat include următoarele recomandări ale OMS:

- Vaccinul împotriva infecţiei cu rotavirus trebuie inclus în toate programele naţionale de imunizare şi să fie considerat o prioritate, în special în ţările cu frecvenţă înaltă a mortalităţii prin rotaviroză.
- Utilizarea de vaccinuri împotriva infecţiei cu rotavirus ar trebui să fie parte a unei strategii cuprinzătoare, pentru a controla bolile diareice, cu creşterea atât a prevenţiei (promovarea alăptării exclusive şi timpurii, spălarea mâinilor, aprovizionare cu apă şi canalizare), cât şi a tratamentului.
- Planurile pentru introducerea de vaccinuri împotriva infecţiei cu rotavirus ar trebui să fie luate în consideraţie în epidemiologia bolii la vârstă reală de vaccinare evaluarea impactului estimat asupra sănătăţii publice şi tvaluarea riscurilor potenţiale. În plus, ar trebui să fie luate în consideraţie evaluarea cost-eficienţă, problema de accesibilitate a vaccinului, impactul financiar şi operaţional al sistemului de livrare a imunizărilor şi examinarea atentă a practicilor de imunizare actuale.
- Introducerea de vaccin împotriva infecţiei cu rotavirus ar trebui să fie însoţită de măsuri ce ar asigura o acoperire mare de vaccinare şi administrarea la timp a fiecărei doze.
- Impactul epidemiologic în urma vaccinării împotriva infecţiei cu rotavirus ar trebui să fie monitorizat.

Rezultate. Din anul 2008, în mun. Chişinău este implementată supravegherea de santinelă a infecţiei rotavirale în rândul copiilor până la 5 ani, spitalizaţi cu diaree acută. În ultimii ani, se observă o tendinţă de creştere a morbidităţii, asociată cu extinderea capacităţii investigaţiilor de laborator la rotaviroze şi includerea adăugătoare, din anul 2012, a IMSP Spitalul Clinic Municipal pentru Copii nr. 1 în supravegherea de santinelă a rotavirozelor. Cazurile au fost diagnosticate numai la copii. Numărul cazurilor de infecţie rotavirală în mun. Chişinău s-a majorat, începând cu anul 2008 – de la 17,34 până la 199,99 la 100000 locuitori în anul 2012.

Cele mai multe cazuri de infecţie rotavirală s-au înregistrat în lunile septembrie – martie, cu o scădere bruscă a cazurilor în luna noiembrie.

Grupa de risc major o reprezintă copiii cu vârste de la 1 până la 3 ani (83,29 – 86,8 cazuri la 1000 copii).

Infecţia a fost înregistrată preponderent la copiii neorganizaţi (82,6%), iar la cei organizaţi constituie 17,4%. Au fost înregistrate 48 focare multiple, inclusiv 4 izbucniri epidemice în grupe, provocate de rotaviruși, cu implicarea a 30 copii din 4 instituţii preşcolare. Au facilitat declanșarea izbucnirilor mai mulţi factori, printre care: frecventarea grădiniţelor de către copiii bolnavi, depistarea și izolarea tardivă a surselor de infecţie, nerespectarea cerinţelor igienice (suprasolicitarea grupelor, nerespectarea regimului de dezinfecţie etc.).

Din luna iulie a anului 2012, în Republica Moldova s-a început vaccinarea copiilor contra infecţiei rotavirale cu vaccinul *Rotarix*. Ca urmare, se aşteaptă o reducere a morbidităţii prin infecţia rotavirală în grupele de risc sporit de infectare, precum și reducerea generală a indicilor morbidităţii prin BDA.

Zinaida Covric,
+37322574321. E-mail. zcovric@mail.ru

ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MORBIDITĂȚII PRIN BOLI DIAREICE ACUTE ÎN RAIONUL ȘTEFAN VODĂ

Lidia LUCHIANOV, G. IURAȘCO,
Centrul de sănătate publică Ștefan Vodă

Actualitatea temei. Această grupă de maladii reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, atât prin frecvenţa înaltă, cât și prin manifestările clinice grave. Boala diareică acută (BDA) este una dintre cele mai răspândite boli infecţioase din lume. Prevalenţa a fost estimată de la 3 până la 5 miliarde cazuri pe an, dintre care de la 5 până la 10 milioane duc la deces.

Materiale. Studiul actual a inclus morbiditatea prin BDA la copii cu vârsta de până la 17 ani, înregistrate în raionul Ștefan Vodă în perioada 2008-2012.

Rezultate. Din totalul morbidităţii prin BDA, copiilor de până la 17 ani le revine 78,4%, nivelul mediu al morbidităţii fiind de 615,4‰. Morbiditatea la copii este de 3,6 ori mai înaltă comparativ cu populaţia adultă. Nivelul minim al morbidităţii prin BDA a fost înregistrat în anul 2008 și a constituit 576,9‰, iar cel maxim – în 2009, constituind 700,9‰, și este caracteristic pentru toate grupele de vârstă. Această ascendenţă este determinată de calamităţile naturale (inundaţii) ce au avut loc pe râul Nistru în anul 2009.

Urmărind procesul epidemic în bolile diareice acute, constatăm că mai frecvent sunt afectaţi copiii cu vârsta de până la doi ani. În acest contingent de vârstă sunt înregistrate 65% cazuri din totalul morbidităţii prin BDA înregistrat la copii și 50,5% cazuri din numărul total de cazuri de BDA în această perioadă. În

grupa de vârstă 3-6 ani se înregistrează 15,6% cazuri şi în grupa de vârstă 7-17 ani – 19,3% cazuri.

Concomitent, şi indicii morbidităţii în grupa de vârstă 0-2 ani constituie 99,7 cazuri la 1000 copii, în grupele de vârstă 3-6 ani şi 7-17 ani – 17,4 şi, respectiv, 6,34 la 1000 copii. De la 57,6% până la 68,6% bolnavi sunt copiii instituţionalizaţi, cauza fiind neajunsurile existente în respectarea regimului sanitaro-antiepidemic în instituţiile preşcolare.

Având în vedere specificul de viaţă al acestui contingent de copii (modul de alimentaţie, nivelul de organizare etc.), a fost analizată morbiditatea printre micuţii sub un an şi cei de 1-2 ani. A fost determinat un nivel mai înalt al morbidităţii la copiii de până la un an. Din totalul de cazuri înregistrate la copii în perioada 2008-2012, 56,6% cazuri revin celor sub un an şi 43,3% – copiilor cu vârsta de 1-2 ani, indicii morbidităţii fiind de 174,5 şi, respectiv, 64,2 la 1000 copii.

Copiii cu vârsta de până la 2 ani pot fi consideraţi o grupă de risc pentru BDA şi necesită o atenţie deosebită în procesul organizării activităţilor de profilaxie.

STRUCTURA ETIOLOGICĂ A AGENŢILOR PATOGENI ÎN DISMICROBISMUL INTESTINAL

N. FLOREA[1], E. CAPAŢINA[1], E. NEICOVCENA[1], M. TIMOŞCO[2],
[1]Catedra *Microbiologie, Virusologie şi Imunologie*, USMF *N. Testemiţanu*,
[2]Institutul de Fiziologie şi Sanocreatologie al AŞM

Actualitatea temei. Actualmente, printre copii şi adulţi au o răspândire largă dismicrobismul şi disfuncţiile intestinale diareice de etiologie bacteriană. Unele dintre cauzele principale ale acestora sunt contaminarea mediului ambiant cu agenţi microbieni ce cauzează maladii intestinale şi influenţa stresogenă excesivă. Flora microbiană intestinală este partea componentă a sistemului ecologic unic al macroorganismului, ea îndeplineşte rolul de indicator al stării sănătăţii lui. De aceea, dereglarea nivelului ei numeric şi calitativ sau de specie contribuie la dezvoltarea disfuncţiilor intestinale diareice, uneori cu urmări letale. Luând în consideraţie cele expuse, problema menţinerii bacteriocenozei intestinale la nivel optim, caracteristic pentru organismul uman, rămâne a fi actuală.

În ultimul timp, în rezultatul situaţiei socioeconomice şi ecologice nefavorabile, hipo- şi avitaminozelor, antibiotico-, hormono- şi chimioterapiei neraţionale, încălcărilor în alimentaţie, se observă răspândirea largă a manifestărilor disbiotice ale cavităţii bucale, pielii, intestinului. Se atrage atenţia asupra rolului lactobacteriilor în profilaxia cancerului intestinal. Problema dereglărilor biocenozei intestinului la copii este una dintre cele mai actuale, mai ales la copiii mici, inclusiv în perioada de nou-născut. Rezultatele studiilor ştiinţifice contemporane indică prezenţa dismicrobismului intestinal de gradele I-II la 50% de sugari sănătoşi, iar de gradele III-IV – la 20-25% din copii.

Scopul: determinarea agenţilor patogeni care au prevalat în starea de dismicrobism intestinal, în cercetările efectuate pe anii 2011, 2012, în Centrul Naţional Ştiinţifico-Practic de Medicină Preventivă, secţia *Bacteriologia şi Epidemiologia bolilor extrem de contagioase şi securitatea biologică*.

Materiale şi metode. Probele au fost colectare înaintea utilizării preparatelor antimicrobiene. În cercetare au fost utilizate probele de materii fecale în cantitate de 1,0 g, diluate şi omogenizate cu 9,0 ml de soluţie fiziologică. Ulterior, probele au fost însămânţate pe mediile nutritive diferenţiale şi de diagnostic, aşa ca: Endo, Cistovici, geloză sânge, Saburo, geloză salină cu gălbenuş de ou, geloză lactobac., mediul tioglicolic. Coloniile suspecte lactozo-negative au fost multiplicate şi replicate pe mediile Hiss, pentru identificarea biochimică. La fel, a fost determinată sensibilitatea la preparatele antimicrobiene prin metoda difuziunii discurilor. Pentru ca ulterior terapia antimicrobiană să fie efectivă, este necesar de indicat un tratament raţional, conform sensibilităţii la antibiotice.

Rezultate. Structura agenţilor etiologici, provocatori ai stării de dismicrobism intestinal, ce au fost determinaţi în anul 2011 în CNŞP EBEC şi SB: în total au fost efectuate 272 de analize: *E. Coli* – 119, *E. coli patogene* – 58, *Staphylococus aureus* – 41, *Staphylococus sp.* – 15, *Candida albicans* – 46, *Enterobacter spp.* – 16, *Klebsiella sp.* – 17, *Kpebsiella pneumonie* – 18, *Edwardsiella tarda* – 2, *Proteus sp.* – 8, *Citrobacter freundi* – 7, *Enterica gr. 57* – 6, *Kluyvera cryocrescens* – *9, Serratia spp.* – *11, Cedaceea sp.* – 0, *Pseudomon aeruginosa* – 8, *Morganella morgani* – 4. Numărul total de agenţi patogeni – 390.

Structura agenţilor etiologici, provocatori ai stării de dismicrobism intestinal, care au fost determinaţi în anul 2012 în CNŞP EBEC şi SB: în total au fost efectuate 247 de analize: *E. Coli* – 122, *E. coli patogene* – 122, *Staphylococus aureus* – 60, *Staphylococus sp.* – 14, *Candida albicans* – 70, *Enterobacter spp.* – 30, *Klebsiella sp.* – 24, *Kpebsiella pneumonie* – 7, *Edwardsiella tarda* – 1, *Proteus sp.* – 6, *Citrobacter freundi* – 20, *Enterica gr. 57* – 4, *Kluyvera cryocrescens* – *13, Serratia spp.* – *11, Cedaceea sp.* – 8, *Pseudomon aeruginosa* – 3, *Morganella morgani* – 2. Numărul total de agenţi patogeni – 422.

În perioada 2011-2012, în CNSP EBEC şi SB, la copiii de vârsta 0,1-1 an s-au depistat 145 de probe, ceea ce constituie 32,7% din toate analizele făcute în dismicrobism.

Concluzii

1. Cea mai frecventă a fost asociaţia dintre 2 agenţi patogeni – *Candida albicans* şi *Staphilococus aureus*.

2. Cele mai multe probe (32,7%) au fost depistate la copiii de vârsta 0,1-1 an.

3. O diferenţă semnificativa între femei (247 probe) şi bărbaţi (270 probe) nu a fost observată.

PARTICULARITĂŢILE CLINICO-EPIDEMIOLOGICE ALE INTOXICAŢIEI ALIMENTARE CU TOXINE DIN MICELII GENUL *ASPERGILLUS* A UNUI GRUP DE ELEVE DIN GIMNAZIUL S. PĂNĂŞEŞTI, R. STRĂŞENI

C. MOROLA[1], Maria ROŞCA[1], V. SLUSARI[2], S. CERNAT[1], L. CALANCEA[1],
[1]Centrul de sănătate publică Străşeni,
[2]Centrul Naţional de Sănătate Publică

Introducere. În perioada 1992–2012, în republică, anual se înregistrau de la 10 până la 35 izbucniri epidemice de boli diareice acute (BDA), majoritatea (50–90% în diferiţi ani) – cu calea alimentară de transmitere .

În structura agenţilor etiologici predomină salmonelele (*S. typfimurium, S. enteritidis*), şigele (majoritatea *Sh. Sonne* biovarele 2e şi 2g), agenţi condiţionat patogeni (ACP; majoritatea – *St. aureus, Klebsiella, Citrobacter*), în unele cazuri Y. enterocolitică. Din anul 2010 au apărut izbucniri provocate de infecţia rotavirală (IRV).

Totuşi, în această perioadă nu au fost înregistrat niciun caz de izbucniri provocate de micelii genul *Aspergillus*. Respectiv, cazul examinat mai jos poate fi apreciat ca „atipic" pentru republică, cu particularităţi clinico-epidemiologice şi prezintă interes pentru specialiştii din sănătatea publică.

Materiale şi metode. Pentru efectuarea studiului, au fost folosite rapoartele statistice oficiale, rezultatele anchetării epidemiologice. Au fost utilizate metode tradiţionale de analiză epidemiologică.

Rezultate. Începând cu ora 13, în ziua de 17.05.2012, în CSP Străşeni a fost primită informaţia din CS Pănăşeşti despre înregistrarea a 6 cazuri de intoxicaţie alimentară printre elevii gimnaziului din localitate, cu următoarele simptome clinice: dureri în burtă, slăbiciune, cefalee, greţuri, vomă, febră 37-37,5°.

Echipa din CSP Străşeni a început ancheta epidemiologică la faţa locului la ora 13:40 în aceeaşi zi. S-a stabilit că 35 de elevi din gimnaziul s. Pănăşeşti au consumat, între orele 10 şi 10:20, la 17.05.2012, bomboane în formă de pastile de culorile albă şi cafenie, cu miros de ciocolată, procurate din bufetul gimnaziului, aprovizionat de ÎI *Maria Chintea*.

Documente de provenienţă şi termenul de păstrare a bomboanelor lipseau, iar directoarea întreprinderii n-a dorit categoric să dezvăluie această informaţie. Bomboanele au fost comercializate numai la data de 17.05.2012, într-o cantitate până la 500 grame. Din explicaţia consumatorilor de bomboane, ultimele aveau un gust suspect de detergenţi şi aveau termenul expirat.

Prima adresare a elevilor cu clinică de intoxicaţie alimentară a fost la punctul medical al şcolii. Asistenta medicală a solicitat ajutor de la CS Pănăşeşti. Asistenţa medicală primară a inclus spălături gastrice. A fost solicitată asistenţa de urgenţă pentru spitalizarea elevelor. În total, în ziua de 17-18.05.2012 au fost spitalizaţi 12 elevi (34,3%), din cei 35 care au consumat bomboane.

Tabloul clinic în intoxicaţia cu micotoxine (aflatoxine) înregistrată la 12 copii se caracterizează prin:

- perioadă prodromală scurtă – 1-2 ore (30 minute la 2 paciente, 1-1,5 ore la 5 paciente, 2 ore la 4, mai mult de 2 ore la o pacientă);
- disconfort în epigastru la toate pacientele. Starea clinică a debutat cu greţuri, slăbiciune, dureri abdominale, cefalee la toate 12 eleve, febră – numai în ziua îmbolnăvirii – 37,4°-37,5° – la 5 paciente, 38° – la 2, vomă – la 5 paciente, scaun lichid de 1-2 ori la 4, vertiji la o pacientă, ea a indicat şi dureri în extremităţi, care au dispărut odată cu perfuzia de lichid pentru dezintoxicare;
- la 9 paciente s-au menţinut dureri moderate în epigastru pe parcursul a 3-4 zile, la o pacientă – în ziua a 5-a;
- analizele paraclinice de laborator s-au manifestat prin schimbări în starea generală a sângelui – creşterea cu 5 unităţi a VSH la 2 bolnave, leucocitoză de 10,7 la o pacientă. În urină la 8 paciente erau prezente mucozităţi, epiteliu plat în cantităţi mari. În proba Niciporenko, la 2 bolnave numărul de leucocite a fost de 1200-3500. În coprogramă, la 2 paciente erau prezente mucozităţi, la 5 – amidon.

Din cei 12 bolnavi, la internarea în staţionar la 8 s-a stabilit forma gravă a bolii, la 4 – forma medie.

În rezultatul cercetărilor epidemiologice, cu stabilirea debutului acut al bolii la eleve după o perioadă minimă de incubaţie de o oră, în anamneză – consumul de bomboane procurate în aceeaşi perioadă de timp, cu predominarea simptomelor: dureri abdominale, slăbiciune, cefalee, greţuri, vomă, febră de la 37-37,8º, comisia a stabilit că printre elevii gimnaziului a avut loc o intoxicaţie în grup, posibil de origine mixtă, microbiană sau micotică.

Reieşind din cele menţionate – debutul acut al bolii la toate 12 eleve, prezenţa în anamneză a consumului de bomboane procurate în bufetul gimnaziului, posibil afectate de micele gen *Aspergillus*, fapt confirmat prin analizele de laborator din masele vomitante, masele fecale şi din lavajele de pe suprafeţele inventarului bufetului gimnaziului, tabloul clinic asemănător la toate 12 eleve, se poate concluziona că printre elevii gimnaziului s. Pănăşeşti, la 17.05.2012 a avut loc o intoxicaţie alimentară de origine micotică *Aspergillus*, cu tablou clinic manifestat prin gastrită acută eritematoasă, nefrită interstiţială infecţioasă tranzitorie, colită infecţioasă.

IMPACTUL FACTORILOR ALIMENTARI ŞI MICROBIENI ASUPRA SĂNĂTĂŢII SISTEMULUI DIGESTIV

Tudor STRUTINSCHI, Maria TIMOŞCO,
Institutul de Fiziologie şi Sanocreatologie al AŞM

Actualitatea temei. Actualmente se cunoaşte că asupra sistemelor de importanţă vitală ale organismului permanent influenţează un şir de factori, mai ales cei ai mediului ambiant. În cadrul Institutului de Fiziologie şi Sanocreatologie al AŞM, a fost constatat faptul că acţiunea lor excesivă şi de lungă durată devine stresogenă. Conform cercetărilor noastre precedente, influenţa asupra organismului a unor astfel de factori deseori contribuia la apariţia şi dezvoltarea dismicrobismului intestinal, exprimat prin modificări negative în componenţa cantitativă şi cea calitativă a microbiocenozei intestinale.

Scopul prezentelor investigaţii a fost studierea impactului factorilor alimentari şi microbieni asupra sănătăţii sistemului digestiv.

Material şi metode. Obiectivele cercetărilor au prevăzut elaborarea componenţei unor raţii alimentare şi determinarea gradului de influenţă a lor asupra sistemului digestiv. Aprecierea s-a efectuat în experienţe de model asupra animalelor de laborator (cobailor), conform indicilor cantitativi ai reprezentanţilor principali ai bacteriocenozei intestinale (bacterii din genurile obligatorii pentru tractul gastrointestinal: *Bifidobacterium* şi *Lactobacillus*; precum şi din cele facultative – *Escherichia*, *Proteus* şi familia *Streptococcaceae*). Pentru atingerea scopului au fost realizate 2 serii de experienţe. În prima s-au testat 3 compoziţii de raţii alimentare cu diversă structură calorică, iar în a doua – raţia selectată în urma testării din prima serie, dar şi cu diverse suplimente alimentare de tipul celor: biologic active; cu acţiune sanobiotică; cu proprietăţi lacto-bifidogene şi de origine bacteriană sau probiotice şi a ultimelor în asociere cu lactuloză (cu proprietăţi lacto-bifidogene).

Rezultate. După realizarea primei serii de experienţe, am evidenţiat şi am selectat o raţie alimentară care s-a testat în lotul II şi cu structură calorică nr. 2. Asemenea raţie la finalul experienţei, comparativ cu cea standard, a manifestat acţiune benefică asupra sănătăţii sistemului digestiv al organismului şi microbiocenozei lui intestinale, exprimată prin lipsa simptomelor de disfuncţii diareice, mărirea valorii numerice a reprezentanţilor microbieni ai genurilor utile (*Bifidobacterium* şi *Lactobacillus*) şi diminuarea valorii microorganismelor din genurile condiţionat patogene (*Escherichia* şi *Proteus*). Cantitatea acestora s-a schimbat în direcţia pozitivă, comparativ cu indicii lor de la debutul experienţei, în medie cu 42,54%; 29,84% şi respectiv cu 35,04%; 64,77%. Conform datelor, s-a confirmat faptul că raţia selectată a avut un impact pozitiv asupra sănătăţii sistemului digestiv şi a întregului organism, pentru că au lipsit simptome de disfuncţii (de dismicrobism şi diaree).

În seria a doua, au fost obţinute date ce au confirmat faptul că adaosurile alimentare elaborate în premieră şi testate au contribuit la sporirea valorii numerice a bacteriilor din genurile utile, care au fost, respectiv loturilor I, II, III şi IV, mai mari cu: 28,62% şi 31,35%; 42,54% şi 36,32%; 15,26% şi 19,07%; 56,40% şi 42,03%.

În lotul-martor s-a observat o creştere considerabilă a numărului de celule vii ale agenţilor microbieni din genurile *Escherichia*, *Proteus* şi familia *Streptococcaceae*, comparativ cu numărul lor iniţial, care a fost, respectiv, cu 12,85%; 19,37% şi 26,20% mai mare. Indicii cantitativi ai aceloraşi genuri de microorganisme în conţinutul intestinal al cobailor din loturile experimentale (I-IV) au avut nivel divers, însă în toate cazurile s-a observat o tendinţă de diminuare a lor. Deci s-a manifestat o scădere a valorii numerice a escherichiilor, proteilor şi streptococilor, respectiv cu 20,20%; 12,15% şi 21,90% în lotul I; 36,71%; 31,11% şi 100% în lotul II; 13,16%; 15,87% şi 28,99% în lotul III; 34,88%; 29,89% şi 100% în lotul IV.

Aşadar, raţia alimentară testată, în asociere cu diverse adaosuri alimentare, a acţionat benefic asupra sistemului digestiv al cobailor, însă gradul de influenţă a fost diferit. Cele mai considerabile schim-

bări pozitive ale indicilor cantitativi ai microorganismelor studiate s-au înregistrat la animalele lotului II, apoi la cele din lotul IV. S-a constatat că cel mai mare impact pozitiv asupra sănătăţii sistemului digestiv îl are raţia alimentară cu adaos alimentar sanobiotic, iar mai apropiat de acţiunea acestuia s-a dovedit a fi adaosul alimentar complex (în baza bacteriilor probiotice cu substanţa bifidogenă – lactuloza).

Concluzii. Putem afirma că rezultatele studiilor efectuate în cadrul experienţelor au confirmat impactul pozitiv al factorilor alimentari şi microbieni studiaţi asupra sănătăţii sistemului digestiv, pentru că pe parcursul întregii perioade exprimentale au manifestat acţiune benefică asupra organismului. Astfel, s-a constatat că ei stau la baza menţinerii la nivel optim a sănătăţii sistemului digestiv şi a întregului organism. Rolul acestor factori în sănătate este specific prin acţiunea lor reciprocă. Asemenea concluzie este confirmată de faptul că factorii alimentari acţionează asupra procesului de multiplicare, dezvoltare şi menţinere la nivel optim a echilibrului microbian al anumitor genuri de microorganisme, iar acestea participă activ la fortificarea sănătăţii. De aceea, considerăm că factorii nominalizaţi îndeplinesc rolul principal în păstrarea sănătăţii, atât a sistemului digestiv, cât şi a întregului organism.

APRECIEREA RAPIDĂ A PREZENȚEI DEREGLĂRILOR SĂNĂTĂȚII SISTEMULUI DIGESTIV PRIN DETERMINAREA NIVELULUI CANTITATIV AL UNOR REPREZENTANȚI AI MICROFLOREI INTESTINALE

Maria TIMOȘCO[1], Natalia FLOREA[2],
[1]Institutul de Fiziologie şi Sanocreatologie al AŞM,
[2]Catedra *Microbiologie, Virusologie şi Imunologie* a USMF *Nicolae Testemiţanu*

Actualitatea temei. Odată cu dezvoltarea ştiinţei noi – sanocreatologia, a apărut posibilitatea de a aprecia prezenţa dereglărilor sănătăţii organismului. În unele lucrări precedente, a fost subliniat faptul existenţei unor modificări negative în componenţa microflorei intestinale în cazurile disfuncţiilor diareice, iar în altele – faptul prezenţei stării de dismicrobism intestinal în cazul acţiunii asupra organismului a diverşilor factori nefavorabili ai mediului ambiant, mai ales a celor climaterici. În baza rezultatelor ştiinţifice obţinute în cadrul Institutului de Fiziologie şi Sanocreatologie al AŞM, s-a constatat că microorganismele tubului digestiv reacţionează prompt la influenţa unor astfel de factori prin schimbări cantitative sau calitative.

Scopul prezentei lucrări este de a evidenţia posibilitatea de apreciere rapidă a stării sănătăţii sistemului digestiv al organismului prin nivelul cantitativ al unor reprezentanţi ai microflorei intestinale.

Materiale şi metode. Pentru atingerea scopului, au fost realizate 2 serii de experienţe. În prima serie, au fost utilizate 4 loturi de purcei sugari şi înţărcaţi, iar în a doua – 2 loturi de purcei cu vârsta de 0-35 zile. S-au studiat mostrele de conţinut intestinal (rectal), acumulat de la toate animalele experimentale pe parcursul investigaţiei, cu determinarea nivelului cantitativ al unor reprezentanţi ai microflorei intestinale din genurile obligative (*Bifidobacterium* şi *Lactobacillus*) şi facultatorii sau condiţionat patogene (*Escherichia*, *Proteus* şi *Enterococcus*).

Rezultate. În urma cercetărilor primei serii, s-a constatat o sensibilitate sporită faţă de factorul temperaturii scăzute a mediului ambiant (cu 2-6° C), care a fost mai pronunţată la animalele de 6, 10 şi 20 zile. În acest timp, cantitatea bifidobacteriilor şi lactobacililor a scăzut, respectiv, cu: 17,23% şi 22,43%; 15,58% şi 14,17%; 13,55% şi 12,17%. Concomitent, s-a depistat că regimul de temperatură de 20...18°C, comprativ cu cel de 26....22° C, a acţionat ca factor extrem de nociv asupra organismului la vârstele de 15 şi 20 de zile, când multiplicarea escherichiilor a fost mai intensă, respectiv, cu 12,24% şi 15,48 %.

Diminuara cantităţii bifidobacteriilor şi lactobacililor s-a depistat şi la toţi purceii înţărcaţi, dar mai intensivă la vârsta de 35 zile (respectiv, cu 27,85% şi 20,55%), iar sporirea numerică a escherichiilor şi enterococilor a fost mai pronunţată la cei de 35 şi 40 de zile (respectiv, cu 23,65%; 19,48% şi 28,85%; 17,79%).

Astfel, s-a constatat că factorul temperaturii scăzute (cu 2-6°C şi cu 5-7°C) a acţionat negativ asupra sănătăţii purceilor de vârstă prematură (respectiv sugari şi înţărcaţi), contribuind la dezvoltarea stării de dismicrobism intestinal.

Datele obţinute în rezultatul seriei a doua de experienţe au demonstrat că şi factorul poluării aerului cu gaze nocive (NH_3 – 20-35 mg/m^3 şi H_2S – 15-22 mg/m^3) a cauzat scăderea considerabilă a valorii numerice a bifidobacteriilor, lactobacililor şi bacteroizilor. Asemenea schimbări au fost evidenţiate la animalele cu vârste de 10, 15, 20, 25 şi 35 zile, când numărul lor se deosebea de numărul din lotul-martor, respectiv, cu: 30,31%; 40,11%; 20,94%; 42,62%; 48,85%; 20,00%; 45,30%; 51,64%; 27,79%; 42,62%; 54,76%; 32,75% şi 54,62%; 59,40%; 37,20%. Concomitent, s-a observat o acţiune negativă a acestui factor prin sporirea cantităţii bacteriilor con-

diţionat patogene (respectiv, din genul *Escherichia* şi familia *Streptococcaceae* – cu 28,85%; 29,28%; 41,60%; 37,79%; 43,38%; 37,50%; 45,92%; 45,35% şi 47,76%; 50%). Datele expuse demonstrează că gazele nocive nominalizate au o acţiune negativă asupra organismului purceilor, iar această influenţă a servit drept premisă pentru apariţia şi dezvoltarea stării de dismicrobism intestinal. La animalele întreţinute în asemenea condiţii, comparativ cu cele din lotul-martor, greutatea corporală de asemenea s-a diminuat în medie cu 18,6%.

Concluzie. În baza rezultatelor experimentale, a fost confirmat faptul că nivelul cantitativ al reprezentanţilor determinaţi ai microflorei intestinale (bifidobacreriilor, lactobacililor, bacteroizilor, escherichiilor şi enterococilor) poate fi utilizat în calitate de test de apreciere rapidă a gradului de dereglare a sănătăţii sistemului digestiv, aceste bacterii fiind o parte componentă a organismului. Prin urmare, indiciii cantitativi ai microflorei intestinale servesc drept test cert informativ despre nivelul sănătăţii întregului organism.

HEPATITIS C VIRUS INFECTION IN BLOOD DONORS IN CLUJ COUNTY, ROMANIA

Giorgiana HÂŢU, Maria Irina BRUMBOIU, Ioan Stelian BOCŞAN,
The Iuliu Haţieganu University of Medicine and Pharmacy, Department of Community Health, Epidemiology and Primary Health Care Division, Cluj-Napoca, Romania

Introduction. Romania has a high prevalence of transfusion-transmitted infections among blood donors in comparison with other European countries (EU) countries. The aim of this study was to estimate the hepatitis C virus (HCV) seropositive status among blood donors in Cluj County (Romania) and its recent trend and to evaluate the association between HCV infection and various risk factors in Cluj blood donors.

Material and methods. During 2006-2009 for every blood donors in the Cluj County Blood Transfusion Centre (BTC), age, gender and HCV serological status were collected; then, donors referred to Cluj BTC from January to March 2012 completed a standardised self-administered questionnaire. Trends of proportions were tested. The data collected from first-time and repeat donors were compared for possible risk factors for hepatitis C virus infection using logistic regression.

Results. 0.42% of 62,497 blood donors were seropositive for HCV. HCV seropositive status increased with age, being higher in women. During 3 months 1,100 blood donors were selected; 24.1% were first-time donors, more often being reported: age < 26 years, female gender and history of health care procedures other than surgery.

Conclusion. The HCV seroprevalence among Cluj County blood donors is higher than in other EU countries and unusually higher in female donors. Not all risk factors for blood borne infections can be properly filtered out in blood donors (particularly the sensitive behavioural risk factors - e.g. drug use, sexual promiscuity), suggesting the necessity of improving the health screening process in blood donors.

Dr. **Giorgiana Hâţu**
Assistant Professor, The Iuliu Haţieganu University of Medicine and Pharmacy, Department of Community Health, Epidemiology and Primary Health Care Division, 8, Victor Babes St., RO-400012, Cluj-Napoca, Romania
E-mail: funinganag@yahoo.com, funingana.giorgiana@umfcluj.ro
Tel. +40751828442

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП ПО СРОКАМ И ИСХОДАМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНЕЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАЦИОНАРАХ ИРКУТСКОЙ ОБЛАСТИ

Н. А. КРАВЧЕНКО, О. Н. ЯКОВЕНКО,
Иркутский государственный медицинский университет,
г. Иркутск, Россия

Актуальность темы. По прогнозам ВОЗ, в XXI веке летальность вследствие заболеваний органов дыхания будет занимать 2–е место в структуре причин общей смертности (И.И. Садовникова, 2012).

Цель исследования – провести сравнительный анализ сроков лечения и структуры летальности по классу болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области за период 2008–2010 гг. среди пациентов возрастных групп «от 0 до 17 лет» и «18 лет и старше».

Материалы и методы исследования. Анализ проведён по основным показателям работы лечебно-профилактических учреждений Иркутской области. Изучалась достоверность различий

заболеваемости детей и взрослых по t-критерию Стьюдента. Средние показатели продолжительности лечения и коэффициенты летальности приведены с ошибкой, рассчитанной для доли (±m).

Результаты и обсуждение. В структуре болезней органов дыхания во всех возрастных группах наибольшее число койко-дней пришлось на интерстициальные, гнойные легочные болезни. При этом, у взрослых длительность лечения (16,3±0,03 койко-дней) достоверно выше, чем у детей (14,9±0,05 койко-дней). Продолжительность лечения пневмонии у детей (11±0,04 койко-дней) достоверно ниже в сравнении со взрослыми (13±0,02 койко-дней). Сроки лечения хронической легочной обструктивной болезни и бронхита хронического у пациентов старше 18 лет составили 12±0,02 койко-дней, у детей – достоверно меньше: 10,6±0,04 койко-дней. По таким нозологическим формам, как бронхиальная астма и острые респираторные инфекции длительность лечения у детей недостоверно ниже: 11,1±0,04 и 12±0,02 койко-дней, 8,1±0,03 и 8,3±0,02 койко-дней – в сравнении со взрослыми соответственно.

Среди взрослого населения коэффициент летальности от пневмонии (3,27±0,01), хронической легочной обструктивной болезни (1,64±0,009) и острых респираторных инфекций (1,35±0,008) достоверно выше, чем среди детей, у которых он составил соответственно 0,38±0,008; 0,07±0,001 и 0,003±0,0007. В возрастной группе 18 лет и старше коэффициент летальности от интерстициальных, гнойных легочных болезней составил 5,81±0,007, от бронхиальной астмы – 0,29±0,004, от бронхита хронического – 0,19±0,003. Среди пациентов 0-17 лет случаев летальности от данных болезней не зарегистрировано.

В структуре летальности по классу болезней органов дыхания детей на первом месте находилась пневмония, она составила 84,00±3,70%, второе – хроническая легочная обструктивная болезнь (15,00±0,36%), третье – острые респираторные инфекции (1,00±0,09%). Структура летальности от болезней данного класса взрослого населения выглядела иначе. Первое место занимали интерстициальные, гнойные легочные болезни (46,00±4,89%), второе – пневмонии (26,00±4,38%), на третьем месте – хроническая легочная обструктивная болезнь (13,00±0,33%), на четвертом – острые респираторные инфекции (11,00±0,31%). На пятом месте – бронхиальная астма, на шестом – бронхит хронический, на долю каждого из которых пришлось 2,00±0,10% всех случаев летальности от болезней органов дыхания.

Выводы. В возрастной группе «18 лет и старше» сроки лечения и коэффициенты летальности от болезней органов дыхания в стационарах Иркутской области в 2008–2010 гг были достоверно выше, чем в возрастной группе «0–17 лет». Данный вывод свидетельствует о тяжелом течении бронхолегочных заболеваний у взрослых, с наличием осложнений и деструктивных форм, и является основанием для проведения углубленного эпидемиологического исследования с целью выяснения обстоятельств начала заболевания и выявления факторов риска. Особенно это касается пневмонии и интерстициальных, гнойных легочных болезней, которые занимали лидирующие места в структуре летальности по классу болезней органов дыхания в 2008–2010 годах в Иркутской области.

ПРОФИЛАКТИКА МЕЖГОСПИТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВНУТРИБОЛЬНИЧНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОМ СТАЦИОНАРЕ

М.М. ЗОРИНА, Л.А. АНИСИМОВА,
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза»
Минздрава России

Актуальность внутрибольничного инфицирования на современном этапе рассматривается, как правило, с позиций одного лечебного учреждения. Тем не менее, на практике мы все чаще встречаемся с проблемой, когда пациент является источником переноса инфекции из одного стационара в другой. Внутрибольничная инфекция в учреждениях фтизиатрической службы может протекать скрыто и расцениваться как течение туберкулезного процесса. Длительное пребывание больного в противотуберкулезном стационаре, частое использование антибактериальных препаратов широкого спектра действия, необходимость использования инвазивных методов диагностики и лечения оказывает влияние на формирование госпитальных штаммов микроорганизмов, характеризующихся мультирезистентностью. В результате пациент становится источником внутрибольничного распространения инфекции на последующих этапах оказания медицинской помощи в других лечебных учреждениях.

С целью оптимизации системы инфекционного контроля, для предотвращения заноса и распространения госпитальных штаммов, в ННИИТ с 2009 г. организована и введена систе-

ма микробиологического мониторирования, предусматривающая типирование и определение лекарственной устойчивости микроорганизмов неспецифической флоры, всех пациентов, поступающих в стационар.

Ключевым моментом системы мониторирования является оперативный обмен информацией по схеме: бактериолог – клинический фармаколог – эпидемиолог.

Результаты. При проведении анализа результатов бактериологического обследования образцов мокроты выявлено, что у 10% поступающих в стационар пациентов выделяются условно-патогенные и патогенные микроорганизмы. Т.е. ежегодно в НИИ туберкулеза от 80 до 90 человек с момента поступления нуждаются в коррекции антибактериальной терапии и проведении в отношении них комплекса профилактических противоэпидемических мероприятий.

Этиологическая структура микроорганизмов у пациентов, поступающих из других лечебных учреждений, отличается от спектра микроорганизмов пациентов ранее не находившихся на стационарном лечении. Если из отделяемого дыхательных путей пациентов, впервые обратившихся за лечебной помощью, микробный спектр преимущественно представлен грамположительными кокками (золотистый стафилококк, эпидермальный и гемолитический стрептококки), то у пациентов, поступивших из ЛПУ, на первое место выходят грибы рода *Candida*, неферментирующие грамотрицательные бактерии и микроорганизмы из семейства энтеробактерий.

Затраты на лечение пациентов с наличием госпитальных штаммов значительно возрастают для лечебных учреждений. Так, по данным НИИ туберкулеза стоимость лечения пациента с наличием панрезистентной синегнойной палочки увеличивается на 100 тысяч рублей, а курс лечения больного с аспергиллёзом – на 120 тысяч.

Для оценки экономической эффективности введенных мероприятий была изучена потенциальная экономия средств в результате снижения частоты гнойно-септических инфекций. Потенциальное сокращение расходов в связи с сокращением частоты гнойно-септических инфекций рассчитано нами путем умножения количества предотвращенных случаев на затраты, связанные с госпитализацией, диагностикой и лечением больных с гнойно-септической инфекцией. Для определения количества предотвращенных случаев мы сравнивали показатель анализируемого года (2008) со среднегодовым (2009-2011 г.). При определении затрат на лечение одного случая гнойно-септической инфекции были использованы данные экономического отдела по фактической стоимости лечения пациентов в институте. Экономия на лечение составила 3288874,58 рублей в год.

Выводы

1. Проблема межгоспитальной трансмиссии внутрибольничной инфекции актуальна на современном этапе в системе противотуберкулезной службы.

2. Система инфекционного контроля в ЛПУ должна включать комплекс мер, направленных на предотвращение распространения госпитальных штаммов между противотуберкулезными стационарами.

3. Ключевым моментом системы микробиологического мониторирования является оперативный обмен информацией по схеме: бактериолог – клинический фармаколог – эпидемиолог.

4. Своевременное проведение противоэпидемических мероприятий и адекватной терапии в отношении пациентов, носителей госпитальных штаммов, имеет как клиническую, так и экономическую эффективность.

СИСТЕМА АКТИВНОГО СЕСТРИНСКОГО ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ В ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫХ СТАЦИОНАРАХ

М.М. ЗОРИНА, Л.М. ГУСЕВА,
ФГБУ «Новосибирский научно-исследовательский институт туберкулеза» Минздава России

Актуальность темы. Внутрибольничная трансмиссия туберкулезной инфекции является не только определяющим фактором професиональной заболеваемости туберкулезом медицинских работников, но и играет важнейшую роль в распространении лекарственно устойчивого туберкулеза. Необходимость разработки рациональной системы мер инфекционного контроля возникает на всех уровнях работы противотуберкулезного учреждения, ключевым этапом является проведение оценки степени риска трансмиссии туберкулезной инфекции. Основополагающими административными мерами для обеспечения снижения риска является разделение и изоляция.

С 2010 г. в ННИИ туберкулеза разработана и внедрена система активного сестринского эпидемиологического наблюдения с целью оптимизации мер инфекционного контроля. Организован сбор информации, проведен ее анализ:

1. Своевременное выявление эпидемиологически опасных пациентов с момента госпитализации, сортировка по группам в зависимости от результата:

- микроскопии мазка мокроты на кислотоустойчивые микобактерии (КУМ)
- посева на *M. tuberculosis*
- теста лекарственной чувствительности (ТЛЧ) возбудителя.

Организация системы этого этапа предоставит возможность решения последующих задач административного контроля (разделение потоков пациентов, планировка и зонирование противотуберкулезных учреждений и т.д.).

2. Выявление и наблюдение за пациентами с высоким риском развития гнойно-септических инфекций (ГСИ). Формирование групп учета проводится в зависимости от особенности лечебно-диагностического процесса и эпидемиологической ситуации:

- послеоперационный период
- наличие центрального катетера
- проведение диагностической цитоскопии
- парентеральное введение лекарственных средств.

Наблюдение носит непрерывный характер. Ежедневно заполняются регистрационные журналы активного сестринского наблюдения. Результаты наблюдения докладываются на утренних планерках. Информация поступает по схеме:

Выводы. Раннее выявление потенциальных источников инфекции среди пациентов средним медперсоналом позволяет:

1. Оперативно проводить разделение потоков в зависимости от степени опасности пациентов на всех этапах лечебно-диагностического процесса.

2. Своевременно проводить бактериологическое обследование.

3. Проводить адекватные лечебно-диагностические мероприятия, направленные на профилактику у пациентов с высоким риском развития ГСИ, тем самым значительно снизить уровень клинических форм внутрибольничных инфекций (ВБИ).

PARTICULARITĂȚILE SUPRAVEGHERII EPIDEMIOLOGICE A TUBERCULOZEI ÎN RAIONUL CAHUL

N. GAISAN, N. HADJIOGLO,
Centrul de sănătate publică Cahul

Activitatea Serviciului sanitaro-epidemiologic de stat a raionului Cahul este axată pe supravegherea de stat a sănătăţii publice, în conformitate cu Legea nr. 10 din 03.02.2009 privind supravegherea de stat a sănătăţii publice, prin care se stipulează direcţiile de bază în supravegherea sănătăţii publice.

Pornind de la prevederile legislative, Centrul de sănătatea publică raional Cahul a trecut de la control şi examinare sanitaro-epidemiologică a obiectivelor la supravegherea sănătăţii publice, cu evaluarea situaţiei sănătăţii prin organizarea şi desfăşurarea măsurilor profilactice şi antiepidemice în conlucrare cu instituţiile medico-sanitare publice şi cele private din raion, cu administraţia publică locală, serviciul veterinar, comisariatul de poliţie, direcţia raională de învăţământ, de asistenţă socială, protecţie civilă etc.

În structura morbidităţii prin boli transmisibile predomină infecţiile acute ale căilor respiratorii – 41,84%, pneumoniile – 22,76%, varicela – 14,96%, bolile diareice acute determinate – 4,86% şi bolile diareice acute nedeterminate – 4,16%

Situaţia epidemiologică prin tuberculoză în raionul Cahul actualmente se caracterizează prin creşterea morbidităţii. Incidenţa globală prin tuberculoză pentru anul 2012 constituie 95,34%ooo, comparativ cu 97,74%ooo în anul 2011 (pe ţară – 114,82%ooo şi 114,58%ooo respectiv).

Pe parcursul anului 2012, au fost înregistrate 96 de cazuri primar depistate, inclusiv 4 cazuri de tuberculoză pulmonară la copii, în 2011 – 99 de cazuri, primar depistate, dintre care 6 cazuri la copii.

Prevalenţa prin tuberculoză pulmonară în raionul Cahul este în scădere şi se menţine sub nivelul indicilor republicani, constituind 56,88%ooo în anul 2012.

Nivelul mortalităţii infecţioase este determinat de decesele prin tuberculoză, care este pe primul loc. Indicii mortalităţii prin tuberculoză în raionul Cahul sunt sub nivelul indicilor pe Republica Moldova,

constituind 9,6%ooo în anul 2012, 8,8%ooo în anul 2011 şi 12,0%ooo în 2010.

În raionul Cahul, ponderea bolnavilor baciliferi, primar depistaţi, în anul 2012 constituia 37,4%, în 2011 – 47,8%, în 2010 – 48,1%.

Nu se asigură examinarea periodică, constantă prin microradiografie a grupelor de risc sporit de infectare, care sunt supuse schimbărilor dinamice în funcţie de situaţia epidemiologică şi socioeconomică din teritoriu, iar asistenţa medicală primară nu asigură efectuarea acestor modificări curente, ceea ce duce la depistarea tardivă a tuberculozei în rândurile acestor contingente.

Situaţia existentă ne obligă să întreprindem acţiuni comune şi concrete, îndreptate spre diminuarea nivelului morbidităţii prin tuberculoză cu forme bacilare. În acest context, au fost emise ordinele comune ale Centrului de sănătate publică raional Cahul, IMSP SR Cahul şi IMSP CMF Cahul, prin care au fost delimitate atribuţiile serviciilor. La propunerea CSPR Cahul, au fost constituite 4 grupuri de specialişti din cadrul acestor instituţii, care au evaluat minuţios situaţia epidemiologică prin tuberculoză în toate localităţile din raion. Ca urmare a acestor activităţi, a fost actualizat *Programul teritorial de profilaxie şi control al tuberculozei*, iar rezultatele au fost examinate la şedinţele consiliilor locale din localităţile cu situaţie precară.

Anual, în luna aprilie, se desfăşoară conferinţa raională pe problema profilaxiei şi combaterii tuberculozei, cu participarea conducerii Institutului de Ftiziopneumologie *Chiril Draganiuc*, conducerii raionului, primarilor, medicilor, asistenţilor sociali.

În contextul coordonării măsurilor de control şi profilaxie a tuberculozei, la propunerea CSP raional Cahul, au fost convocaţi în şedinţe conducerea IMSP SR Cahul, a IMSP CMF Cahul şi şefii CS teritoriale, specialiştii de profil, şedinţe la care au participat medicii şi asistenţii medicului din sectorul deservit, primarii, specialiştii localităţilor din raza de deservire.

Prin intermediul paginii oficiale WEB a CSPR Cahul, săptămânal se difuzează informaţia privind situaţia epidemiologică prin maladii infecţioase, inclusiv prin tuberculoză, şi măsurile de profilaxie, informaţie care, în cele din urmă, dă posibilitatea ca populaţia să se familiarizeze cu acest subiect şi, respectiv, să se implice personal în realizarea şi respectarea măsurilor de profilaxie a tuberculozei.

Acest spectru de acţiuni, în viziunea noastră, contribuie la disciplinarea personalului medical, la implicarea mai activă a administraţiei publice în coordonarea măsurilor de profilaxie a maladiilor transmisibile, inclusiv a tuberculozei, de comun cu asistenţa socială, agenţii economici şi populaţia. Ca urmare a acestor activităţi comune, desfăşurate în raionul Cahul, s-a îmbunătăţit diagnosticarea timpurie şi, în consecinţă, se atestă micşorarea ponderii bolnavilor baciliferi, primar depistaţi.

N. Gaisan,
şef secţie epidemiologia maladiilor transmisibile,
tel. 0299-3-30-64, mob. 079518442,
email: nigaisan@gmail.com

UNELE ASPECTE ALE PROCESULUI EPIDEMIC PRIN TUBERCULOZĂ ÎN RAIONUL REZINA

Nicolae BENCHECI[1], Ion CHEPTENE[1], Nina POSTU[2],
[1]Centrul de sanătate publică Rezina,
[2]IMSP Spitalul Raional Rezina

Analiza morbidităţii prin tuberculoză în raionul Rezina a demonstrat că pe parcursul ultimilor ani se atestă o tendinţă de diminuare. În anul 2012, incidenţa morbidităţii s-a stabilit la nivel de 136,7 cazuri la 100 mii populaţie. Totodată, s-a determinat creşterea incidenţei morbidităţii prin forme bacilifere, care constituie 76,4 la 100 mii populaţie. Acest fapt indică, indirect, o depistare tardivă a bolnavilor cu tuberculoză. În acelaşi timp, se determină diminuarea incidenţei formelor distructive – de la $41,1^0/_{0000}$ în 2007 până la $7,4^0/_{0000}$ în 2012. Acelaşi fenomen se manifestă şi prin incidenţa cazurilor noi de tuberculoză, care este în descreştere: de la $137,0^0/_{0000}$ în anul 2007, până la $112,3^0/_{0000}$ în 2012. La fel, este în scădere şi incidenţa tuberculozei la copii – de la $7,4^0/_{0000}$ în anul 2010 la $5,6^0/_{0000}$ în 2011 şi $1,8^0/_{0000}$ în anul 2012. În acelaşi timp, pe parcursul ultimilor patru ani, este în creştere morbiditatea prin tuberculoză cu forme multidrogrezistente.

De menţionat că, de rând cu ameliorarea unor indici ai morbidităţii prin tuberculoză, în raionul Rezina s-au îmbunătăţit şi indicii mortalităţii. Astfel, mortalitatea prin tuberculoză s-a diminuat de la $28,0^0/_{0000}$ în anul 2007 până la $9,4^0/_{0000}$ în 2012. Ponderea bolnavilor cu tuberculoză primară constituie anual 18-20% din cazurile noi înregistrate şi supuse testului de sensibilitate. Rata de succes al tratamentului, în anul 2012, constituia 87,4%.

Din toţi pacienţii cu tuberculoză, 62,8% sunt persoane neangajate în câmpul muncii, 56,0% provin din familii cu condiţii de trai nesatisfăcătoare, 37,0% sunt supuşi violenţei în familie, 33,0% pacienţi fac abuz de alcool, 12,0% sunt în depresie permanentă, indusă de mai mulţi factori, 51,0% pacienţi sunt cu

responsabilitate redusă faţă de societate. În marea lor majoritate, anume aceste persoane servesc drept sursă de infecţie pentru cei din anturajul lor.

Indicatorii înalţi ai mortalităţii în anii 2007-2010 sunt legaţi de numărul deceselor bolnavilor din penitenciarul nr. 17 din or. Rezina (anual se înregistrează 9-10 decese), care sunt concentraţi aici din toate raioanele ţării.

Situaţia epidemiologică prin tuberculoză în raionul Rezina rămâne a fi nefavorabilă, indusă de criza social-economică şi migraţia masivă a populaţiei. Principala metodă de combatere a tuberculozei este sporirea gradului de vigilenţă a lucrătorilor din medicina primară în depistarea şi tratamentul timpuriu al bolnavilor.

Depistarea pasivă, care include examinarea radiologică a adulţilor şi a tuturor persoanelor din grupele de risc sporit de îmbolnăvire, rămâne a fi de bază. Pentru copii se recomandă testarea tuberculinică, cu radiografia toracică la necesitate. De menţionat că în raionul Rezina grupele cu risc major sunt examinate în 95,0% cazuri.

În acelaşi timp, pericolul epidemiologic în focarele de tuberculoză depinde de gradul eliminării bacililor, precum şi de un şir de factori favorabili sau agravanţi ai situaţiei epidemiologice. De menţionat că toate focarele epidemice au fost vizitate de către medicii de familie / asistenţii medicului de familie, pulmonolog şi epidemiolog / asistentul medicului-epidemiolog. La determinarea sursei de infecţie în hotarele focarului s-a ţinut cont nu numai de contactaţii din familie, ci şi de relaţiile de rudenie, vecinătate etc.

Concluzionând, considerăm că particularităţile procesului epidemic prin tuberculoză, în mare măsură, sunt determinate de nivelul scăzut de trai şi de pregătire socială a populaţiei. Au influenţă esenţială respectarea condiţiilor de tratament şi acumularea unui număr impunător de bolnavi cu forme multidrogrezistete.

Este evidentă necesitatea eficientizării depistării active a bolnavilor cu tuberculoză, ce ar diminua numărul bolnavilor cu forme distructive etc. În acelaşi timp, considerăm că iradicarea tuberculozei poate fi obţinută printr-o coordonare corectă, la nivel raional, a activităţilor de control al tuberculozei şi prin rezolvarea principalelor probleme socioeconomice.

UNELE ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE MORBIDITĂŢII PRIN TUBERCULOZĂ ÎN RAIONUL VULCĂNEŞTI

Gheorghe GHEŢOI,
Centrul de Sănătate Publică Vulcăneşti

Introducere. Caracterizată printr-o morbiditate şi mortalitate crescute, dar şi prin costuri socioeconomice ridicate, tuberculoza constituie unul dintre obiectivele principale de combatere pe plan mondial şi o problemă primordială de sănătate publică.

Din punctul de vedere a ritmului de creştere a incidenţei, situaţia epidemiologică este critică în 16 ţări (inclusiv Republica Moldova) din 51 de state care fac parte din Regiunea Europeană a OMS.

Material. Pentru evaluarea situaţiei epidemiologice şi determinarea particularităţilor epidemiologice ale morbidităţii prin tuberculoză în raionul Vulcăneşti, au fost folosite dările de seamă privind îmbolnăvirile prin tuberculoză din ultimii 10 ani (2003-2012).

Rezultate. În urma analizei retrospective, s-a constatat, că tuberculoza, pe parcursul ultimilor ani, se află în descreştere, cu o intensificare a incidenţei în anii 2007 şi 2008.

Cauzele principale de răspândire a acestei infecţii sunt: diminuarea esenţială a nivelului de trai al populaţiei în condiţiile dificile socioeconomice actuale, nivelul scăzut de pregătire socială a populaţiei, finanţarea insuficientă a programelor naţionale şi teritoriale de profilaxie şi combatere a tuberculozei. Acestea şi alte cauze au dus la agravarea situaţiei epidemiologice în ţară şi în teritoriu.

Media anuală a incidenţei prin tuberculoză activă (caz nou) este de 38,4 cazuri la 100 mii de populaţie şi este cu 35,6% sau de 2,8 ori mai joasă decât media pe R. Moldova, care alcătuieşte 107,7 la 100 mii populaţie.

Prevalenţa prin tuberculoză constituie 76,13 cazuri la 100 mii populaţie, în republică fiind de 148,9 la 100 mii locuitori. După cum se vede pe parcursul ultimilor 3-4 ani, prevalenţa prin tuberculoză în raionul Vulcăneşti are o tendinţă de creştere.

Morbiditatea prin tuberculoză a organelor respiratorii cu forme bacilare în raionul Vulcăneşti variază de la 30,9%ooo până la 25,7%ooo,iar media anuală este de 32,6%ooo.

Prevalenţa prin tuberculoză a organelor respiratorii (forme bacilare) variază de la 42,6%ooo în anul 2003 până la 34,3%ooo în anul 2012, media anuală fiind de 44,07%ooo.

Mortalitatea prin tuberculoză variază pe ani şi este cuprinsă între valorile 11,6%ooo şi 4,3%ooo.

Media anuală a mortalităţii prin tuberculoză în raionul Vulcăneşti constitue 10,8%ooo şi este cu 39,6% sau de 1,57 ori mai joasă decât media pe republică (17,9%ooo).

Morbiditatea prin tuberculoză la copii rămâne înaltă şi constituie 5,2% din cazurile noi depistate. În morbiditatea generală prin tuberculoză predomină persoanele apte de muncă (86%).

Ponderea îmbolnăvirilor prin tuberculoză în funcţie de sexul persoanei constituie 16% la femei şi 84% la bărbaţi.

Analiza spectrului social al bolnavilor prin tuberculoză arată că numai 27% din bolnavi sunt angajaţi în câmpul muncii, pe când persoanele neîncadrate în câmpul muncii constituie 54%; pensionari – 10%; invalizi – 5%; studenţii şi elevii – 4%. Aşadar, preponderent se îmbolnăvesc de tuberculoză persoanele fără loc de muncă permanent şi fără surse materiale de existenţă.

Gh. Gheţoi, medic-epidemiolog,
email: cspvl@mail.ru;
tel. 0293-3-63-10, 069473402

UNELE PARTICULARITĂŢI EPIDEMIOLOGICE ALE INFECŢIEI MIXTE HIV/TBC ÎN MUNICIPIUL CHIŞINĂU

Andrei ROŞCA[1], Ion VLAS[1], Vasile POPA[2],
[1]Centrul de Sănătate Publică Municipal Chişinău,
[2]IMSP Spitalul Clinic Municipal Chişinău de Ftiziopneumologie

Actualitatea temei. Studiile statistice au demonstrat că, odată cu debutul epidemiei HIV/SIDA, a sporit esenţial şi numărul cazurilor de tuberculoză în lume. Dacă riscul dezvoltării tuberculozei la persoanele neinfectate cu virusul HIV şi infectate cu Mycobacteria tuberculozei se estimează doar la 5% pe parcursul întregii vieţi, atunci riscul dezvoltării tuberculozei la persoanele infectate cu HIV este de 8-10% anual.

Tuberculoza constituie şi cauza principală de deces al persoanelor HIV pozitive în lume – o treime din cele circa 36 milioane de persoane cu HIV/SIDA din lume sunt coinfectate cu bacilul tuberculos (Б. И. Кочетов, 1991).

Materiale. În studiu au fost incluse 110 persoane cu infecţia HIV în stadiul SIDA, inclusiv 61 de pacienţi cu infecţie mixtă SIDA/TBC, înregistrate în municipiul Chişinău în perioada 2008-2012.

Rezultate. În urma analizei epidemiologice a cazurilor de infecţie HIV/SIDA, s-a constatat că în mun. Chişinău, în perioada 2008-2012, s-au înregistrat 457 de cazuri noi de infecţie HIV, 110 (24%) dintre ele au progresat spre stadiul SIDA. Infecţia mixtă HIV/TBC a fost depistată la 61 de persoane (55,4%), din acestea 32 (52,4%) au decedat.

Din numărul total de persoane cu infecţie mixtă HIV/TBC, 38 (62,3%) sunt bărbaţi şi 23 (37,7%) – femei. Contingentele predominante de vârstă constituie 20-30 ani (43,6%) şi 31-40 ani (56,4%).

Tuberculoza ocupă primul loc printre infecţiile oportuniste asociate cu SIDA (55,4%), pe locul doi se plasează candidoza (21%). Majoritatea persoanelor seropozitive la HIV (78,7%) contractează tuberculoza pe parcursul primului an de la depistarea infecţiei HIV, în următorii doi ani – 18,0%.

Din 32 de decese ale pacienţilor cu SIDA înregistrate pe parcursul anilor 2008-2012, 23 (71,8%) au decedat din cauza tuberculozei. Astfel, tuberculoza se situează pe primul loc printre cauzele de deces al pacienţilor cu SIDA. Pe locul doi se situează candidoza (18,8%), urmată de sindromul de istovire HIV (9,4%).

Astfel, se impune necesitatea intensificării, la toate nivelurile, a activităţilor de depistare, diagnosticare a infecţiei mixte HIV/TBC, de iniţiere şi efectuare timpurie a tratamentului antituberculos şi a terapiei antiretrovirale a persoanelor cu HIV/TBC.

PEISAJUL MICROBIAN AL INFECŢIILOR RESPIRATORII ŞI REZISTENŢA LOR LA ANTIBIOTICE ÎN RAIONUL SOROCA (ANII 2008-2012)

Liliana LOZAN,
Olesea ŢURCAN, Ilona BOLDESCU,
Centrul de sănătate publică Soroca

Introducere. Antibiorezistenţa este o problemă globală şi extrem de actuală pentru sanătătea publică. Una dintre măsurile de prevenire a ei este circuitul de antibiotice şi determinarea rezistenţei microorganizmelor faţă de ele. Morbiditatea prin maladiile căilor respiratorii superioare ocupă primul loc în patologia umană. În fiecare an, circa 4500 persoane din raionul Soroca se îmbolnăvesc de infecţii respiratorii, dintre care 45–60% sunt copii.

Cunoscând faptul că agenţii patogeni ai acestor infecţii sunt nu numai virusurile, dar şi bacteriile, şi candidele, este necesar să cunoaştem concret agentul cauzal şi sensibilitatea lui la antibiotice, pentru un tra-

tament corect şi reducerea poliorezistenţei. Tratarea infecţiilor căilor respiratorii superioare cu antibiotice neefective poate micşora microflora saprofită, ceea ce duce la slăbirea statutului imun şi la alte complicaţii.

Antibioticul trebuie selectat individual, luându-se în consideraţie examenul bacteriologic al florei, sensibilitatea florei patogene şi antibioticele utilizate anterior, precum şi toleranţa individuală a pacientului.

În cadrul laboratorului microbiologic al CSP Soroca, se supun diagnosticului un spectru larg de biosubstraturi colectate atât de la bolnavii spitalizaţi, cât şi de la cei care sunt trataţi ambulatoriu la indicaţia medicului de familie şi a medicilor-specialişti.

Materiale şi metode. Această lucrare reprezintă datele unui studiu efectuat în baza analizei rezultatelor investigaţiilor de laborator a exudatelor nasofaringiene în perioada 2008-2012. A fost monitorizată antibiorezistenţa la 1499 de tulpini izolate din 1131 de mostre de exudate faringe–nas. Studiul a fost efectuat în trei direcţii:

I – sensibilitatea agenţilor cauzali, depistaţi în exudatele nasofaringiene de la bolnavii cu infecţii respiratorii, trataţi ambulatoriu de către medicii de familie;

II – sensibilitatea agenţilor cauzali, depistaţi în exudatele nasofaringiene de la bolnavii cu infecţii respiratorii trimişi de către medicii-specialişti ai secţiei consultative a Spitalului Raional Soroca;

III – sensibilitatea agenţilor cauzali, depistaţi în exudatele nasofaringiene de la bolnavii cu infecţii respiratorii spitalizaţi în secţia de pediatrie.

Toate probele au fost colectate cu tampoane comerciale *Tampon cu mediu de transport Stuart şi Amies*, din nasofaringe, înainte de masă, până la începerea tratamentului antibacterian, şi transportate în laborator de către curier în limitele admisibile. Folosirea acestora preîntâmpină înmulţirea microorganismelor în mediu, permite identificarea cantitativă a microorganismului şi evită impurificarea secundară în urma transportării în laborator. La toate microorganismele depistate în cantitate de 10^6 UFC/ml şi mai mult s-a studiat rezistenţa in vitro la un şir de preparate antibacteriene prin metoda difuzimetrică, folosind mediul nutritiv Muller-Hinton şi rondele cu antibiotice standard.

Rezultate obţinute. În urma investigaţiilor de laborator, efectuate pe parcursul ultimilor 5 ani, a frotiurilor faringiene, s-a constatat că agenţii patogeni ai sinusitelor, amigdalitelor, tonsilitelor şi ai bronşitelor la copiii sub 5 ani sunt: streptococii – 44-54%, *S. aureus* – 13-32%, bacteriile gramnegative (moraxele, branhamele, acinetobacter) – 38%, pneumococii – 2-8%, enterobacterii (*E. coli*, *Klebsiella*) – 2-7%, pseudomonade – 0,3-1,6 %, *Candida* – 6-17%.

În rezultatul analizei antibioticogramelor microorganizmelor izolate din exudatele nasofaringiene de la bolnavii cu infecţii respiratorii trataţi ambulatoriu, s-a constatat: rezistenţa la *penicilină* în ultimii 3 ani este în scădere (2010 – 100%, 2012 – 51%), la amoxiclav – 43% şi 33% respectiv, la *cefalosporine* rezistenţa este în scădere. De exemplu, la ceftazidim, începând cu anul 2009, rezistenţa scade de la 70% până la 26% în 2012; la cefuroxim – de la 68% în 2008 la 21% în 2012. La azitromicin procentul de rezistenţă este mai mic (38%), dar este în creştere în comparaţie cu anii precedenţi. În cazul *candidozelor* orofaringiene, în Protocolul clinic naţional este recomandat fluconazolul, care, conform rezultatelor obţinute în 2012, a prezentat o rezistenţă de 86%, în comparaţie cu 33% în 2011, şi invers, s-a constatat o sensibilitate de 100% la nistatină.

Creşte anual numărul de microorganisme depistate în asociaţii – de la 11% în 2009 până la 45% în 2012. Microorganismele depistate în asociaţii manifestă o rezistenţă mai înaltă faţă de antibiotice.

Au fost supuse diagnosticului de laborator 268 de exudate nasofaringiene de la bolnavii spitalizaţi, în care au fost depistate 403 tulpini de microorganisme. Numărul asociaţiilor de microorganisme, de asemenea, este în creştere.

Conform datelor obţinute, putem conchide că o sensibilitate mai înaltă practic la toate grupele de antibiotice s-a constatat la persoanele tratate primar la medicul de familie şi invers, o rezistenţă mai înaltă – la cei spitalizaţi.

STRUCTURA ŞI ANTIBIOREZISTENŢA MICROFLOREI IZOLATE DIN BIOSUBSTRATURILE BIOLOGICE ÎN RAIONUL CĂUŞENI (ANII 2010–2012)

Elizaveta IORDAN, Anna DIGOL, Tamara BÎRSAN, Anatolie LUPAN, Ioana TULEI,
Centrul de sănătate publică raional Căuşeni

Supravegherea etiologiei maladiilor infecţioase nespecifice, pe parcursul ultimilor 3 ani (2010-2012), a constatat o activizare a unor agenţi patogeni, cum ar fi *S. aureus*; *S. pneumonie*; *Streptococcus* al grupului A (*S. pyogenes*); *Streptococcus* al grupului D (*Enterococcus faecalis*); *Candida* s.p.p.; *P. aeruginosa*; *E. coli*.

Ponderea *S. aureus* constituie 11,3% în 2012 (2011 – 5,1%; 2010 – 11,4%), inclusiv din secret din faringe şi nas – 57% (2011 – 47,6%; 2010 – 51,3%),

din puroi, punctate şi secrete din plăgi – 57,7% în anul 2012 (2011 – 50,0%; în 2010 – 45,2%).

Însămânţarea *S. pneumoniae* din spută a variat pe ani: 2012 – 51,5%; 2011 – 52,1%; 2010 – 38,2%.

Ponderea *S. pyogenes* a constituit în 2012 10,9%, (în 2011 – 15,4%, 2010 – 17,6%), inclusiv din secret din faringe şi nas – 52,6% (2011 – 68,1%; 2010 – 54,8%); din spută – 9,8% (2011 – 20,1%, 2010 – 27,2%), din puroi, punctate şi secrete din plăgi – 3,8% (2011 – 2,5%; 2010 – 4,0%); din urină – 0,5% (2011 – 1,2; 2010 – 1,1%).

Depistarea *Enterococcus faecalis* în urină a constituit: 10,5% în anul 2012, 10,8% în 2011 şi 12,1% în 2010; *E. Coli* – 21,1% în 2012; 2011 – 26,3%; 2010 – 16,3%), alte enterobacterii condiţionat patogene – 6,4% în 2012, 2011 – 4,3%; 2010 – 7,3% şi *Ps. Aeruginosa* – 0,3%.

Aşadar, rolul primordial în declanşarea maladiilor septico-purulente aparţine cocilor grampozitivi, cu predominarea *S. aureus*, *S. pyogenes*. În patologia căilor urinare predomină enterobacteriile, cu preponderenţă *E. coli*.

Începând cu anul 2002, are loc monitoringul rezistenţei tulpinilor la preparatele antimicrobiene (PAM) la 8 agenţi patogeni: *S. aureus*, *P. aeruginosa*, *S. pneumoniae*, *E. coli*, *S. typhimurium*, *K. pneumoniae*, *S. sonnei* şi *E. faecalis*.

Sensibilitatea microorganismelor către PAM a fost determinată prin metoda difuziei în geloză, cu folosirea mediului nutritiv standardizat Mueller-Hinton, a rondelelor cu antibiotice producţia Hai-Media, în conformitate cu Indicaţiile metodice *Determinarea sensibilităţii agenţilor bacterieni la preparatele antimicrobiene prin metoda difuzimetrică* şi Recomandările Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii.

Tulpinile de *S. aureus*, depistate în biosubstraturi, sunt polirezistente la următoarele PAM: penicilină – 81,3% (2011 – 95,8%; 2010 – 92,3%); vancomycină – 39,5% (2011 – 45,5%; 2010 – 7,6%); erytromicină – 33,3% (2011 – 19,7%; 2010 – 8,7%); clindamycină – 32,1% (2011 – 18,9%; 2010 – 7,4%); oxacillină – 31,7% (2011 – 32,9%; 2010 – 9,6%); rifampicină – 28,1% (2011 – 16,2%; 2010 – 0%); tetraciclină – 14,4% (2011 – 8,8; 2010 – 7,7%); co-trimoxazol – 11,6% (2011 – 8,0%; 2010 – 6,5%). Aceste tulpini au manifestat sensibilitate înaltă faţă de tobramycină, gentamicină, cefasolină, ciprofloxacină.

Tulpinile de *P. aeruginosa* s-au dovedit a fi polirezistente la următoarele PAM: aztreonam – 75% (2011 – 100,0%; 2010 – 60,0%); ceftazidină – 33,3% (2011 – 100,0%; 2010 – 40,0%); ceftriaxonă – 100% (2011 – 100,0%) şi sensibile faţă de imipenem şi amicacin.

Tulpinile *S. pneumoniae* au manifestat rezistenţă către următoarele PAM: co-trimoxazol – 88,4% (2011 – 49,7%; 2010 – 74,4%); erytromycină – 62,1% (2011 – 29,7%; 2010 – 18,2%); claritromicină – 58,9% (2011 – 35,0%); oxacillină – 57,3% (2011 – 66,7%; 2010 – 91,8%); penicilină – 46,8% (2011 – 39,8%; 2010 – 68,3%); ceftazidim – 43,5% (2011 – 10,5; 2010 – 42,2%); clindamicină – 44,5% (2011 – 17,7; 2010 – 14,9); chloramphenicol – 33,2% (2011 – 7,2%; 2010 – 21,6%), şi sensibilitate către amoxiclavină şi rifampicină.

Tulpinile de *K. pneumoniae* au prezentat rezistenţă către 7 PAM: ampicilină – 100% (2011 – 61,1%; 2010 – 97,3%); co-trimoxazol – 72,7% (2011 – 44,4%; 2010 – 66,7%); tetraciclină – 66,7% (2011 – 100,0%; 2010 – 60,0%); cefalotină – 63,6% (2011 – 33,3%; 2010 – 37,3%); nitrofurantoin – 60% (2011 – 60,0%; 2010 – 28,6%); chloramphenicol – 35,7% (2011 – 57,4%; 2010 – 11,9%); cefotaxim – 33,3% (2011 – 42,9%; 2010 – 40,0%); *E. coli* – faţă de 5 PAM: ampicilină – 83,6% (2011 – 42,0%; 2010 – 68,5%); piperacilină – 54,25% (2011 – 30,8%; 2010 – 13,3%); cefalotin – 50,9% (2011 – 42,4%; 2010 – 50,0%); tetraciclină – 41,8% (2011 – 41,0; 2010 – 20,0%); co-trimoxazol – 40,7% (2011 – 37,6%; 2010 – 42,9%).

Analiza prezentată confirmă necesitatea obligatorie a studierii sensibilităţii către PAM a tulpinilor de microorganisme decelate din biosubstraturi.

ANTIBIOTICOREZISTENŢA MICROFLOREI NESPECIFICE IZOLATE DIN BIOSUBSTRATURI ÎN LABORATORUL MICROBIOLOGIC AL CSP IALOVENI

Elena CARACUIAN, Diana MISTREANU,
Centrul de sănătate publică Ialoveni

Actualitatea temei. Conform datelor OMS, în fiecare an, în lume sunt afectaţi de maladii infecţioase circa 2 milioane de oameni, circa 25% cazuri se soldează cu deces. În Republica Moldova, patologia infecţioasă continuă să rămână o problemă actuală a medicinei contemporane din cauza morbidităţii înalte. Pericolul apariţiei şi răspândirii agenţilor patogeni impune necesitatea monitoringului continuu al florei microbiene, izolate din prelevatele recoltate de la bolnavi, precum şi al rezistenţei lor la preparatele antimicrobiene.

Materiale. Au fost examinate rezultatele investigaţiilor de laborator ale 2777 de biosubstraturi (2010-2012), prelevate de la pacienţi cu diferite patologii, în marea majoritate de la copiii din secţia pediatrie a SR Ialoveni, cu infecţii respiratorii acute,

amigdalite, otite, sinusite, plăgi purulente, vulvovaginite, infecţii ale căilor urinare, conjunctivite etc. Drept material pentru examinare au servit substraturile biologice, în conformitate cu Ordinul MS RM nr. 535 din 22.04.1985.

Rezultate. Pe parcursul perioadei de studiu, procentul de depistare a florei bacteriene a constituit 65,6% în 2010, 68,5% în 2011 şi 89,9% în 2012. Peisajul florei microbiene izolate a fost divers. Analizând agenţii patogeni implicaţi în declanşarea infecţiilor nespecifice, am determinat că spectrul acestor infecţii a fost dominat de streptococi (57,1%) şi stafilococi cuagulazo-pozitivi (25,0%). S-a observat o pondere relativ ridicată a tulpinilor de enterobacterii (8,0%), Candida (7,6%). Un rol mai puţin semnificativ le-a revinit tulpinilor de alte microorganisme (1,5%), inclusiv *Ps. aeruginosa* (0,8%) şi *Pneumococi* (0,1%).

A fost testată sensibilitatea tulpinilor izolate la preparatele antibacteriene, fiind demonstrată rezistenţa destul de înaltă a agenţilor microbieni depistaţi faţă de majoritatea antibioticelor.

Rezistenţa mictoorganismelor la antibioticele din grupa penicilinelor a constituit 80-90%, la tobramicină – 25,9%, la gentamicină – 11,5%. Rezistenţa la amicacină a crescut de la 20,1% în 2010 până la 66,7% în 2012. De asemenea, s-a majorat rezistenţa către tetracicline – de la 72,3% până la 75,4% respectiv.

Rezistenţa către bacitracine a fost în jur de 70,0%. Microorganismele izolate şi-au păstrat sensibilitatea la cefalosporine. Aşadar, către cefazolină, ceftriaxon şi cefuroxim nivelul de rezistenţă a tulpinilor decelate a fost de circa 10,0%, ceea ce nu putem menţiona referitor la ceftibuten, rezistenţa faţă de care a alcătuit 90,0%.

Situaţia constatată poate fi rezultatul indicării neargumentate sau a consumului neadecvat de antibiotice fără aprecierea antibioticogramei.

Este îngrijorător faptul că se atestă o rezistenţă faţă de cefalosporine şi alte preparate de ultimă generaţie, indiferent de faptul că până la moment rezistenţa la ele este încă mică, dar situaţia poate suferi modificări în termen restrâns.

Prescrierea neargumentată a tratamentului, fără examen bacteriologic, aduce prejudicii sănătăţii populaţiei, având impact negativ prin provocare de dismicrobism, candidoze, scăderea imunităţii etc.

Antibioticul pentru terapie trebuie selectat individual, în baza rezultatelor de laborator, a sensibilităţii florei microbiene şi anamnezei utilizării de antibiotice în anticedente, precum şi în baza toleranţei individuale a pacientului.

PEISAJUL MICROBIAN ÎN MALADIILE NESPECIFICE ŞI REZULTATELE TESTĂRII SENSIBILITĂŢII LA ANTIBIOTICE

Ecaterina ROŞIORU, Veaceslav CHIŞLARI,
Centrul de sănătate publică Bălţi

În laboratorul microbiologic al Centrului de sănătate publică al mun. Bălţi, în perioada 2010-2012, au fost supuse cercetării microbiologice 2872 de probe de substraturi biologice, inclusiv 883 probe în anul 2010, 915 – în 2011 şi 1074 – în 2012. În ultimul an de referinţă, se constată o majorare a numărului de probe prelevate de la bolnavi cu diferite maladii nespecifice, aceasta fiind determinată de actualitatea şi semnificaţia examenului bacteriologic în diagnosticul corect şi în aplicarea tratamentului antimicrobian.

Monitoringul rezultatelor microbiologice denotă rolul diferitelor microorganisme în procesele patologice. Rolul dominant în provocarea maladiilor nespecifice le revin stafilococilor – 35%, urmaţi de enterobacterii – 32,2%, streptococi – 21,7%, levuri – 7,9% şi *P. Aerogenosa* – 1,6%. Depistarea stafilococilor prevalează în probele eliminărilor din ochi – 67,3%, eliminărilor din vagin şi de pe suprafaţa placentei – 47,2%, din puroi – 47,2%, plăgi – 45,1%, secret din faringe – 28,7%. Enterobacteriile mai frecvent au fost depistate în probele de urină – 33,4%. În ultimii ani, din probele de spută prevalează depistarea levurilor – 80%, streptococilor – 60,0% şi pneumococilor – 20,0%.

La toate tulpinile izolate s-a studiat rezistenţa „in vitro" la preparatele antibacteriene. Determinarea sensibilităţii tulpinilor izolate la antibiotice s-a efectuat prin metoda difuzimetrică, utilizând mediul nutritiv Muller-Hinton şi rondele cu antibiotice standard. Controlul calităţii, pentru asigurarea preciziei metodei, s-a realizat prin folosirea tulpinilor de referinţă *E. colli* ATCC 25922, *S. aureus* ATCC 25923 şi *P. aerogenosa* ATCC 27853. De menţionat că tulpinile de *S. aureus*, precum şi enterobacteriile, în 80-90% cazuri sunt sensibile la antibioticele din grupa fluoquinolonelor (ciprofloxacină, ofloxacină, norfloxacină). Faţă de cefepime (cefazolină, cefepimă, cefoperazonă, ceftazidimă), stafilococii prezintă o sensibilitate de 58-60%, enterobacteriile – de 60-62%. La grupa aminoclicozidelor (gentamicină, amicacină, canamicină, tobramicină) stafilococii sunt sensibili în 78-80% cazuri, enterobacteriile – în 82-85%. Atât stafilococii, cât şi streptococii, şi *P. aeroginosa* manifestă o rezistenţă destul de înaltă (80-83%) la antibioticele din grupa penicilinelor.

v_cislari@yahoo.com

MONITORINGUL MICROFLOREI DEPISTATE ÎN BIOSUBSTRATURILE DE LA PACIENȚI DIN RAIONUL RÂȘCANI (2010-2012)

Vergil MANOLE, Raveca JUNCO,
Centrul de sănătate publică Râșcani

Materiale. Au fost utilizate materialele de supraveghere pe parcursul a 3 ani din Centrul de sănătate publică raional Râșcani, inclusiv formularele statistice.

Rezultate și discuții. În ultimii ani, a sporit atenția specialiștilor-clinicieni acordată colaborării cu serviciul bacteriologic privind stabilirea unei scheme terapeutice adecvate și obținerea unui tratament efectiv. Mai frecvent a fost solicitată investigarea microbiologică a exudatului nazofaringian, a urinei, exudatului din ochi, secretului din plagă și a sângelui la flora microbiană. O cotă mai mare le revine probelor trimise din Spitalul Raional – 80%, de la CMF și AMSA – a câte 10%. La cercetarea sputei și a eliminărilor din urechi, ponderea probelor pozitive a constituit 100%, a exudatului nazofaringian – 83,5-94,5%, secretului din plagă – 72,5-100%, urinei – 66,2-84%, secretului oftalmic – 61,2-87,5%.

În peisajul tulpinilor izolate din substraturile biologice, predomină stafilococii (52,0%-65,0%), urmați de streptococi (25,0%–17,3%), levuri (7%–14,8%), enterobacterii condiționat patogene (10,0%-4,2%), *H. Influensae* (3,5%-3,1%), pneumococi (4,5%-2,5%), *Ps. aeruginosa* (4,5%-2,1%), alți agenți (7,5%-6,1%).

Stafilococii au prevalat în eliminările din urechi (90,0%-84,0%), secretul oftalmic (80,0%-94,0%), sânge (89,0%-94,0%), secretul din plagă și puroi (60,0%-64,0%), secretul din faringe (50,0%-54,0%). Streptococii au prevalat în eliminările din urechi (30,0%-38,0%), secretul din faringe (20,0% -24,0%); pneumococii – în spută (30,0%-38,0%) și în secretul faringian (4,0%-4,4%). Enterobacteriile condiționat patogene au predominat în infecțiile tractului urinar (60,0%-63,0%) și în secretul plăgilor prelevate din secțiile chirurgicale (20,0%-24,0%).

Pseudomonadele au predominat în secretul faringian (56,0%-44,0%) și în infecțiile tractului urinar (20,0%-23,0%). Pe parcursul ultimilor trei ani, nivelul de depistare a levurilor (*Candida albicans*) a crescut de la 7% la 14,8%.

Din numărul total de prelevate, în 81,0%-84,0% cazuri au fost izolate monoculturi, în 16,0%-19,0% cazuri – asociații de microorganisme. Cele mai frecvente combinații au fost: stafilococi cu streptococi, stafilococi cu levuri, streptococi cu levuri, stafilococi cu enterobacterii.

Este important de menționat că, în rezultatul monitorizării situației microbiologice din mediul spitalicesc, cercetării materialului de pansament și instrumentarului medical din secțiile somatice, chirurgicale, au fost depistate aceleași microorganisme ca și în substraturile biologice studiate.

Cercetarea sensibilității la preparatele antimicrobiene (PAM) este permanent în vizorul serviciului bacteriologic și investigațiile efectuate sunt bine-venite pentru instituțiile curative la momentul deciziei asupra tacticii de tratament.

Toate tulpinile depistate au fost cercetate la rezistență față de PAM. În anul 2012, tulpinile de *St. aureus*, *Ps. aeruginosae*, *S. pneumoniae*, *E. coli*, *S. typhimurium*, *K. pneumonae*, *S. sonnei*, *E. faecalis*, au manifestat rezistență la următoarele antibiotice: ampicillină – 13,0%, oxacilină – 23,3%, amoxacilină – 10%, cefazolină – 17,4%, cephalothină – 7,0%, cefamandol – 10,2%, cefepim – 10,2%, cefoperazon – 10,2%, ceftazidim – 32%, ghentamicin – 6,5%, amicacin – 4,0%, tobramicin – 8,8%, tetraciclin – 27,0%, ciprofloxacin – 7,6%, ofloxacin – 5,0%, chloramphenicol – 27,0%.

e-mail: manole.vergil@gmail.com

EVOLUȚIA PROCESULUI EPIDEMIC PRIN BORRELIOZĂ ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Ion CEBOTARI, Larisa APOSTOLOVA,
Centrul de Sănătate Publică Municipal Chișinău

Introducere. Borrelioza (boala Lyme) este o maladie infecțioasă comună pentru animale și oameni, cu un potențial epidemic mare, devenind, în ultimii ani, una dintre cele mai răspândite infecții cu focalitate naturală.

Agentul cauzal al borreliozei este *Borrelia Burgdorferi*, iar vectorul de transmitere a infecției sunt căpușele *Ixodes ricinus*.

Scopul lucrării este evaluarea tendinței de răspândire a procesului epidemic prin borrelioză în municipiul Chișinău, în perioada 2002-2012.

Materiale și metode. Pentru determinarea tendinței procesului epidemic în borrelioză, au fost folosite datele oficiale statistice și datele anchetării focarelor, cu prelucrarea lor statistică.

Primele date despre prezența borreliozei în Moldova au fost înscrise în darea de seamă a medicului-bacteriolog al Stației Antipestică din Moldova, Ala Marin, prezentată Comisiei de atestare a MS al RM în anul 1992, în care se specifică faptul că în septem-

brie – decembrie 1991 au fost examinate 10 seruri sangvine, colectate de la bolnavi cu streptodermie, prurit, dermatită, în 8 dintre care au fost depistați anticorpi către borrelii în titrele 1:40 și 1:160.

În următorii 9 ani, la Centrul de Igienă și Epidemiologie municipal au fost declarate 10 cazuri de borrelioză, însă aceste cazuri n-au fost incluse în rapoartele statistice oficiale.

Borrelioza este inclusă în lista maladiilor infecţioase de evidenţă și raportare statistică obligatorie începând cu anul 2000. În anii de evidenţă și raportare oficială a cazurilor de borrelioză (2000-2012), în mun. Chișinău s-au depistat și raportat 404 cazuri de borrelioză, incidența crescând de la 1 caz în anul 2000 până la 117 cazuri în 2012, sau de la 0,1 până la 14,8% cazuri la 100000 populație.

Sporirea morbidităţii prin borrelioză s-a declanșat în anul 2010. În anii 2010-2012, s-au depistat de 2,4 ori mai mulţi bolnavi decât în 10 ani precedenţi (2000-2009) – 287 și, respectiv, 117 cazuri. Morbiditatea medie multianuală pentru anii 2000-2009 constituie 11,7 bolnavi, pentru anii 2010-2012 – 95,6.

Sporirea morbidităţii prin borrelioză în ultimii ani poate fi explicată prin informarea largă a populaţiei despre consecinţele înţepării de căpușă, perfecţionarea profesională a medicilor, lărgirea posibilităţilor de utilizare a metodelor de laborator în diagnosticarea borreliozei, dar și prin intensificarea circulaţiei agentului cauzal în focarele naturale. Dacă în 1990-1991, în primele studii ale nivelului de infectare a căpușelor cu borrelii infecţiozitatea acestora constituia 12,4% , în anul 2012 ea a crescut până la 36,3%.

Cazuri de borrelioză se depistează pe pacursul întregului an, dar cu o sezonalitate pronunţată în lunile iunie – august, fiind în strânsă corelare cu perioada de activitate a vectorului de transmitere a infecţiei – a căpușelor. Sporirea morbidităţii debutează în luna mai, atinge indici maximali în iulie, iar din octombrie se stabilește în limitele morbidităţii intersezoniere.

Borrelioza afectează ambele sexe, însă mai frecvent (67,9%) fac boala femeile, fiind mai ușor atacate de căpușe datorită vestimentaţiei specifice sexului feminin.

În structura de vârstă a bolnavilor de borrelioză devieri esenţiale nu există, iar în structura socială predomină persoanele neangajate în câmpul muncii (35,5%) și pensionarii (14,2%). Locul contactării cu căpușele sunt spaţiile verzi urbane (69,3%).

Pe parcursul a. 2010-2012, la Centrul de Sănătate Publică Chișinău au fost declarate 361 persoane cu suspiciune la borrelioză, diagnosticul primar fiind confirmat în 287 cazuri, inclusiv 45 (15,7%) numai în baza simptomelor clinice și 242 (84,3%) – în baza semnelor clinice și rezultatelor investigaţiilor de laborator.

Boala s-a manifestat, preponderent, în formele ușoară și medie, fapt ce a influenţat nivelul spitalizării, ultimul variind în limitele 11,1-23,7% în ultimii trei ani. Depistarea timpurie a bolii și tratamentul adecvat sunt garanţia prevenirii formelor cronice și recidivante de borrelioză.

Larisa Apostolova, tel. +373 22574343,

e-mail. lapostol@rambler.ru

CAZ CE CONFIRMĂ CONCEPȚIA CĂ OMUL ESTE GAZDĂ FACULTATIVĂ PENTRU *DIROFILARIA REPENS*

Vera LUNGU*[1]*, Ana VARTICIAN*[2]*,
[1]Centrul Național de Sănătate Publică,
[2]Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Introducere. În ultimii ani, se observă o tendinţă evidentă de creștere a cazurilor de dirofilarioză umană. Autorii explică acest fapt prin fenomenul de încălzire globală și, în legătură cu aceasta, prin creșterea numărului de ţânţari și câini infestaţi. Dirofilarioza este o zoonoză parazitară ce afectează câinii, pisicile și carnivorele sălbatice, care intervin ca gazde definitive pentru parazit. Viermii adulţi, *Dirofilaria (D) repens* și *D. immitis*, sunt relativ mari, cu lungimea de până la 120-180 mm, și afectează cordul și pulmonul animalelor. La animalele parazitate dirofilariile adulte, fiind vivipare, eliberează microfilarii în sângele gazdei. Molipsirea are loc prin mușcătura de ţânţari *Anopheles*, *Culex* și *Aedes* – gazde intermediare și de vectori pentru aceste filarii. Accidental, dirofilariile pot afecta și omul. Persoanele infestate devin gazde aberante. În invaziile umane, de obicei, se dezvoltă doar o larvă, care nu ajunge la fertilitate. Pentru *D. Repens*, reședinţa obișnuită este ţesutul subcutanat, în timp ce *D. immitis* frecvent afectează plămânii și alte viscere umane.

Larva rătăcește prin corpul uman și, în cele din urmă, formează un nodul subcutanat. Migrarea subcutanată a viermelui poate cauza reacţii inflamatorii locale, cu schimbarea localizării (erupţie târâtoare). De obicei, este prezent doar un singur vierme, de aceea îndepărtarea parazitului din piele este, de regulă, suficientă pentru a trata invaziile umane. Cu toate acestea, invazia poate provoca o mare varietate de simptome, în funcţie de localizarea parazitului.

Diagnosticul final se stabileşte prin examinarea microscopică a viermelui excizat.

În plus, au fost raportate cazuri rare de afectare a diferitelor organe, cu afectarea pulmonului, creierului, organelor genitale masculine, feminine, sânului sau ochilor. Aceasta din urmă se intâlneşte, în special, în timpul fazei migratoare a parazitului. Învaziile cu *D. immitis* sunt, adesea, detectate întâmplător şi deseori sunt iniţial confundate cu tumorile maligne.

Caz clinic. Pacientul cu vârsta de 20 de ani, locuitor al mun. Chişinău, în luna iunie 2011 s-a adresat la Spitalul Municipal *Sf. Arhanghel Mihail* cu acuze de proces imflamator, însoţit de prurit, în regiunea peretelui abdominal. La examinare, medicul-chirurg a palpat în ţesut o formaţiune dură sub formă de cordon. La extirpare, s-a depistat un nematod viu de origine necunoscută. Formaţiunea a fost trimisă în Laboratorul parazitologic al CNSP pentru identificare. La examinare, s-a constatat că nematodul este o femelă, cu lungimea de aproximativ 110 mm, care aparţine speciei *Dirofilaria repens*. În uterul acesteia s-a depistat o cantitate foarte mare de larve, fapt ce confirmă că femela era matură. Rezultatul examenului sângelui periferic (frotiul şi picătura groasă la prezenţa microfilariilor) a fost negativ.

Pacientul locuieşte în mun. Chişinău, în casă cu ogradă. În ogradă, precum şi la toate casele din preajmă, sunt prezenţi câini. Lucrează în calitate de măcelar şi în afara republicii n-a fost niciodată.

Discuţii. Cazuri de dirofilarioză au fost raportate din diferite regiuni ale lumii, inclusiv America de Nord, Australia, Asia, Africa, Orientul Mijlociu, Europa. Este bine cunoscut faptul că *D. repens* se întâlneşte în zone climaterice temperate din Europa. În ultimii ani, un număr tot mai mare de cazuri de dirofilarioză umană au fost raportate din Rusia, Ucraina, Israel, Grecia, Italia, Spania, Franţa, Republica Cehă, Ungaria şi România. Cazuri solitare au fost raportate şi din ţările mai nordice ale Europei: Germania, Austria, Elveţia. Dirofilariile sunt considerate agenţi patogeni emergenţi, în prezent gama lor geografică fiind în creştere. Numărul tot mai mare de cazuri de dirofilarioză umană raportate, confirmate medical, poate fi explicat printr-o conştientizare şi un interes sporit în rândul specialiştilor, de rând cu schimbările climaterice şi lipsa de prevenire a răspândirii agentului etiologic printre rezervoarele zoonotice. În ultimele decenii, invazii cu nematode nonindigene, în general, sunt tot mai frecvent întâlnite în ţările Europei, graţie intensificării turismului internaţional. Acest fapt sugerează ideea că dirofilarioza este o boală în curs de răspândire, care se raspândeşte sub influenţa încălzirii climaterice globale.

Cazuri de această parazitoză au fost înregistrate şi în Republica Moldova. *D. repens* este, probabil, mai frecventă decât se cunoaşte, iar numărul de cazuri înregistrate ar putea fi în creştere. În toate cazurile depistate până în prezent, s-a stabilit că pacienţii n-au emigrat în afara republicii, fapt ce dovedeşte că molipsirea a avut loc pe teritoriul ţării. Aşadar, se poate face concluzia că invazia persistă şi la câini, deşi serviciul veterinar-sanitar n-a raportat niciun caz de boală la animale. Mai mult ca atât, astfel de studii în republică încă nu au fost efectuate. Conform studiului desfăşurat în Rostov-pe-Don, în perioada 2000-2011, extensivitatea invaziei la câini a constituit 2,1-19,4%, fiind în creştere odată cu vârsta animalelor. Ţânţarii, vectorii invaziei, în diferiţi ani, au fost infestaţi cu *D. repens* cu o frecvenţă de 1,0-13,6%.

Dacă până nu demult se considera că organismul omului este o piedică biologică pentru *D. repens*, în ultimii ani apar dovezi că omul poate fi gazdă facultativă pentru parazit. Încă în anul 2009, Serghiev şi coautorii au demonstrat capacitatea de maturizare a parazitului în organismul uman. Ulterior, s-au mai înregistrat cazuri în care, în punctatele din nodulii subcutanaţi sau în sângele periferic prelevate de la persoane de la care s-a extirpat viermele, au fost depistate microfilarii.

Cazul relatat este încă o dovadă a faptului că omul poate fi gazdă facultativă pentru *Dirofilariae*.

Vera Lungu, tel. 022-574-632;
e-mail veralungu@cnsp.md

METODE EXPRESE ÎN BACTERIOLOGIA SANITARĂ

N. IULARJI, O. NASTAS, O. SOFRONIE,
Centrul de Sănătate Publică Municipal Chişinău

Luând în consideraţie sinecostul înalt al investigaţiilor microbiologice, sarcina microbiologului este de a stabili un diagnostic microbiologic veridic, cu cheltuieli minime de timp, efort şi mijloace.

Metoda clasică de investigaţii microbiologice, folosită în practica laboratoarelor bacteriologice, necesită eforturi mari şi timp îndelungat, cu obţinerea rezultatelor în câteva zile.

În acest sens, capătă o semnificaţie deosebită metodele rapide de diagnosticare, ce permit stabilirea diagnosticului microbiologic sau tragerea unei concluzii într-un timp mai scurt (de la câteva minute la câteva ore), după examinarea materialului în laborator. Printre testele rapide utilizate în practica laboratorului de bacteriologie al CSP din municipiul Chişinău sunt: metoda impedanţei, metoda membra-

nelor filtrante şi diagnosticul prin utilizarea mediilor cromogene.

Una dintre cele mai noi metode exprese de determinare calitativă şi cantitativă a indicatorilor sanitari, a florei patogene şi condiţionat patogene este metoda impedanţei.

Impedanţa este rezistenţa aparentă în cazul curentului alternativ, ce trece printr-o anumită materie. Impedanţa în microbiologie este o metodă indirectă pentru determinarea microorganismelor, folosind măsurarea rezistenţei electrice.

Compoziţia chimică a mediului se schimbă în rezultatul creşterii şi activităţii metabolice a microorganismelor, ceea ce duce la modificarea impedanţei. La inocularea microorganismelor în mediul lichid, începe înmulţirea celulelor, care duce la descompunerea legăturilor slab electrizate din componenţa moleculelor (proteine, peptide, glucide), cu formarea moleculelor ce posedă o încărcătură electrică puternică. Aceste molecule formate în rezultatul procesului de disociere duc la modificarea rezistenţei electrice a mediului nutritiv, care poate fi măsurată. În mediul nutritiv, aşa o schimbare a rezistenţei poate fi măsurată tehnic cu ajutorul a doi electrozi instalaţi în interiorul flaconului destinat investigaţiei.

Pe principiul descris este bazat sistemul de măsurare al analizatorului *Bac Trac*, ce înregistrează modificările rezistenţei electrice a mediilor nutritive, care apar sub influenţa dezvoltării şi activitaţii metobolice a microorganismelor din proba cercetată.

Aparatul *Bac Trac* este un sistem automatizat pentru accelerarea aprecierii calitative şi cantitative a gradului de contaminare microbiană a produselor alimentare, a materiei prime, producţiei cosmetice, farmaceutice, apei potabile, a decapantelor de pe suprafeţe şi se foloseşte numai în microbiologia sanitară.

Mediul lichid, care este folosit în metoda impedanţei, e mai potrivit pentru creşterea microorganismelor, în comparaţie cu mediile agarizate, folosite în metoda clasică. Viteza de creştere a microorganismelor în mediul lichid sporeşte, iar timpul de investigare a probelor se reduce.

Impulsul impedanţei poate fi fixat în cazul în care cantitatea de microorganisme constituie 10^6-10^7 UFC/ml, pe când prin metoda clasică colonia de microorganisme poate fi observată doar la o cantitate a microorganismelor de 10^8-10^9UFC/ ml. Ca urmare, sensibilitatea metodei impedanţei este de 1000 ori mai mare decât cea a metodei clasice. Timpul total de investigare nu depăşeşte 24 de ore. În majoritatea cazurilor, rezultatul poate fi obţinut peste câteva ore.

Metoda impedanţei cu ajutorul analizatorului *Bac Trac*, folosind medii nutritive selective speciale, permite efectuarea următoarelor investigaţii: numărul de germeni mezofili aerobi şi, facultativ, anaerobi (NGMAFA), bacterii coliforme, flora patogenă, inclusiv *Salmonella*, *Enterococcus*, *S. aureus*, *B. cereus*, lactobacili, clostridii sulfitreducătoare, levuri, micete, *Listeria spp*.

Programul de lucru al analizatorului *Bac Trac* este constituit din 2 părţi: 1 – *Bac Monitor*-soft, care duce evidenţa datelor, controlul măsurării şi obţinerii rezultatelor. Acest soft permite vizualizarea probelor cercetate pe monitor, în formă de grafic şi, în caz de rezultat pozitiv, proba se colorează în roşu, iar în cazul unui rezultat negativ – în albastru sau verde; 2 – *Bac Eval*-program, care permite prelucrarea ulterioară a rezultatelor obţinute (tabele, grafice).

Metoda impedanţei a fost implementată în activitatea CSP din mun. Chişinău începând cu luna decembrie 2006 şi se foloseşte nemijlocit la investigarea produselor alimentare pentru certificare. Aceasta se efectuează cu scopul de a obţine într-un timp scurt rezultate cu exactitate maximă.

Metoda membranelor filtrante. Microorganismele pot fi detectate prin diferite metode, inclusiv biochimice şi serologice, dar pentru analiza cantitativă este necesară cultivarea pe medii nutritive solide, mai ales dacă este utilizată metoda membranelor filtrante în cazul cercetării apei potabile, băuturilor nealcoolice, produselor farmaceutice.

Metoda membranelor filtrante nu numai că permite efectuarea unui spectru complet de cercetări microbiologice, dar face procesul mai eficient, economic şi potrivit pentru testele de rutină.

Această tehnică constă în concentrarea microorganismelor dintr-un eşantion cu volum relativ mare pe suprafaţa membranei filtrante şi cultivarea microorganismelor pe plăci cu agar nutritiv.

Folosind această metodă, membrana filtrantă cu dimensiuni adecvate a porilor este plasată în dispozitivul de filtrare, se toarnă volumul necesar de probă şi se creează un vid în vasul receptor, care induce un proces de filtrare. Microorganismele conţinute în substanţa cercetată sunt prinse pe suprafaţa membranei filtrante. Ulterior această membrană se transferă pe mediul nutritiv solid şi se incubează.

Schimbul de substanţe nutritive şi metabolice se produce prin porii membranei filtrante. După cultivare, se evaluează morfologia şi cantitatea coloniilor, pe baza cărora se determină tipurile de microorganisme şi concentraţia acestora în proba cercetată. Avantajul acestei metode este investigarea unei cantităţi mari de probă, ceea ce măreşte semnificativ precizia de determinare a concentraţiei de microbi.

În pofida adoptării pe scară largă, în practica microbiologică, a metodelor rapide, metoda bacteriologică clasică rămâne standardul de aur pentru diagnosticul multor infecţii. Această metodă implică

cultivarea materialului pe medii nutritive solide, urmată de izolarea şi identificarea unei culturi pure. Dezavantajul metodei clasice este durata îndelungată a studiului, astfel încât rezultatul, în cazul depistării microorganismelor care cresc repede, poate fi obţinut nu mai devreme de 2-3 zile după cultivarea pe medii solide.

Pentru identificarea rapidă a culturii izolate în componenţa mediilor utilizate pentru pasajul primar sau pentru acumularea culturii pure, se introduc substraturi de diferenţiere sau indicatori respectivi. În varianta clasică, aceştia sunt carbohidraţii, ureea sau alţi indicatori care, în rezultatul scindării de către fermenţii microorganismelor, formează anumite substanţe care modifică pH-ul sau potenţialul redox al mediului.

În rezultatul formării produselor de fermentaţie, indicatorul colorează coloniile şi/sau mediul în jurul coloniilor, ajutând la distingerea lor de coloniile necolorate ale altor microorganisme, care nu au fermentat substratul. Pentru o diferenţiere mai precisă, e necesar de a determina enzimele specifice pentru gen şi specie.

La sfârşitul secolului XX, în practica bacteriologică au intrat mediile de cultură de o nouă generaţie – *cromogene*, principiul de funcţionare al cărora se bazează pe identificarea enzimelor foarte specifice a microorganismelor căutate. La aceste enzime se referă, de exemplu, beta-d-glucuronidaza *E. coli* sau beta-d-glucozidaza pentru enterococi. Detectarea enzimei unice şi identificarea microorganismului sunt posibile prin adăugarea în mediul nutritiv a unui substrat cromogen – o substanţă care în urma fermentării formează culoare sau fluorescenţă

Ca urmare, creşterea microbiană capătă o anumită culoare sau poate deveni fluorescentă cu ajutorul luminii ultraviolete.

Datorită faptului că substratul sau amestecul de substraturi cromogene este introdus în mediile de cultură primare, rezultatul izolării culturii pure şi identificării ei poate fi obţinut în primele zile ale cercetării.

Astfel, mediile cromogene permit identificarea rapidă şi simplă a diferitelor microorganisme direct în procesul cultivării, în funcţie de culoarea coloniilor, pe când intensitatea, luminozitatea mare şi specificul culorii coloniilor căutate facilitează cu mult numărarea microorganismelor.

Prin urmare, metodele rapide utilizate în practica bacteriologică dispun de mai multe avantaje comparativ cu metodele clasice.

N. Iularji, tel. +37322574320,
e-mail: iunata61@mail.ru

CALITATEA APEI POTABILE DIN MUNICIPIUL BĂLŢI ŞI UNELE MĂSURI DE REDRESARE A SITUAŢIEI

E. ROŞIORU, V. CHIŞLARI,
Centrul de sănătate publică Bălţi

În lucrare sunt prezentate rezultatele investigaţiilor efectuate în cadrul Centrului de sănătate publică (CSP), care au vizat evaluarea calităţii microbiologice a apei distribuite populaţiei din municipiul Bălţi.

Pe parcursul anilor 2011 şi 2012, au fost efectuate respectiv 25.726 şi 17.746 de investigaţii sanitaro-bacteriologice. Numărul cercetărilor sanitaro-bacteriologice a scăzut cu aproximativ 31% faţă de 2011, deoarece în 2012 s-a micşorat considerabil numărul obiectivelor supuse autorizării sanitare ce necesitau cercetări microbiologice ale apei. În perioada de raportare, au fost investigate respectiv 762 şi 595 probe de apă, inclusiv 291 şi 308 probe din fântânile de mină, la determinarea *E. coli*, *E. faecalis* şi *C. perfringens*.

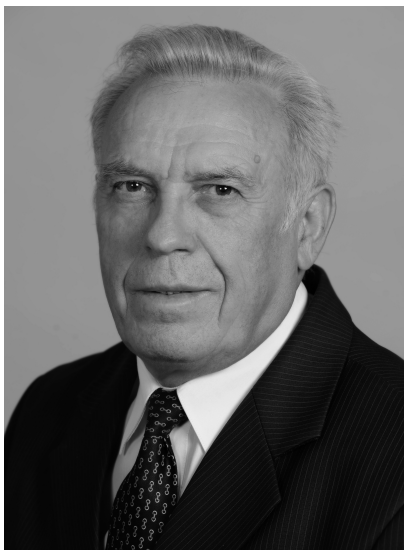
Calitatea apei din reţeaua apeductelor comunale, după indicii microbiologici, corespund Normelor sanitare nr. 934/2 din 15.08.2007. În ce priveşte calitatea probelor de apă prelevate din reţelele apeductelor interne (de la întreprinderi individuale, instituţii pentru copii ş.a.), acestea nu corespund normelor sanitare în 3,0% cazuri în 2011 şi în 1,9% cazuri în 2012, din cauza stării tehnice a reţelelor interne, ce condiţionează impurificarea apei. Indicii calităţii apei obţinuţi în urma cercetărilor efectuate sunt o sursă alarmantă a stării tehnice a sistemelor de apeduct intern. Aşadar, este necesară efectuarea lucrărilor de revizie a stării tehnice a sistemului de ţevi al apeductelor.

Din an în an, populaţia satelor Elizaveta şi Sadovoe, precum şi parţial din municipiul Bălţi, se alimentează cu apă din surse decentralizate, ce nu corespunde cerinţelor prevăzute de standardele în vigoare. Probele de apă din fântânile de mină, din numărul total de cercetări, nu corespund cerinţelor igienice în 73,1% cazuri în 2008; 66,2% cazuri în 2009; 67,2% cazuri în anul 2010 şi în 72,0% cazuri în 2011 şi 2012. Respectiv, calitatea apei din fântânile de mină se înrăutăţeşte din an în an. În acest context, menţionăm că în trimestrul IV al anului 2008, CSP al mun. Bălţi a efectuat dezinfecţia a 1693 fântâni de mină din raza municipiului, în sumă de 81264 lei, fapt ce a asigurat diminuarea cu 7% a probelor neconforme în 2009. Lipsa posibilităţilor de a efectua aceste măsuri pe parcursul anilor 2009-2012 a readus indicii respectivi la nivelul anului 2008.

V. Chişlari, tel. 0231-7-50-67;
e-mail: v_chislari@yahoo.com

PROFESORUL UNIVERSITAR GRIGORE FRIPTULEAC

Omagiu la 70 de ani



Născut la 6 iunie 1943 în satul Scumpia, raionul Fălești, într-o familie de ţărani gospodari – Efim și Zinovia Friptuleac, dl Grigore Friptuleac de mic copil a înţeles ce înseamnă munca. De aceea, imediat după absolvirea școlii medii din satul natal, în anul 1959, conștientizând necesitatea de a-și ajuta părinţii, a decis să lucreze iniţial în colhoz, apoi a devenit muncitor în capitală, totodată purtând în sine speranţa de a-și continua studiile.

Peste doi ani de muncă, în 1961 susţine cu succes examenele de înmatriculare la Școala de Bază de Medicină din Chișinău, secţia Felceri sanitari. După absolvirea cu menţiune a acestei școli și pentru participarea activă în viaţa publică, dl Gr. Friptuleac obţine dreptul de a-și continua studiile la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău. În 1964 a fost înmatriculat la Facultatea *Igienă și Sanitarie* (ulterior – *Medicină Preventivă*, apoi *Sănătate Publică*) a Institutului. Absolvind facultatea în 1970, i se propune să se încadreze, în calitate de asistent universitar, la Catedra *Igienă Generală* a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (astăzi – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemiţanu*). Sub conducerea șefului de catedră, profesorului universitar, Omului Emerit Iacov Reznik, Gr. Friptuleac s-a format ca specialist, ca om de știinţă. S-a încadrat reușit în procesul didactic și metodic. Concomitent lucrează la tema științifică *Caracteristica fiziologo-igienică a lucrărilor din legumicultura în câmp deschis*, în baza căreia susţine teza de doctor în medicină la ședinţa Consiliului ştiinţific al Institutului de Igiena Muncii și Boli Profesionale din Kiev (Ucraina), în 1979, fiindu-i conferit gradul științific respectiv.

Pe parcursul anilor 1978-1981, pe lângă lucrul de bază, este invitat în calitate de redactor științific netitular la Editura *Cartea Moldovenească*, unde a redactat circa 25 de cărţi din seria *Medicina pentru toţi*. În perioada 1981–1984, dl doctor în medicină Grigore Friptuleac activează prin cumul ca redactor științific la redacţia principală a Enciclopediei Moldovei, unde și-a adus aportul considerabil la redactarea și editarea *Enciclopediei medicale populare* (Chișinău, 1984, 650 p.).

Dispunând de abilităţi metodice și didactice, în perioada 1981–1988 activează în funcţia de șef de studii la Catedra *Igienă Generală*, este implicat cu toată responsabilitatea și străduinţa în modernizarea programelor de studii, a procesului didactic. În 1983, este ales prin concurs în postul de lector superior la aceeași catedră, fapt prin care este recunoscut ca profesionist de valoare. Citește cursuri și conduce lucrări practice la toate facultăţile, este captivat de activitatea profesională pe care o desfășoară prin muncă asiduă și cu deosebită satisfacţie.

De la 1.02.1988, este transferat la Catedra *Igienă* a Facultăţii *Medicină Preventivă*, contribuind la consolidarea acestei catedre cu cadre și asigurând un nivel înalt de pregătire a specialiștilor în dome-

niu. Aici este ales ulterior, prin concurs, în postul de conferenţiar universitar şi i se încredinţează funcţia de şef de studii, pe care o îndeplineşte timp de 2 ani. Lucrează împreună cu dl profesor, dr. habilitat Victor Vangheli şi colaboratorii catedrei. Se include activ în procesele didactic şi ştiinţific, demonstrând capacităţi de organizare a cercetărilor ştiinţifice de înalt nivel, fapt care a servit drept motiv pentru a fi numit responsabil de activitatea ştiinţifică a catedrei.

Din 1993 până în prezent, este încadrat prin cumul în calitate de şef al Laboratorului ştiinţific *Igiena mediului* din Institutul Moldovenesc de Cercetări Ştiinţifice în Domeniul Igienei şi Epidemiologiei, care ulterior a suferit mai multe modificări, iar din 1995 se află în componenţa Centrului Naţional de Sănătate Publică. În perioada 1995-1999, când a exercitat funcţia de decan al Facultăţii *Medicină Preventivă*, dl Grigore Friptuleac era deja o personalitate cunoscută, cu o vastă experienţă didactică, practică, ştiinţifică şi de organizator. Înzestrat cu pasiune, perseverenţă, spirit organizatoric şi putere de muncă excepţionale, dublate de o competenţă recunoscută, realizează reforme importante în instruirea universitară şi postuniversară, consolidează colectivul facultăţii spre acţiuni de mare valoare. În anul 2003, împreună cu conducerea Universităţii, a depus efortul necesar pentru a redeschide facultatea sub o nouă denumire – *Sănătate Publică*.

În anul 1999, este ales în funcţia de şef al Catedrei *Igienă*, pe care o conduce şi în prezent. În 2001 susţine cu succes teza de doctor habilitat *Evaluarea igienică a factorilor exogeni determinanţi în geneza litiazei urinare şi elaborarea măsurilor de prevenţie a ei*, iar în 2004 obţine titlul ştiinţific de profesor universitar.

Profesorul universitar Grigore Friptuleac este perseverent în preluarea direcţiilor performante şi utile ale Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, Uniunii Europene, Organizaţiei Internaţionale a Muncii etc. Dă dovadă de cunoştinţe vaste, citeşte cursuri la Igiena mediului, Igiena muncii, Ecologia umană, Promovarea sănătăţii, conduce lucrări practice la un înalt nivel în limbile română şi rusă, dirijează rezidenţiatul în Igienă. A participat la traducerea manualului *Igiena comunală* (1992), este energic, perseverent. A urmat cursurile de perfecţionare la Institutul de Medicină nr. 1 din Moscova, la Institutul Medical de Igienă şi Sanitarie din Sankt Petersburg. În 2000 a urmat cursurile de perfecţionare la Universitatea de Medicină şi Farmacie din Iaşi, România, ulterior – la *Prodidactica*. Îndeplineşte un volum mare de lucru metodic: a elaborat peste 30 de lucrări metodice. În anul 1994, a contribuit la fondarea cursului *Ecologia umană*, iar în 2007 – a cursului *Promovarea sănătăţii* la Facultăţile *Sănătate Publică*, *Medicină* şi *Stomatologie*. A redactat 7 manuale şi 4 compendii pentru lucrări practice.

Dl profesor universitar Gr. Friptuleac este foarte pasionat de activitatea ştiinţifică. A pregătit şi a publicat circa 400 de lucrări ştiinţifice, inclusiv 7 monografii; are 6 inovaţii. Participând la expoziţiile internaţionale, a obţinut 3 medalii de aur, una de argint şi una de bronz. Rezultatele ştiinţifice obţinute de dl profesor le găsim publicate în prestigioase reviste, în materialele congreselor şi conferinţelor publicate în ţară şi peste hotare, nu doar în limba română, dar şi în limbile rusă şi engleză. Pentru monografia *Igiena muncii în agricultură* (Editura *Medicina*, Moscova), la care este coautor, dl profesor Gr. Friptuleac deţine titlul de Laureat al *Premiului F.F. Erisman* al Academiei de Ştiinţe Medicale din URSS. În 2013, obţine titlul de Laureat al Galei premiilor în sănătate. Profesorul Gr. Friptuleac conduce o direcţie ştiinţifică nouă a catedrei şi a Laboratorului ştiinţific *Igiena mediului* al CNSP, realizând o serie de implementări importante. A pregătit 8 doctori în medicină şi îndrumează lucrul ştiinţific a 5 doctoranzi şi un competitor pentru teza de doctorat. Discipolii Domniei Sale sunt încadraţi în funcţii înalte în Serviciul de supraveghere de stat a sănătăţii publice (SSSSP), dar şi în procesul didactic la catedră. Din armonioasele colaborări cu savanţii din ţară şi de peste hotare, cu diverse organizaţii internaţionale, au rezultat cercetări şi elaborări de mare amploare. A participat la realizarea mai multor proiecte naţionale şi internaţionale.

Profesorul universitar Grigore Friptuleac se bucură de autoritate printre studenţi, colaboratorii Universităţii, colaboratorii SSSSP, specialiştii din domeniu de peste hotare. Este membru de onoare al Societăţii Ştiinţifice de Igienă şi Sănătate Publică din România, membru al Colegiului de redacţie al revistelor naţionale (*Analele ştiinţifice ale USMF „Nicolae Testemiţanu"*; *Sănătate Publică, Economie şi Management în Medicină*; *Cronica Sănătăţii Publice*) şi internaţionale (*Revista de Igienă şi Sănătate Publică din România*, *Здоровье Общества* şi *Вода: Гигиена и Экология*, Ucraina).

Gr. Friptuleac participă activ la viaţa Universităţii şi a MS. Pe parcursul mai multor ani, a fost membru al Senatului USMF *Nicolae Testemiţanu*, membru al Consiliului ştiinţific al Universităţii, este membru al Consiliului Facultăţii *Medicină*, mem-

bru al Consiliului ştiinţific al Centrului Naţional de Sănătate Publică, preşedinte al Consiliului ştiinţific specializat *Igiena*, vicepreşedinte al Comisiei MS de atestare a medicilor-igienişti şi a medicilor-laboranţi din CSP, vicepreşedinte al Seminarului ştiinţific de profil *Igiena*, membru al Comisiei de experţi a Consiliului Naţional pentru Acreditare şi Atestare.

Colaborează în permanenţă cu medicii-practicieni din CNSP, din centrele de sănătate publică municipale şi raionale, frecvent este implicat de MS, CNSP, CSP teritoriale în diverse activităţi din domeniul igienei. Fiind un adept aprig al medicinei omului sănătos, dl profesor Gr. Friptuleac participă activ la popularizarea ştiinţei medicale. Are publicate multiple broşuri şi agende, articole în presa periodică, participă la prezentări şi discuţii la posturi de televiziune, radio, care urmăresc scopul profilaxiei diferitelor maladii.

Îi dorim jubiliarului, dlui profesor Grigore Friptuleac, multă sănătate, succese în pregătirea cadrelor de specialişti, în prosperarea ştiinţei igienice.

Colectivul catedrei

УЧИТЬСЯ НИКОГДА НЕ ПОЗДНО...

Учиться никогда не поздно,
Ни в 25, ни в 50!
Сквозь тернии дороги к звёздам,
А звёзды счастье нам сулят.

Мы и врачи, и педагоги,
Пройдя сквозь возраст и сквозь стаж
С надеждой отыскать в дороге
Единственный тот камень наш,
Тот философский, тот извечный,
В котором тайн великий свет,
Чтоб трудовой и человечный
Оставить в жизни этой след.
И передать, идущим сзади,
Умами выкованный луч,
Чтоб был он жгучий, словно радий,
И словно радий был могуч,
Чтоб из него текло здоровье,
Чтоб все недуги он сжигал
И миру, меченому кровью,
Он веры кровь переливал.

Нет! Никогда не будет поздно
Учиться правде и добру!

Мы к ним идём путём не звёздным
Всё вверх и вверх, за кругом круг
И, уходя в другие дали
За город, ставшим нам родным,
За всё, что здесь нам передали
И бескорыстно пожелали,
Сердечно их благодарим!

К. м. н., доцент
Винченко Галина Васильевна,
Кафедра анатомии человека,
научный консультант музея кафедры