

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH,
ECONOMY AND MANAGEMENT
IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

1(28)/2009

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

Prin hotărârile Prezidiului CSA (23.01.2004 și 3.03.2004), revista este inclusă în lista publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat.
Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Științifico-Practic *Sănătate Publică și Management Sanitar* al Ministerului Sănătății
Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

**Oleg Beneș, Ion Mereuță,
Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu**

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Editorial council

<i>Ion Ababii</i>	<i>Luminița Iancu (Iași)</i>	<i>Yosif Rahim (Italia)</i>
<i>Constantin Andriuța</i>	<i>Vladimir Hotineanu</i>	<i>Viorel Prisăcaru</i>
<i>Gheorghe Baciuc</i>	<i>Constantin Iavorschi</i>	<i>Andrei Roșca</i>
<i>Ion Bahnarel</i>	<i>Vladimir Kucerenko (Moscova)</i>	<i>Gheorghe Russu</i>
<i>Grigore Belostecinic</i>	<i>Iuri Lisițan (Moscova)</i>	<i>Victor Savin</i>
<i>Grigore Chetrari</i>	<i>Boris Melnic</i>	<i>Aurel Saulea</i>
<i>Dan Enăchescu (București)</i>	<i>Ion Motângă (Moscova)</i>	<i>Dumitru Sofroni</i>
<i>Ludmila Ețco</i>	<i>Oleg Lozan</i>	<i>Constantin Spânu</i>
<i>Grigore Friptuleac</i>	<i>Benoit Nautre (Franța)</i>	<i>Boris Topor</i>
<i>Gheorghe Ghidirim</i>	<i>Nicolai Opopol</i>	<i>Teodor Tulcinschi (Israel)</i>
<i>Victor Ghicavâi</i>	<i>Gheorghe Paladii</i>	<i>Georghe Țăbârnă</i>
<i>Boris Golovin</i>	<i>Valeriu Pantea</i>	<i>Teodor Țârdea</i>
<i>Eva Gudumac</i>	<i>Ștefan Plugaru</i>	<i>Brigitha Vlaicu (Timișoara)</i>
	<i>Mihai Popovici</i>	

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

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

Redactor literar – *Larisa Erșov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Rodica Fărâmă*
Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

ECONOMIE ȘI MANAGEMENT

NATALIA ZARBAILOV, OLEG BARBĂ, BORIS GOLOVIN, DANIEL CIUREA, MIHAI CIOCANU
Evaluarea resurselor umane în sistemul de asistență medicală primară4

PAVEL URSU
Distribuția plăților în numerar pentru sănătate și a cheltuielilor cu efect catastrofal11

VIOREL SOLTAN, CONSTANTIN EȚCO
Managementul de colaborare între TB și HIV în R. Moldova ..16

ANDREI ROȘCA
Managementul evidenței și analizei divergențelor dintre concluziile imagistice și diagnosticele morfopatologice21

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

KURTULUS ONGEL, HALUK MERGEN, EBRU KATIRCI, CENNET AK, İSMAIL SARICAN, ILHAMI UNLUGLU
Familiarizing Medical Students with Fungal Infections.....25

ION BUȘMACHIU
Managementul tratamentului ocluziei distale clasa II/I Angle cu aparate ortodontice noi29

IGIENĂ ȘI EPIDEMIOLOGIE

ELENA MAXIMENCO, C. EȚCO, I. BAHNAREL, V. CALMÎC, SVETLANA ȘTEFANEȚ
Activitatea fizică și preocupările din timpul liber ale adolescenților31

REVISTA LITERATURII

ANDREI UNCUȚĂ
Experiența internațională în aplicarea sistemelor informaționale medicale.....36

CONSTANTIN EȚCO, DUMITRU ȘIȘCANU
Aspecte actuale în managementul riscurilor de sănătate și celor sociale în cadrul îngrijirilor perinatale39

LIVIU GRIB
Aspecte din istoria și evoluția conceptelor privind sindromul metabolic44

METODE DE CERCETARE

MATEI MARIAN, CĂTĂLIN TUFĂNARU
Cercetarea calitativă: concepte-cheie.....50

INFORMAȚII

Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină din Moldova – membru instituțional al ALASS53

JUBILEE

Zinaida Anestiadi54
Mircea Revenco56
Ion Hăbășescu58
Sergiu Matcovschi 59

CONTENTS

ECONOMY AND MANAGEMENT

NATALIA ZARBAILOV, OLEG BARBĂ, BORIS GOLOVIN, DANIEL CIUREA, MIHAI CIOCANU
Human resources estimation for primary health care system4

PAVEL URSU
Distribution of the out-of-pocket payments for health and catastrophic health expenditures11

VIOREL SOLTAN, CONSTANTIN EȚCO
TB/HIV collaborative management in Moldova16

ANDREI ROȘCA
The management of evidence and analysis of the divergences between imagery conclusions and morphological diagnosis.21

CLINICAL RESEARCH STUDIES

KURTULUS ONGEL, HALUK MERGEN, EBRU KATIRCI, CENNET AK, İSMAIL SARICAN, ILHAMI UNLUGLU
Familiarizing Medical Students with Fungal Infections.....25

ION BUȘMACHIU
Treatment of distal occlusions Angel's class II/I with new orthodontic appliances29

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

ELENA MAXIMENCO, C. EȚCO, I. BAHNAREL, V. CALMÎC, SVETLANA ȘTEFANEȚ
Physical activity and pending of leisure time in adolescents.....31

REVIEW OF LITERATURE

ANDREI UNCUȚĂ
International experience in application of informational medical systems36

CONSTANTIN EȚCO, DUMITRU ȘIȘCANU
Actual aspects of social and health risks management in perinatal care39

LIVIU GRIB
Aspects of the history and evolution of concepts about metabolic syndrome44

RESEARCH METHODS

MATEI MARIAN, CĂTĂLIN TUFĂNARU
Key words: qualitative research50

INFORMATIONS

Economy, Management și Psychology Association in Medicine in Moldova – institutional member of ALASS53

ANIVERSARIES

Zinaida Anestiadi54
Mircea Revenco56
Ion Hăbășescu58
Sergiu Matcovschi 59

EVALUAREA RESURSELOR UMANE ÎN SISTEMUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Natalia ZARBALOV, Oleg BARBĂ, Boris GOLOVIN,
Daniel CIUREA, Mihai CIOCANU

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

Centrul Național de Management în Sănătate al
Ministerului Sănătății

Summary

Human resources estimation for primary health care system

Human resources represent the important factor of maintenance of the Health Care System functioning, which demands modern management. The **purpose** of research consists in studying the human resources for Primary Health Care for estimating primary care system needs for maintenance of the staff, physicians and nurses, and to evaluate their vocational training. The **methodology** of research include filling questionnaires by medical professionals at all primary care clinics with purpose to understand the current situation. **Study results** show disponibility of human resources for primary care, but contradictions for urban and rural areas. It is demonstrated the human resources deficit, that exists already and potential risks for staff maintenance in the near future. Some factors that physicians consider to be part of their standard practice are also evidenced. Some gaps in medical education for primary care staff were revealed. **In conclusion**, the adequate mechanisms of medical staff for primary health care set and preservation, according to existent contradictions and risks, based on challenges showed by study results, should be developed to provide medical services, with accent on primary care clinics in rural areas.

Резюме

Оценка кадровых ресурсов в системе первичной медицинской помощи

Кадровые ресурсы представляют собой важный фактор обеспечения хорошего функционирования системы здравоохранения, требующий современного управления. Цель исследования – изучение кадровых ресурсов первичной медицинской помощи для оценки потребностей системы во врачах и среднем медицинском персонале и для их профессиональной подготовки. Методология исследования сводится к проведению инвентаризации кадровых ресурсов, на основе заполнения анкет медицинскими работниками и всеми учреждениями первичной помощи в стране. Результаты исследования выявили имеющиеся на данном этапе кадровые ресурсы в системе первичной медицинской помощи и разногласия в обеспечении кадрами. Был продемонстрирован имеющийся дефицит кадров и возможные риски в обеспечении кадрами первичного звена, а также выявлены стимулы, которые, по мнению врачей, являются частью стандартного дотирования оборудованием медицинской практики. Были показаны недочеты в профессиональной подготовке врачей. Сделано заключение о необходимости развития адекватных механизмов рекрутирования и удержания медицинских кадров, особенно для работы в сельской местности, на основе выявленных в исследовании стимулов и с учетом существующих и потенциальных рисков обеспечения кадрами первичной медицинской помощи в будущем.

Introducere

Resursele umane reprezintă un factor important în asigurarea bunei funcționări a sistemului de sănătate și exercită un impact direct asupra eficacității funcționale a sistemului, asupra calității serviciilor prestate la diverse nivele de asistență medicală și a gradului de satisfacție a beneficiarilor.

Perfecționarea calității serviciilor medicale primare și ajustarea acestora la rigorile europene pot fi realizate doar în condițiile promovării unui management modern al resurselor umane, care urmează să includă intervenții axate pe asigurarea unui echilibru între pregătirea cadrelor medicale și necesitățile populației, pe raționalizarea investițiilor în pregătirea și distribuirea uniformă a cadrelor, pe implementarea unor mecanisme raționale de motivare a angajaților din sistemul primar de sănătate și implementarea tehnologiilor medicale moderne.

Una dintre problemele acute ale asistenței medicale primare rămâne a fi micșorarea numărului de cadre medicale. Refuzul tinerilor specialiști de a se încadra în câmpul muncii, în special în mediul rural, generează dificultăți considerabile în asigurarea populației cu asistență medicală de calitate. Din cauza multor impedimente de ordin social și material, tinerii specialiști nu doresc să activeze în mediul rural. În ultimii ani problema se agravează și pentru instituțiile medicale din centrele raionale, care de asemenea au devenit neatractive pentru tinerii medici.

Scopul acestei cercetări a fost studierea resurselor umane din cadrul asistenței medicale primare, în vederea estimării necesităților de asigurare a sistemului medical cu medici și asistenți de familie și de formare profesională a acestor. Obiectivele cercetării, exprimate în planul de activități, au inclus realizarea unui inventar al resurselor umane (număr și structură) și estimarea nevoilor de medici de familie și asistenți medicali în baza standardelor existente. Au fost evaluate necesitățile în educație medicală continuă în

condiții noi de autonomie a centrelor de asistență medicală primară și alți factori stimulanți, care ar putea influența personalul medical.

Materiale și metode

Evaluarea situației curente a fost efectuată prin studierea documentelor relevante și interviuri cu persoanele-cheie din sistemul de sănătate; analiza datelor colectate prin chestionarul adresat fiecărei instituții medicale primare, fiecărui lucrător medical (medic de familie sau asistentă). În vederea colectării informațiilor primare au fost făcute vizite de evaluare în toate instituțiile medicale primare rurale, raionale și municipale. Datele colectate au servit drept sursă de informare pentru crearea bazei de date a registrului lucrătorilor medicali. Din cercetarea efectuată, prin chestionare și prin evaluarea în teren a instituțiilor din asistența medicală primară, a fost elaborat un inventar amănunțit al tuturor elementelor de infrastructură, al echipamentelor și resurselor umane (medici, asistenți medicali, alt personal), precum și al stadiului formării profesionale a acestora pentru toate cele 1261 de instituții medicale primare identificate.

Evaluarea resurselor umane din sistemul de asistență medicală primară (AMP) a fost efectuată prin două secțiuni ale chestionarului: resurse umane la nivel de instituție, cu completarea numărului și tipului de personal pentru fiecare instituție, și resurse umane la nivel individual, pentru alcătuirea *Registrului Lucrătorilor Medicali din Sistemul AMP*, cu completarea unui formular separat pentru fiecare lucrător medical. Situația formării profesionale a resurselor umane din sistemul AMP s-a realizat prin secțiunea *Resurse umane la nivel individual* a chestionarului, în care fiecare lucrător medical a completat date despre facultate, specializare, formarea continuă, instituirea în management, precum și gradele obținute în activitatea profesională.

Rezultate și discuții

În baza datelor obținute în urma completării chestionarelor, au fost raportați (către data de 01.01.2006) 2135 de medici de familie, 5380 de asistenți ai medicului de familie, 2242 personal mediu, 85 de farmaciști și 149 de contabili. Aceste date au stat la baza elaborării *Registrului Personalului Medical din Sistemul AMP*. În funcție de tipul instituțiilor, acestea au fost clasificate în AMT – Asociație Medicală Teritorială, CMF – Centru al Medicilor de Familie, CS – Centru de Sănătate, OMF – Oficiu al Medicului de Familie și PM – Punct Medical (filială a OMF). Astfel, s-au studiat 5 AMT și 13 CMF (din mun. Chișinău și Bălți), 396 de CS, 559 de OMF și 288 de PM.

Studiul realizat și baza de date automatizată creată ne permit să obținem informațiile în detalii pentru fiecare dintre cele 1261 de instituții medicale

cercetate (date generale și demografice, infrastructură, echipament, resurse umane, servicii furnizate și date financiare). S-a constatat că medicii de familie, în anul 2006, au raportat 3497,7 mii de persoane înscrise pe listele lor, ceea ce constituie 97,7 % din totalul estimativ al populației Republicii Moldova (datele Biroului Național de Statistică – 3581,1 mii locuitori).

Cercetarea a demonstrat că, în general, CMF municipale și raionale sunt structuri foarte diferite, situate în clădiri proprii sau în clădirile unor spitale, iar dimensiunile și numărul de lucrători variază foarte mult în funcție de numărul populației pe care o deservesc. Standardul și optimizarea acestora trebuie analizate și discutate separat pentru fiecare dintre ele. În ceea ce privește Centrele de Sănătate rurale, OMF-urile și filialele lor, teoretic acestea sunt standardizate în funcție de populația pe care o deservesc și numărul de medici care ar trebui să activeze în aceste instituții. Astfel, Centrul de Sănătate rural urmează să includă o populație de peste 2500 de persoane, 2-7 medici și o suprafață de 150–300 metri pătrați; OMF – o populație de 1000–2500 de persoane, un medic, o suprafață sub 150 de metri pătrați; Filiala OMF (PM) – o populație sub 1000 de persoane, cel puțin o asistentă medicală și suprafața sub 100 metri pătrați. În ceea ce privește numărul de medici pe fiecare tip de instituție, s-a constatat că există 17 CS care nu au nici un medic și 141 de CS care au doar un medic (standardul fiind de cel puțin 2 medici). Totodată, există 44 de OMF cu mai mult de un medic și 29 de PM în care activează și medici. Cea mai nefavorabilă este situația celor 244 de OMF unde lipsesc medicii de familie (tabelul 1).

Tabelul 1

Distribuția instituțiilor asistenței medicale primare în funcție de tip și numărul de medici

Tipul instituției medicale	Numărul de medici	Numărul de instituții
CS	10	1
CS	8	3
CS	7	2
CS	6	1
CS	5	17
CS	4	21
CS	3	45
CS	2	109
CS	1	141
CS	0	17
OMF	5	1
OMF	3	2
OMF	2	41
OMF	1	271
OMF	0	244
PM	2	1
PM	1	28
PM	0	259

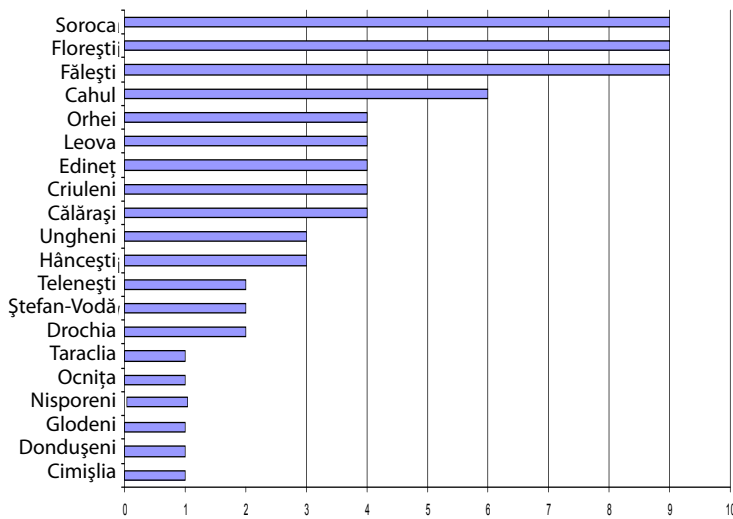


Figura 1. Distribuția pe raioane a OMF cu un număr al populației mai mare decât CS căruia aparțin.

Studiul a demonstrat că există discrepanțe importante privind numărul populației deservite de diferite tipuri de instituții medicale primare. Astfel, s-a constatat că 44 de CS (12%) deservesc un număr de populație mai mic de 1500 de persoane, 68 de OMF (12%) – mai mic de 800 de locuitori și 56 de PM (20%) – mai mic de 500 de locuitori.

Un alt tip de discrepanță față de standarde reprezintă OMF, care deservesc o populație mai mare decât CS căruia aparțin. După cum se poate constata din figura 1, cel mai frecvent această situație se atestă în raioanele Soroca, Florești, Fălești, Cahul. Aceste dovezi sugerează necesitatea restructurării unor instituții medicale primare, în vederea asigurării eficienței investițiilor ce urmează să fie realizate pe viitor.

Deosebit de relevante și importante sunt rezultatele studiului privind resursele umane din sistemul AMP. În tabelul 2 este prezentată situația generală a resurselor umane la nivelul sistemului AMP din Republica Moldova, așa cum a fost evaluată prin chestionar.

Tabelul 2

Numărul total al resurselor umane în sistemul AMP din Republica Moldova pe categorii de angajați (a. 2007)

Resurse umane	Număr total	Cota, %
Medici de familie	2135	21,4
Asistenți medicali	5380	53,8
Personal mediu de specialitate	2242	22,4
Farmacisți	85	0,9
Contabili	149	1,5
Total personal	9991	100

Din aceste date se poate extrage indicatorul de raport al asistenților medicali și al altui personal la

medicul de familie. Se observă că în sistemul AMP sunt 2,5 asistenți la un medic de familie, dar rata generală de alt personal la un medic de familie este de 3,7. Importanța acestor indicatori se afirmă în special la calculul durabilității financiare a unei instituții în condiții de autonomie juridică, având în vedere că ponderea cea mai mare din cheltuieli o constituie cele legate de personal.

Necesarul de resurse umane din sistemul AMP a fost calculat prin metoda raportului standard al personalului medical (medici de familie și asistente medicale) și numărul populației. La momentul desfășurării studiului, estimarea nevoilor și planificarea resurselor umane erau reglementate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 420 din 29.12.98 *Referitor la noile normative de state și reforma planificării cheltuielilor în sistemul ocrotirii sănătății*, care prevedea: un medic și doi asistenți medicali la 1500 de persoane în mediul urban; un medic și trei asistenți medicali la 1500 de persoane în mediul rural. Conform datelor raportate în chestionar, în Republica Moldova există 2135 de medici de familie, ceea ce înseamnă un medic la 1638 de persoane.

Evaluarea necesarului de personal (tabelul 3) conform standardului de mai sus a demonstrat că în Moldova există un surplus de 165 de medici de familie în mediul urban și un deficit de 362 de medici în mediul rural, adică un deficit general de 197 de medici pe țară. Situația este și mai tensionată la capitolul *asistenți medicali*. S-a constatat un deficit de 408 asistenți medicali în mediul urban și un deficit de 349 de asistenți în mediul rural, cu un deficit general de 756 de persoane pe țară.

Față de anii '90 ai sec. XX, când acoperirea era de un medic la 2850-3000 de persoane, numărul de medici de medicină generală a crescut, acoperirea fiind din ce în ce mai bună, saltul realizându-se în anul 1999. După această perioadă acoperirea cu medici de familie variază destul de mult de la un an la altul și constituie între 1400 și 1900 de persoane la un medic.

În legătură cu standardul acceptat de un medic la 1500 de persoane, este dificil de apreciat în ce măsura acesta este unul adecvat, întrucât nu există studii anterioare și nici date disponibile referitoare la nevoile de servicii de sănătate sau de utilizare a serviciilor. Dacă analizăm situația celorlalte țări din Europa, observăm că ținta de un medic la 1500 de persoane este, de fapt, acoperirea medie în țările europene la nivelul anului 2005, precum și acoperirea în așa țări ca Bulgaria, Serbia, Croația, Ungaria etc. După

Tabelul 3

Necesarul de medici de familie și asistenți medicali în sistemul AMP, în mediul urban și cel rural (a. 2007)

Mediul	Standardul	Populația	Medici	Standard medici de familie	Deficit medici de familie	Asistenți medicali	Standard asistenți	Deficit asistenți medicali
Urban	1 med. / 1500 pop. 1 asist. / 750 pop.	1288916	1024	859	+165	1311	1719	-408
Rural	1 med. / 1500 pop. 1 asist. / 500 pop.	2208809	1111	1473	-362	4069	4418	-349
Total		3497725	2135	2332	-197	5380	6136	-756

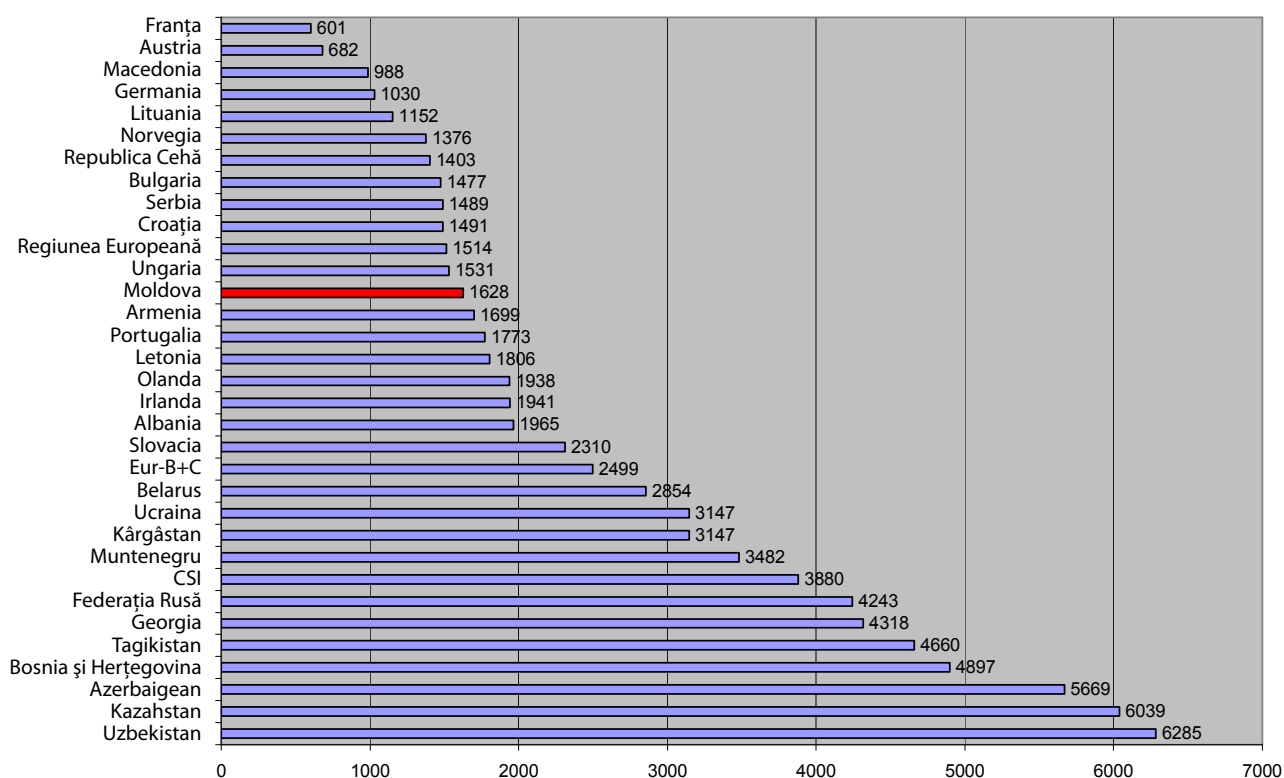


Figura 2. Populația la un medic de medicină primară în țările din Europa, anul 2005.

(Sursa: European health for all database. Pentru Republica Moldova datele sunt din studiu)

Notă: Regiunea Europeană – cele 53 de țări din Regiunea Europeană a OMS. Eur-B+C – cele 26 de țări din Regiunea Europeana a OMS cu nivel înalt de mortalitate, anul 2005.

cum se observă din figura 2, Republica Moldova are în prezent o acoperire mai slabă decât majoritatea țărilor dezvoltate economic din UE (Franța, Austria, Germania etc.), dar are o acoperire mai bună decât toate fostele republici sovietice.

Analiza necesarului de medici de familie pentru populația rurală a demonstrat discrepanțe semnificative pe teritoriile administrative din țară. Luându-se ca standard un medic la 1500 populație, s-a constatat că cel mai mare deficit de medici de familie în localitățile rurale se atestă în raioanele Cimișlia (-79%), Hâncești (-62%), Rezina (-62%), Cantemir (-59%), Fălești (-58%), Nisporeni (-49%), Vulcănești (-47%), Orhei (-46%), Căușeni (-46%) (tabelul 4).

Un alt element cu impact major asupra planificării resurselor umane este balanța *intrări – ieșiri* din

sistem, adică numărul de personal care se pregătește în specialitate și își găsește un loc de muncă în sistem și numărul de persoane care pleacă din sistem prin renunțare, prin reorientare profesională, emigrare sau pensionare. Nu a fost în obiectivul acestui studiu o analiză mai detaliată a *intrărilor și ieșirilor*, însă prin elaborarea și completarea *Registrului Personalului Medical din Sistemul AMP* se pot obține imediat informații despre *ieșirile* potențiale prin pensionare, după cum se poate vedea din figura 3 (p. 9). Graficul reprezintă distribuția medicilor după anul nașterii și se observă că, în următorii 5 ani, quantumul medicilor care vor părăsi sistemul prin pensionare nu este foarte mare. Începând cu 2012, însă, *ieșirile* prin pensionare vor fi destul de mari – de peste 50-60 de medici anual.

Tabelul 4

Deficitul de medici și asistenți medicali în mediul rural (total pe raioane)

Raionul	Sectorul urban/rural	Populație în localitățile rurale	Medici de familie	Standard medici de familie	Deficit medici de familie	% deficit medici de familie
Hâncești	R	102452	26	68	-42	-62%
Cimișlia	R	56245	8	37	-29	-79%
Fălești	R	75217	21	50	-29	-58%
Orhei	R	94710	34	63	-29	-46%
Căușeni	R	74762	27	50	-23	-46%
Cantemir	R	57908	16	39	-23	-59%
Cahul	R	79932	37	53	-16	-31%
Florești	R	73154	33	49	-16	-32%
Nisporeni	R	47391	16	32	-16	-49%
Ungheni	R	86272	42	58	-16	-27%
Leova	R	42527	13	28	-15	-54%
Rezina	R	35967	9	24	-15	-62%
Ialoveni	R	83897	42	56	-14	-25%
Criuleni	R	68030	33	45	-12	-27%
Anenii-Noi	R	71662	38	48	-10	-20%
Glodeni	R	53175	26	35	-9	-27%
Comrat	R	45172	21	30	-9	-30%
Soroca	R	64883	36	43	-7	-17%
Sângerei	R	85556	50	57	-7	-12%
Ștefan-Vodă	R	61215	34	41	-7	-17%
Râșcani	R	62397	35	42	-7	-16%
Dubăsari	R	31115	17	21	-4	-18%
Șoldănești	R	36330	21	24	-3	-13%
Drochia	R	69143	43	46	-3	-7%
Vulcănești	R	8496	3	6	-3	-47%
Ceadâr-Lunga	R	42994	26	29	-3	-9%
mun. Chișinău	R	131377	85	88	-3	-3%
Taraclia	R	29479	18	20	-2	-8%
Strășeni	R	69447	45	46	-1	-3%
Ocnița	R	46909	30	31	-1	-4%
mun. Bălți	R	4600	2	3	-1	-35%
Basarabeasca	R	17348	11	12	-1	-5%
Telenești	R	61802	42	41	1	2%
Briceni	R	69329	48	46	2	4%
Edineț	R	67013	47	45	2	5%
Călărași	R	62516	46	42	4	10%
Dondușeni	R	38387	30	26	4	17%
Total	R	2208809	1111	1473	-362	-25%

O problemă complicată a sistemului AMP din Republica Moldova este atragerea și menținerea cadrelor medicale în zonele rurale. După cum s-a văzut, în zonele rurale există un deficit important de cadre medicale, deși există un surplus de medici de familie în mediul urban. Pentru a descoperi tipul stimulentei care ar crește gradul de satisfacție la locul de muncă sau ar putea influența în mod pozitiv decizia medicilor și a asistenților medicali de a rămâne să lucreze în mediul

rural, au fost studiate următoarele aspecte:

1. Nivelul de salarizare pe care l-ar considera decent.
2. Condițiile suplimentare (facilitățile) de care personalul medical ar trebui să beneficieze la locul de muncă.
3. Dacă beneficiază deja de facilități de la autoritatea publică locală.

Este de menționat că răspunsurile la chestionar au fost libere, fără a fi indicate variante de răspuns, pentru a nu influența în nici un fel libera opinie. Au răspuns la întrebări 641 de medici (aproximativ jumătate din medicii de familie din localitățile rurale) și 1281 de asistenți (aproape un sfert dintre asistenții AMP).

În urma analizei datelor din chestionare, salariul mediu considerat decent a fost următorul:

- Pentru medici – 1501 dolari SUA (față de salariul actual de aproximativ 350 dolari SUA);
- Pentru personalul mediu – 911 dolari SUA (față de salariul actual de aproximativ 200 dolari SUA).

Data fiind diferența mare dintre salariul actual și cel considerat rezonabil de către cadrele medicale din AMP, este recomandabilă elaborarea și începerea implementării unei politici de creștere a salarizării personalului medical, care să aibă atât o componentă centralizată de mărire gradată a salariilor, cât și o componentă descentralizată de creștere rezultând din statutul de autonomie și contractarea directă a furnizorilor, cu posibilitatea mării veniturilor în concordanță cu îndeplinirea criteriilor de performanță. În privința altor stimulente, în ordinea preferințelor, medicii de familie au indicat necesitatea dotării locurilor de muncă cu computere conectate la Internet, transport specializat, telefoane mobile, tehnică medicală performantă, mobilier, climatizare etc. (tabelul 5).

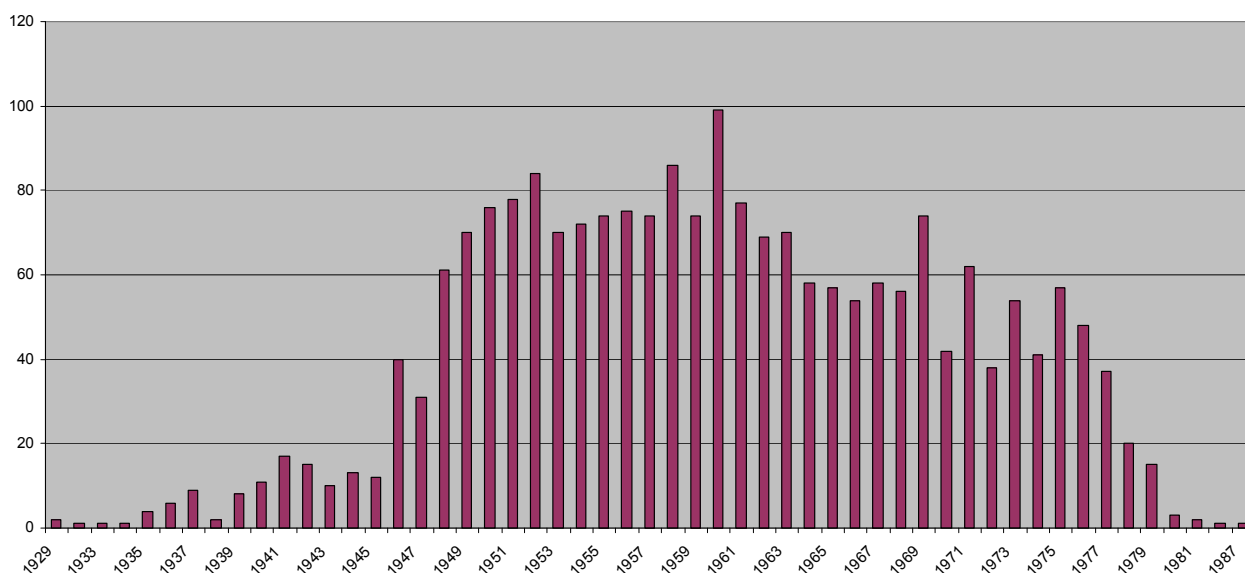


Figura 3. Distribuția medicilor de familie după anul nașterii.

Tabelul 5

Stimulente preferate de medicii de familie

Facilitați cerute de medicii de familie	Număr respondenți
Computer, Internet, soft, hard	448
Transport (automobile)	404
Telefon mobil/fix	244
Tehnică medicală performantă	210
Mobilier	158
Climatizor	136
Reparație curentă și capitală	112
Laborator specializat	95
Birou personal	82

Din preferințele exprimate de personalul mediu din AMP în chestionarele anonime, pe primele 4 locuri se află dotarea cu echipamente informaționale (computer și legătura la Internet), apoi asigurarea transportului (mașini de serviciu), echipamente medicale și mobilier. Trebuie de menționat că este oarecum surprinzătoare opțiunea de pe primul loc a ambelor categorii – computer și legătură la Internet, care ar putea fi explicată prin posibilitatea de conexiune cu lumea exterioară comunității în care trăiesc, un fel de substitut pentru accesul la informațiile și viața socială, pe care le poate oferi traiul în comunitățile urbane. Totodată, setul computer plus imprimantă face parte din standardul de echipament pentru un Centru de Sănătate modern, în vederea realizării sistemului informațional integrat, iar dorința personalului de a avea acces la acestea nu face decât să vină în întâmpinarea implementării standardului. Este de remarcat faptul că achiziția de computere s-ar putea face centralizat în cadrul unui program de finanțare a realizării Sistemului Informațional Integrat, prevăzut în *Strategia de Dezvoltare a Sistemului de Sănătate din Republica Moldova*. Legătura la Internet se poate realiza fie prin rețeaua de cablu /

fibra optică, care este în dezvoltare în republică, fie cuplată cu abonamente de telefonie mobilă pentru centrele de sănătate rurale. În privința asigurării cu automobile, care este a doua opțiune exprimată de ambele categorii de personal, există deja un proiect al Ministerului Sănătății de a fi achiziționate un număr de autovehicule necesare deplasării personalului medical în zone cu acces precar al populației la servicii de medicină de familie. Această inițiativă ar trebui reactivată, revăzută și analizată și, dacă poate fi suportată financiar, ar trebui cuplată cu restructurarea sistemului AMP prin planuri comunitare. În ceea ce privește asigurarea comunicațiilor telefonice, telefonul fix trebuie să fie un standard, iar telefonul mobil poate fi un înlocuitor acolo unde nu există telefonul fix, mai ales dacă poate fi legat și cu accesul la Internet. Echipamentele medicale și mobilierul sunt deja prevăzute în standardul de echipament al unui Centru de Sănătate și o prima tranșă se va achiziționa prin proiectele Băncii Mondiale și ale Uniunii Europene. Este recomandabil ca o parte din echipamentele din standard să fie achiziționate de autoritățile sanitare din Republica Moldova, eventual chiar de autoritățile publice locale, pentru a mări procentul de realizare a standardului de echipare a instituțiilor AMP.

Formarea profesională a lucrătorilor din sistemul AMP a fost oglindită în secțiunea *Resurse umane la nivel individual*, în care fiecare lucrător medical a completat date despre facultate, specializare, formarea continuă, instruirea în management, precum și gradele obținute în activitatea profesională. Aceste date au stat la baza realizării *Registrului Personalului Medical din Sistemul AMP*. S-a constatat că specializarea primară a medicilor de familie a fost următoarea: pediatrie – 731 persoane, medicină generală – 664 persoane, alte specialități – 733 și medicina de familie – 98 persoane. Este de remarcat că totalul de medici (2226) e mai mare decât totalul persoanelor

care activează ca medici de familie (2135), deoarece studiul a cuprins și medicii de alte specializări care activează în instituțiile AMP.

Este îngrijorător faptul că din numărul total al absolvenților rezidențiatului la specialitatea *Medicina de familie* de 389 de medici (date din 01.01.2006) sunt angajați în practică doar 25 %, ceea ce constituie mai puțin de 5% din numărul total al medicilor de familie și ce influențează negativ dezvoltarea sistemului în anii viitori.

Educația medicală continuă a fost cercetată, în principal, prin participarea la cursurile FIS (Fondul de investiții în sănătate) și CIMC (conduita integrală a maladiilor la copii). Se remarcă faptul că 435 de medici nu au participat la nici una dintre aceste forme de educație medicală continuă.

Tabelul 6

Numărul medicilor de familie formați în cadrul cursurilor de educație medicală continuă, susținute de proiecte naționale

Cursuri CIMC	Cursuri FIS	Număr medici
da	da	712
da	nu	674
nu	da	173
nu	nu	435

În privința instruirii în management, doar un număr de 256 de medici declară că au absolvit astfel de cursuri. Acest aspect este foarte important în perspectiva introducerii autonomiei juridice și financiare, când medici vor avea nevoie de cunoștințe de management pentru a-și putea conduce instituția. Toate datele privind situația formării personalului sunt stocate în *Registrul Personalului Medical* și se pot extrage rapoarte pentru fiecare individ sau pot fi cumulate pe instituție, pe centru de sănătate sau raion.

Concluzii

1. Rezultatele studiului impun necesitatea reorganizării funcționale și structurale a organizației sistemului de asistență medicală primară, în funcție de tipul instituției medicale, numărul de medici angajați și numărul populației deservite, în scopul asigurării accesului universal la servicii AMP, bazat pe nevoile comunității, și pentru raționalizarea resurselor umane din medicina primară.

2. Există discrepanțe în asistența medicală primară între numărul medicilor angajați și numărul populației deservite. Numărul pacienților deserviți de un medic de familie variază de la localitate la localitate și nu este bine controlat la moment.

3. Printre medicii de familie angajați, numărul medicilor care au absolvit rezidențiatul la specialitatea *Medicina de familie* este foarte mic – sub 5%. Ca urmare, dezvoltarea și funcționarea sistemului AMP vor fi supuse unui risc major în următorii ani din cauza

fluxului de medici care vor părăsi sistemul din diferite motive și lipsa fluxului adecvat de medici tineri, care ar forma nucleul resurselor umane pe viitor.

4. Deficitul de medici de familie variază între 25% și 35% în 8 raioane administrative, iar în 10 raioane variază de la 46% la 79%. Numai 5 raioane raportează acoperire suficientă cu medici de familie. Asimetria existentă în asigurarea cu medici de familie a instituțiilor medicale primare impune necesitatea dezvoltării continue a mecanismelor de stimulare a medicilor tineri, în special pentru activitate în regiunile rurale.

5. În regiunile urbane, pe fundalul asigurării bune cu medici de familie, deficitul de asistenți medicali este pronunțat și atinge 25%, în comparație cu clinicile rurale în care există, de rând cu deficitul medicilor de familie, și insuficiența cadrelor medicale medii, dar este mai puțin exprimată.

6. Printre stimulentele care, după opinia medicilor și asistenților de familie, ar avea influență pozitivă asupra activității lor, se enumără majorarea salariilor, asigurarea cu computere conectate la Internet, transport medical, telefonie mobilă și dotarea cu tehnică medicală de performanță și mobilier.

7. Formarea profesională a medicilor este orientată preponderent spre soluționarea problemelor clinice, un număr modest fiind instruit în probleme de management al practicii medicale. O mare cotă a medicilor, aproximativ 20%, nu au beneficiat de nici un fel de instruire în cadrul proiectelor naționale de dezvoltare profesională.

8. În baza rezultatelor cercetării putem concluziona că riscurile existențe și potențiale în viitorul apropiat în asigurarea sistemului AMP cu medici și asistenți de familie impun dezvoltarea mecanismelor adecvate de recrutare și menținere a resurselor umane, ținându-se cont de stimulentele evidențiate în cadrul studiului, cu accent pe asigurarea cu cadre medicale a instituțiilor de asistență medicală primară din mediul rural.

Bibliografie

- Atun R., *PHC Development Strategy for Moldova*. Final Report, 2007.
- Dragomiristeanu A. et al., *Politici de alocare a resurselor și de planificare a personalului medical în sistemele de sănătate*, București, 2001, p. 342.
- Human resources for health in the WHO European Region*, World Health Organization, 2006.
- Notă cu privire la Politica de Sănătate*. Guvernul Republicii Moldova, Banca Mondială, 2006.
- O'Brien-Pallas L. et al., *Integrating workforce planning, human resources and service planning*, în *Human Resources for Health Development Journal*, 2001, nr. 5 (13), p. 216.
- Salman B. et al., *Primary care in the driver's seat*. European Observatory on Health Systems and Policies Series, 2006.
- Sănătate Publică în Moldova*, Ministerul Sănătății, 2006. Prezentat la 10.10.2008

DISTRIBUȚIA PLĂȚILOR ÎN NUMERAR PENTRU SĂNĂTATE ȘI A CHELTUIELILOR CU EFFECT CATASTROFAL

Pavel URSU,

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Distribution of the out-of-pocket payments for health and catastrophic health expenditures

Household budget survey analysis revealed that direct health payments for health services are directly related to the household financial capacity. Households from the fifth quintile are spending on the average 8,3 times more for health in comparison with the first quintile. Expenditures for drugs and dental services are the major factors which reduce the level of financial protection in the health system of the Republic of Moldova. The poorer households are spending almost 85% from their resources on drugs. The proportion of the households which incur a significant financial burden for health is high both in rural and urban areas. The households which are spending on health 10-20% from their income constitute 15,0% in urban areas and 12,1% in rural areas, while those spending 20-40% constitute 11,8 and 10,2% respectively. It has been noticed that 4,9% of the households from the urban areas and 4,7% from rural areas have experienced catastrophic expenditures (more than 40% from the incomes). Catastrophic expenditures are registered in all income groups. In the first and in the last category the level of catastrophic health expenditures are lower. The result from the first quintile is determined by the fact that the poor use less health services and buy less drugs, while the result in the fifth quintile is explained by the higher capacity to pay. The most vulnerable households are those which contain retired persons. The low level of income in the household also constitutes a risk factor for catastrophic health expenditures.

Структура прямых затрат на медицинскую помощь и расходы с катастрофическим эффектом

В результате исследования бюджетов домашних хозяйств установлено, что размер прямых расходов на медицинскую помощь зависит от финансовых способностей каждого хозяйства. Домашние хозяйства 5 квинтала расходуют в 8,3 раза больше чем хозяйства 1 квинтала. Расходы на медикаменты и стоматологические услуги – это главные факторы способствующие уменьшению уровня финансовой защищенности в системе здравоохранения Республики Молдова. Почти 85% средств бедных хозяйств тратятся на медикаменты. Доля хозяйств несущих значимое бремя одинаково велико как в городской среде, так и в сельской местности. Хозяйства, которые тратят 10-20% своих доходов на здоровье в городах, составляют 15,0%, а в сёлах – 12,1%; хозяйства, которые тратят между 20 и 40% составляют соответственно 11,8 и 10,2%. Установлено, что 4,9% из городских хозяйств и 4,7% из сельской местности имели катастрофические расходы, связанные со здоровьем (более 40% своих доходов). Катастрофические последствия регистрируются во всех хозяйствах. В первом и пятом квинтале уровень катастрофических расходов меньше. Состояние в первом квинтале обусловлено тем, что более бедные хозяйства потребляют меньше медикаментов и медицинских услуг, а в пятом квинтале обусловлено большей платежеспособностью. Более уязвимые хозяйства являются те в состав которых имеются пенсионеры. Маленький доход в хозяйствах также является риском для катастрофических расходов.

Introducere

Atunci când populația este impusă să achite taxe sau coplăți pentru îngrijirile medicale, costul lor poate fi atât de mare (comparativ cu nivelul veniturilor), încât acestea ar putea duce la catastrofe financiare pentru persoana bolnavă sau pentru întreaga familie. Cheltuielile mari pentru sănătate ar putea impune nevoia de a reduce cheltuielile pentru necesitățile personale, cum ar fi hrana sau îmbrăcămintea, ori alte plăți lunare habituale. Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), în fiecare an aproximativ 44 de milioane de familii sau peste 150 de milioane de persoane din întreaga lume se confruntă cu cheltuieli cu efect catastrofal, iar circa 25 de milioane de familii sau peste 100 de milioane de persoane sunt împinse spre sărăcie din cauza necesității de a plăti pentru serviciile medicale. Mai mult ca atât, impactul acestor plăți depășește efectul cheltuielilor catastrofale propriuzise. Multe persoane decid să nu mai beneficieze de servicii medicale din simplul motiv că nu-și pot permite costurile directe care includ spitalizarea, consultațiile medicale, medicamentele și testele de laborator, sau cele indirecte – cheltuieli de transport sau alimentație specială.

Protejarea populației împotriva catastrofelor financiare și sărăciei în rezultatul utilizării serviciilor medicale reprezintă o îngrijorare pentru factorii de decizie. Există trei factori care duc la apariția cheltuielilor cu efect catastrofal:

- existența serviciilor medicale care sunt achitate în numerar;
- capacitatea de plată redusă a familiilor (gospodăriilor);

c) lipsa mecanismelor de plată în avans pentru acoperirea riscurilor.

Plățile în avans presupun colectarea fondurilor pentru sistemul de sănătate prin intermediul impozitelor și/sau a contribuțiilor la fondul de asigurări. Acestea oferă o protecție împotriva anumitelor riscuri financiare cauzate de îmbolnăvire, deoarece familiile pot accesa serviciile medicale în caz de necesitate la un cost mai mic decât dacă ar apela la aceleași servicii achitând costul lor în numerar în momentul primirii lor. În situațiile când se impune achitarea serviciilor medicale în numerar, familiile cu persoane vârstnice, persoane cu dizabilități sau persoane cu maladii cronice sunt supuse unui risc mai mare de a se confrunta cu cheltuieli cu efect catastrofal în comparație cu alte categorii. Aceasta se datorează faptului că aceste persoane necesită mai des îngrijiri medicale și că ele duc lipsă de resurse financiare.

Cheltuieli cu efect catastrofal pot exista în orice țară, la orice etapă de dezvoltare a acesteia. În majoritatea țărilor-membre ale Organizației pentru Colaborare și Dezvoltare Economică (OECD), sistemele de sănătate și mecanismele de acoperire a riscurilor financiare au fost dezvoltate timp de câteva decenii. Totuși, în pofida faptului că au fost elaborate mecanisme destul de bune de protecție împotriva riscurilor financiare, unele familii din aceste state continuă să se confrunte cu cheltuieli ce au efect catastrofal. În multe țări cu un nivel mediu al veniturilor, dezvoltarea mecanismelor de protecție împotriva riscurilor întârzie. Cu regret, printre acestea se regăsește și Republica Moldova.

Scopul acestei cercetări a fost studierea distribuției plăților pentru sănătate și aprecierea cheltuielilor cu efect catastrofal în Republica Moldova.

Materiale și metode

Sfera de cuprindere. Distribuția plăților pentru sănătate, inclusiv a celor cu efect catastrofal, a fost evaluată în baza datelor *Studiului privind Bugetele Gospodăriilor Casnice*, realizat în anul 2007. În cercetare au fost incluse toate persoanele din cadrul gospodăriilor individuale, selectate aleator pentru studiu de pe întreg teritoriul țării. Nu au fost cuprinse în studiu persoanele care la momentul colectării informațiilor primare erau întreținute în penitenciare, sanatorii, case pentru bătrâni, orfelinate și cămine studentești, excepție fiind căminele muncitorești.

Eșantionul cercetat. Eșantionul studiului a cuprins 5740 de gospodării casnice și este reprezentativ pentru întreaga țară. La etapa întâi a cercetării au fost selectate localitățile în baza listelor de recensământ, iar la cea de-a doua etapă s-au selectat locuințele în baza listelor de consumatori privați de energie electrică.

Metoda de colectare a datelor. Colectarea informațiilor primare a fost efectuată cu ajutorul chestionarelor de bază ale gospodăriilor *Cercetarea bugetelor familiilor* și formularelor de notițe regulate ale gospodăriilor. Pentru înregistrarea datelor au fost utilizate două metode: interviul și autoînregistrarea. Chestionarul de bază al gospodăriilor a fost completat prin metoda interviului *fată în față*, iar formularul de notițe regulate al gospodăriilor – prin metoda autoînregistrării. Completarea chestionarului a inclus discuții întreținute cu fiecare membru al gospodăriei, iar formularul de notițe regulate a fost completat de către un membru adult al gospodăriei, care este disponibil să facă înregistrări corecte zilnice sau la intervale de timp cât mai mici posibile. În cazurile când membrii unei gospodării (bătrâni sau bolnavi) nu au fost în stare să facă singuri înregistrările, acestea au fost efectuate de interviatori. Perioada în decursul căreia au fost înregistrate datele constituie o lună calendaristică, iar pentru unele tipuri de cheltuieli ca perioadă de referință au servit ultimele 6–12 luni. Chestionarul de bază al gospodăriei a fost completat în decursul a trei vizite obligatorii, iar formularul de notițe regulate al gospodăriei a fost completat în două etape: în decursul primelor două săptămâni ale lunii și următoarelor două săptămâni.

Estimarea cheltuielilor cu efect catastrofal. Conform metodologiei OMS, cheltuielile pentru sănătate pot fi cuantificate drept cheltuieli cu efect catastrofal doar atunci când acestea depășesc sau sunt egale cu 40% din venitul familiei. Venitul familiei nu va include cheltuielile de subzistență, adică va constitui venitul rămas după ce nevoile de bază ale familiei (în special alimentarea) vor fi satisfăcute. Cheltuielile pentru sănătate reprezintă contribuțiile familiei pentru procurarea medicamentelor, aparatelor și utilajului medical, obiectelor sanitare și de igienă, serviciilor de ambulatoriu și staționar. Gospodăriile casnice, în funcție de venituri, au fost clasificate în cinci grupe: de la chintalul 1 (gospodăriile cele mai sărace) până la chintalul 5 (gospodăriile cele mai bogate).

Rezultate și discuții

Distribuția și structura plăților în numerar pentru sănătate

În rezultatul studiului s-a constatat că gospodăriile casnice au cheltuit sub formă de plăți în numerar pentru serviciile de sănătate în medie 164,2 lei pe lună (*figura 1*). S-a observat o variație deosebit de mare a cheltuielilor pentru sănătate în funcție de veniturile gospodăriilor. Cele mai sărace gospodării cheltuiesc doar 41,7 lei pe lună, în comparație cu 347,9 lei în cele mai bogate. Diferența este semnificativă pentru toate chintalele.

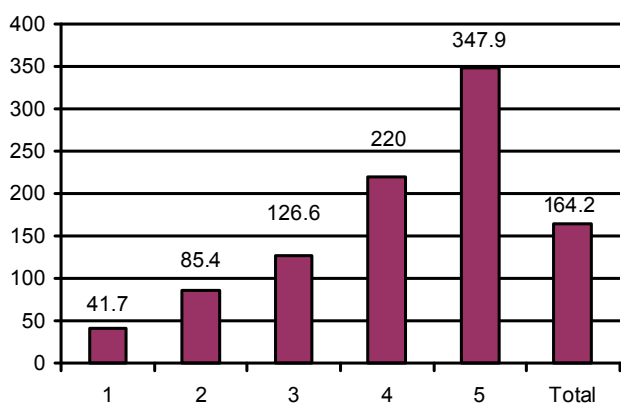


Figura 1. Cheltuielile în numerar pentru sănătate în gospodării, pe chintale de venituri (lei/pe lună/per gospodărie).

Gospodăriile din chintalul 5 cheltuiesc în medie de 8,3 ori mai mult pentru sănătate în comparație cu familiile din chintalul 1. Gospodăriile din localitățile rurale cheltuiesc pentru sănătate în medie 140,6 lei, iar cele din localitățile urbane respectiv 195,1 lei. În comparație cu anul 2006, plățile pentru sănătate în anul 2007 au sporit cu 17,4%. Ritmul sporului a fost aproximativ egal pentru toate categoriile de gospodării casnice.

În structura cheltuielilor de consum a gospodăriilor casnice cheltuielile pentru sănătate constituie 5,3% (figura 2). Cea mai joasă proporție s-a constatat în cele mai sărace gospodării (3,8%), iar cea mai înaltă – în gospodăriile din chintalul 4 (6,5%).

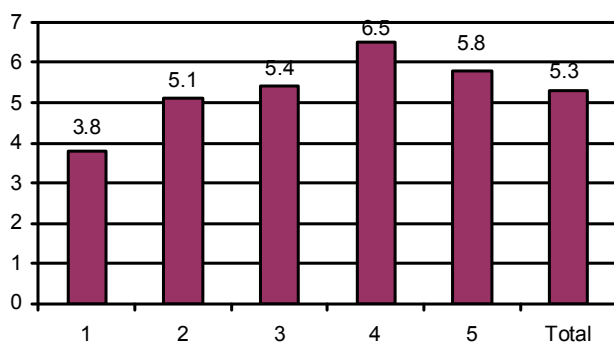


Figura 2. Proporția cheltuielilor pentru sănătate din cheltuielile totale ale gospodăriilor, pe chintale de venituri (%).

Cea mai mare parte a cheltuielilor în numerar în 2007 a fost făcută pentru medicamente. Aceste cheltuieli reprezintă în medie, pentru toate tipurile de gospodării, 72,2% din toate plățile pentru sănătate (figura 3). Pe locul doi s-au plasat cheltuielile pentru asistența stomatologică (10,1%), urmate de cele pentru asistența spitalicească (9,8) și consultații în condiții de ambulatoriu (7,9%).

Cotele mici de cheltuieli pentru asistența medicală de staționar și ambulatoriu pot fi explicate prin

faptul că aceste tipuri de servicii sunt acoperite de asigurarea obligatorie de asistență medicală. Consumul de medicamente pe lună în gospodăriile bogate constituie 237,3 lei, iar în cele mai sărace – doar 35,1 lei. Diferențe similare s-au înregistrat și în cazul cheltuielilor pentru asistența stomatologică. Dacă în gospodăriile din chintalul 5 cheltuielile pentru asistența stomatologică constituie 48,1 lei pe lună, atunci în cele din chintalul 1 – doar 4,5 lei. Studiul a evidențiat diferențe de cheltuieli și pentru celelalte tipuri de servicii medicale. În ceea ce privește procurarea medicamentelor, protecția este redusă și afectează negativ atât gospodăriile sărace, cât și cele cu venituri medii. Cheltuielile pentru medicamente și servicii stomatologice sunt factorii principali care reduc nivelul de protecție financiară în sistemul asigurărilor obligatorii de asistență medicală din Republica Moldova. Gospodăriile mai sărace cheltuiesc aproape 85% din resurse pe medicamente. Povara acestor cheltuieli este mare și sunt necesare eforturi suplimentare orientate spre extinderea spectrului de medicamente compensate în cadrul asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

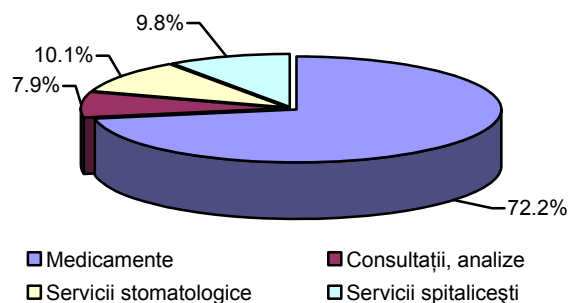


Figura 3. Structura cheltuielilor pentru serviciile medicale (%).

Necesitatea gospodăriilor de a plăti pentru serviciile de sănătate, în special pentru serviciile costisitoare, poate conduce la falimentarea familiilor. Evident, cheltuielile cu efect catastrofal depind nu doar de costurile medicale, dar și de capacitatea financiară a gospodăriei. Raportul dintre cheltuielile în numerar pentru sănătate și capacitatea gospodăriei de a plăti reprezintă povara financiară a acesteia. Cercetarea noastră a constatat că în 68,3% din gospodăriile din mediul urban și în 73,0% din cel rural cheltuielile pentru sănătate constituie între 0 și 10% din venitul rămas după deducerea nevoilor de bază ale familiei (tabelele 1 și 2). Proporția gospodăriilor care poartă o povară financiară semnificativă pentru sănătate este mare în ambele medii. Gospodăriile care cheltuiesc pentru sănătate 10-20 % din venituri constituie respectiv 15,0% și 12,1%, iar cele care cheltuiesc între 20 și 40% alcătuiesc consecutiv 11,8% și 10,2%. Este important de accentuat că

proporția familiilor plasate în diverse clase de cheltuieli este aproximativ egală în toate chintalele, fapt care denotă că boala poate afecta situația financiară din orice gospodărie. Doar în cele bogate din chintalul 5 cheltuielile în proporție de 20-40% sunt semnificativ mai mici în comparație cu alte categorii de gospodărie.

Tabelul 1

Repartiția gospodăriilor casnice din mediul urban în funcție de venituri și cota cheltuielilor pentru sănătate (%)

Repartiția gospodăriilor în funcție de venituri	Cota cheltuielilor pentru sănătate 0-10%	Cota cheltuielilor pentru sănătate 10-20%	Cota cheltuielilor pentru sănătate 20-40%	Cota cheltuielilor pentru sănătate >40%
Chintalul 1	63,1	17,2	14,7	4,9
Chintalul 2	60,5	15,9	18,3	5,4
Chintalul 3	67,0	13,7	13,3	6,0
Chintalul 4	69,2	13,7	10,6	6,5
Chintalul 5	75,5	15,4	6,7	2,5
Total	68,3	15,0	11,8	4,9

Tabelul 2

Repartiția gospodăriilor casnice din mediul rural în funcție de venituri și cota cheltuielilor pentru sănătate (%)

Repartiția gospodăriilor în funcție de venituri	Cota cheltuielilor pentru sănătate 0-10%	Cota cheltuielilor pentru sănătate 10-20%	Cota cheltuielilor pentru sănătate 20-40%	Cota cheltuielilor pentru sănătate >40%
Chintalul 1	76,0	10,9	9,5	3,6
Chintalul 2	68,1	13,3	13,6	5,0
Chintalul 3	72,7	12,0	10,7	4,6
Chintalul 4	72,2	12,2	9,1	6,4
Chintalul 5	76,6	12,5	6,6	4,3
Total	73,0	12,1	10,2	4,7

Studiul a constatat că 4,9% din gospodăriile din mediul urban și 4,7% din cel rural au avut cheltuieli cu efect catastrofal (mai mari de 40% din venituri). Probabilitatea de a suporta cheltuieli cu efect catastrofal se mărește pe măsură ce venitul gospodăriilor descrește. După cum este arătat în *tabelele 1 și 2*, cheltuielile cu efect catastrofal se înregistrează în toate grupurile de venit. Primul și cel de-al cincilea chintal au, în linii mari, același nivel de cheltuieli cu efect catastrofal. Rezultatul din primul chintal se datorează faptului că cei săraci utilizează mai puține servicii medicale și medicamente în comparație cu alte chintale. Gospodăriile sărace pot chiar să nu se adreseze deloc după servicii medicale. Totodată, proporția cheltuielilor cu efect catastrofal este relativ mai mică în chintalul cinci, cu toate că o jumătate din plățile în numerar se produc în aceste gospodării. Acest fapt se datorează în special capacității înalte de a plăti a gospodăriilor din chintalul cel mai bogat.

După achitarea serviciilor medicale și plata medicamentelor, unele gospodării pot fi împinse spre sărăcie. În medie, 2,4% din gospodării cad sub linia de sărăcie în rezultatul plăților pentru sănătate. În mediul urban proporția constituie 1,8%, iar în cel rural – 2,9%. Aceasta înseamnă că plățile în

numerar pentru sănătate au impact negativ asupra bunăstării populației și un grup de gospodării este dus la sărăcie în fiecare an, în special cei care sunt mai nevoiași (*figura 4*). Gospodăriile cu cel mai mic nivel de venituri are cea mai înaltă probabilitate de a sărăci, chiar dacă acest grup de familii are cheltuieli cu efect catastrofal relativ joase.

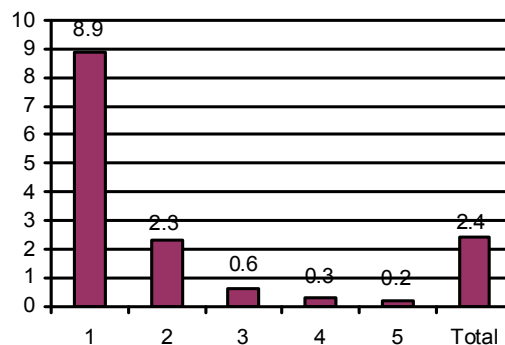


Figura 4. Proporția gospodăriilor casnice pe chintale de venit duse la sărăcie din cauza îmbolnăvirilor (%)

Pentru a identifica gospodăriile cu risc de cheltuieli cu efect catastrofal, a fost realizată analiza regresivă a determinantelor acestor cheltuieli, care ne-a oferit explicații suplimentare. Regresia logistică a fost aplicată tuturor gospodăriilor. Unitatea de analiză pentru regresie a fost gospodăria. În calitate de variabile dependente au fost utilizate cheltuielile pentru sănătate, mărimea cărora a fost stabilită între 0 și 1. Pentru gospodăriile a căror cheltuieli în numerar au fost egale sau mai mari decât 40% a fost stabilită valoarea 1, iar pentru cele cu cheltuieli mai mici de 10% – valoarea 0. Variabilele independente au inclus mărimea gospodăriei, prezența persoanelor vârstnice (mai mari de 65 de ani), venitul gospodăriei și alte caracteristici. S-a constatat că cele mai vulnerabile gospodării sunt cele care au în componența lor unul sau mai mulți pensionari. Gospodăriile în care locuiesc persoane vârstnice înregistrează cea mai mare probabilitate de a se confrunța cu cheltuieli cu efect catastrofal. Veniturile mici în gospodării de asemenea reprezintă un risc pentru cheltuieli cu efect catastrofal. Prezența copiilor mai mici de cinci ani nu constituie un factor de risc pentru cheltuieli. Aceasta confirmă faptul că serviciile medicale pentru copii nu sunt o cauză frecventă a cheltuielilor înalte pentru sănătate în comparație cu adulții sau populația vârstnică.

Concluzii

S-a constatat că cheltuielile sub formă de plăți în numerar pentru serviciile de sănătate se află în relație directă cu capacitatea financiară a gospodăriilor casnice. Există o variație deosebit de mare a cheltuielilor pentru sănătate în funcție de veniturile gospodăriilor. Cele mai sărace gospodării cheltuiesc doar 41,7 lei pe lună, în comparație cu 347,9 lei în cele mai bogate. Gospodăriile din chintalul 5 cheltuiesc în medie de 8,3 ori mai mult pentru sănătate în comparație cu cele din chintalul 1.

Cheltuielile pentru medicamente și servicii stomatologice constituie factorii principali care reduc nivelul de protecție financiară în sistemul de sănătate din Republica Moldova. Gospodăriile mai sărace cheltuiesc aproape 85% din resurse pe medicamente. Povara acestor cheltuieli este mare și sunt necesare eforturi suplimentare orientate spre extinderea spectrului de medicamente compensate.

Proporția gospodăriilor care poartă o povară financiară semnificativă pentru sănătate este mare atât în mediul urban, cât și în cel rural. Gospodăriile care cheltuiesc pentru sănătate 10-20% din venituri constituie în orașe 15,0% și în sate 12,1%, iar cele care cheltuiesc între 20 și 40% alcătuiesc respectiv 11,8% și 10,2%. Proporția familiilor cu plăți semnificative, plasate în diverse clase de cheltuieli, este aproximativ egală în toate centilele, fapt care denotă că boala poate afecta situația financiară din orice gospodărie.

Probabilitatea gospodăriilor de a suporta cheltuieli cu efect catastrofal se mărește pe măsură ce venitul gospodăriilor descrește. S-a constatat că 4,9% din gospodăriile din mediul urban și 4,7% din cel rural au avut cheltuit cu efect catastrofal (mai mari de 40% din venituri). Efectul catastrofal se înregistrează

în toate grupurile de venit. În prima și cea de-a cincia categorie de gospodării cheltuielile cu efect catastrofal sunt mai mici. Rezultatul din primul chintal este determinat de faptul că cei săraci utilizează mai puține servicii medicale și medicamente, iar din chintalul cinci – de capacitatea înaltă de a plăti.

Mai vulnerabile sunt gospodăriile care au în componența lor pensionari. Acestea înregistrează cea mai mare probabilitate de a se confrunta cu cheltuieli cu efect catastrofal. Veniturile mici în gospodării de asemenea reprezintă un risc pentru cheltuieli cu efect catastrofal.

Mecanismele de plată în avans reduc riscurile de apariție a cheltuielilor cu efect catastrofal, însă nu le elimină în totalitate. Acest lucru este valabil în special pentru situațiile când schemele de plată în avans acoperă numai o parte din necesarul de servicii (de exemplu, pachetul de beneficii de asigurare nu este prea mare sau impozitele acoperă un număr limitat de servicii).

Bibliografie

1. Bovbjerg R.R., *Covering catastrophic health care and containing costs: preliminary lessons for policy from the US experience*, Washington, DC, World Bank, 2001.
2. Cavagnero A., Carrin G., Xu K., *Health financing in Argentina: an empirical study of health care expenditure and utilization*, Working papers series, Innovations in Health Financing. 2005.
3. Evans R.G. et al., *Controlling health expenditures – the Canadian reality*, în *New English Journal of Medicine*, 1989, nr. 320, p. 571-607.
4. Kawabata K., Xu K., Carrin G., *Preventing impoverishment through protection against catastrophic health expenditure*, în *Bulletin of the World Health Organization*, 2002, nr. 80, p. 612.
5. World Health Organization, *Distribution of health payments and catastrophic expenditures, methodology by Ke Xu*, în *Discussion paper*, nr. 2, 2005.

Prezentat la 01.12.2008

MANAGEMENTUL DE COLABORARE ÎNTRE TB ȘI HIV ÎN R. MOLDOVA

Viorel SOLTAN, Constantin EȚCO,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

TB/HIV collaborative management in Moldova

The article covers important aspects of TB/HIV collaborative management in the Republic of Moldova. Non-treated HIV infection leads to progressive immunodeficiency and susceptibility to other infections, including tuberculosis. Tuberculosis is the leading cause of death among HIV infected persons. The HIV prevalence study among TB patients in combination with pre- and post-testing procedures improve HIV detection. The TB fatality rate in high HIV prevalence settings is 5 times more comparing to other regions. The low level of HIV knowledge among TB patients fuels stigma and discrimination. The TB/HIV collaborative activities shall be oriented towards increasing political support, prevention measures, active TB and HIV detection, coordinated treatment and improved epidemiological surveillance.

Резюме

Сотрудничество и менеджмент случаев ТБ/ВИЧ

В статье рассматриваются важные аспекты сотрудничества и менеджмента случаев ТБ/ВИЧ. Отсутствие лечения инфекции ВИЧ ведет к прогрессирующему иммунодефициту и к повышенной чувствительности к другим инфекциям включая туберкулез. Туберкулез является главной причиной смерти людей с ВИЧ. Исследование распространенности ВИЧ среди пациентов с ТБ сопровождается пре и пост тест-консультированием позволило улучшить выявляемость ТБ. Смертность от ТБ в районах с высокой распространенностью ВИЧ в пять раз выше по сравнению с другими районами. Низкий уровень знаний о ВИЧ среди пациентов с ТБ усиливают стигму и дискриминацию. Сотрудничество в области ТБ/ВИЧ должно быть направлено на усиление политики, проведение профилактических мероприятий, активное выявление ТБ и ВИЧ, координацию лечения и улучшение эпидемиологического надзора.

Introducere

Infecția HIV netratată duce la imunodeficiență progresivă și la creșterea susceptibilității față de alte infecții, inclusiv tuberculoza (TB), provocând o agravare a epidemiei de tuberculoză. Această maladie în populația cu o prevalență înaltă a infecției HIV este cauza de bază a morbidității înalte și a mortalității. În prezent aproximativ 11,5 milioane de persoane suferă de coinfecția TB/HIV, peste două treimi din ele trăiesc în Africa Sub-Sahariană și 20% – în Asia de Sud-Est [1].

Organizația Mondială a Sănătății anul 2006 a estimat 709000 de cazuri noi de coinfecție TB/HIV la nivel global în, dintre care 85% revin Africii, 3,3% – Indiei, 1,8% Europei și 9,4% – altor țări [2].

Controlul TB este dificil în populațiile cu o prevalență mare de HIV/SIDA. Din cauza proporției înalte de reactivare a formelor latente de TB la persoanele imunodeficiente, identificarea și tratarea pacienților infecțioși sau BK pozitivi nu contribuie în mare măsură la îmbunătățirea controlului tuberculozei. În plus, recidivele după tratament sunt mult mai frecvente printre persoanele HIV-infectate.

În Republica Moldova infecțiile HIV/SIDA și TB continuă să rămână o problemă prioritară de sănătate publică. În anul 2007 au fost înregistrate 731 de cazuri noi (17,41 la 100,000 populație), în comparație cu anul 2001 – 210 cazuri (5,81 la 100,000 populație). Până la 01.01.2008, în R. Moldova au fost depistate 4201 persoane infectate cu virusul HIV, prevalența alcătuind 98,73 la 100,000 populație [3]. Evoluția tuberculozei în R. Moldova a căpătat un caracter epidemic. În perioada 2000–2007 numărul bolnavilor de tuberculoză diagnosticați, cazuri noi și recidive a crescut cu 89,8%, variind între 2935 în anul 2000 și 5274 în 2007, iar numărul pacienților decedați de TB a constituit 734 de persoane în 2000 și 808 în 2007 [4].

Prevenirea infecției HIV trebuie să constituie o prioritate pentru programul de control al tuberculozei; iar tratamentul și depistarea precoce a tuberculozei trebuie să fie o prioritate pentru programul de control al HIV/SIDA. Abordarea nouă asupra controlului TB în populațiile cu o prevalență în creștere a HIV cere o colaborare între ambele programe. Fortificarea aspectelor de management comun al serviciilor de TB și HIV la nivel de prevenire, diagnostic și tratament, precum și organizarea bună a acestor servicii contribuie la atingerea atât a obiectivelor de dezvoltare a mileniului, cât și a obiectivelor OMS.

Materiale și metode

Cercetarea de bază a cuprins mai multe studii. Studiul prospectiv de cohortă de nivel național a inclus componenta sero-

logică (consilierea și testarea la HIV) și cea calitativă (nivelul de cunoștințe prin chestionare) pe un eșanțion de 436 de pacienți cu tuberculoză, înregistrați *caz nou* în perioada 1 noiembrie 2007 – 31 ianuarie 2008 în patru spitale mari de ftziopneumologie din Moldova. Studiul a fost aprobat de Comitetul național de etică pe data de 10 noiembrie 2008.

Studiul de analiză a asocierii dintre TB și HIV/SIDA prin corelație și regresie liniară a cuprins o perioadă de 11 ani (1997–2007). În cadrul acestui studiu a fost cercetat gradul de asociere prin analiza de corelație și calcularea coeficientului de corelație *Pearson*. Semnificația coeficientului *Pearson* a fost interpretată cu ajutorul coeficientului de determinare *R pătrat*. Prin analiza de regresie liniară a fost estimată incidența de tuberculoză atunci când incidența cumulativă de HIV obține o anumită valoare. A fost calculată ordonata de origine *b* și panta dreptei *m* a asocierii dintre incidența TB și incidența cumulativă HIV. A fost calculată rata de fatalitate (severitate) a cazurilor de tuberculoză în grupul de vârstă 25–45 de ani în mun. Bălți și comparată cu întreaga republică (fără Bălți).

Studiul a fost efectuat în baza datelor furnizate de Spitalul Clinic Municipal Bălți, a rapoartelor anuale ale serviciului ftziopneumologic, a fișelor medicale de ambulatoriu ale pacienților ce au coinfecție TB/HIV, a datelor statistice obținute de la Centrul Național de Management în Sănătate pentru anii 2000–2006.

Rezultate și discuții

Prevalența HIV printre pacienții cu TB

Studiul efectuat de către autori se încadrează în studiile speciale periodice și face parte din sistemul de supraveghere epidemiologică din Republica Moldova. Toți cei 436 de participanți la studiu (sau 100%) au fost consiliați înainte de testarea la HIV. Dintre aceștia 431 (sau 98,8%) au acceptat să fie testați la HIV. Conform datelor obținute prin testarea *ELISA* a probelor de sânge, au fost raportate în total 15 cazuri de infecție HIV. Acestea se traduc într-o prevalență de **3,48%** sau 3,480 de cazuri HIV pozitive la 100,000 de cazuri de tuberculoză. Eroarea standardă (*SE*)=0,009, intervalul de confidență (*CI*)=95%, plasat între 1,7% și 4,4%.

$$\text{Prevalența HIV} = \frac{15}{431} \cdot 100 = 3,48\%$$

Prevalența HIV printre bolnavii cu tuberculoză egală cu 3,48% este de 42 de ori mai mare decât prevalența HIV în populația generală de pe malul drept al râului Nistru (în 2007), care alcătuiește 81,97 la 100,000 populație [5]. Conform glosarului statistic al Organizației pentru Cooperare Economică și Dez-

voltare, prevalența HIV într-o populație se referă la procentul persoanelor testate care au fost diagnosticate ca HIV-infectate [6].

Conform datelor raportate de Centrul SIDA, în anul 2007 au fost menționați numai 3736 de pacienți cu tuberculoză *caz nou* și *recidive* testați la HIV din totalul de 4547 de pacienți (fără Transnistria). Aceasta reprezintă doar 82% din toate cazurile înregistrate în acel an. Dintre cei testați, 34 de persoane au fost găsite HIV-infectate, ceea ce înseamnă o prevalență de 0,9% în 2007. Aceste date pentru anul 2007 sunt, evident, mai mici decât prevalența HIV de 3,48% calculată prin intermediul studiului de seroprevalență din cadrul prezentei cercetări.

În ceea ce privește repartizarea geografică, studiul efectuat denotă că majoritatea cazurilor de infecție HIV (60%) au fost înregistrate printre pacienții cu tuberculoză din municipiul Bălți și numai câte un caz a fost depistat în Chișinău, Strășeni, Anenii Noi și Orhei (zona Centru), Drochia și Fălești (zona Nord). În general, majoritatea participanților la studiu diagnosticați ca HIV-infectați (73%) sunt din zona de Nord a Republicii Moldova.

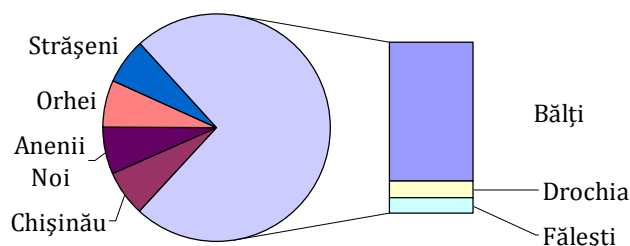


Figura 1. Distribuția geografică a cazurilor HIV+ printre participanții la studiu.

O prevalență HIV alarmantă de 12,2% (9 dintre 72 de pacienți cu tuberculoză) a fost raportată în municipiul Bălți (sau 12,200 cazuri HIV la 100,000 bolnavi de TB). Nouă dintre 15 persoane HIV-infectate sunt bărbați (60%) și șase (40%) sunt femei. Vârsta medie a persoanelor infectate a fost de $35,5 \pm 10,2$ ani. Cel mai tânăr a avut 20 de ani, cel mai în vârstă – 54 de ani.

În procesul studiului a fost calculat indicatorul integrat de testare la HIV. Acesta a fost determinat conform definiției Programului comun al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA și recomandărilor sesiunii speciale a Adunării Generale a Națiunilor Unite (UNGASS) [7]. Definiția include persoanele care au răspuns pozitiv la următoarele 2 întrebări:

1. „Ați fost testat la infecția HIV pe parcursul ultimelor 12 luni?”
2. „Ați aflat rezultatul?”

În baza acestei definiții, doar **10,8%** din participanții la studiu au indicat ca au făcut testarea la HIV

pe parcursul ultimelor 12 luni și au aflat rezultatul testării. Comparat cu populația generală, acest indicator integrat de testare la HIV indică tendințe similare. În populația generală cu vârsta de 15-49 de ani acesta a alcătuit 8,5% [8].

Asocierea dintre TB și HIV

Orașul Bălți este al doilea după mărime urbe din Republica Moldova cu statut de municipiu. Conform recensământului din 2004, populația mun. Bălți alcătuiește 127561 de locuitori, 69143 femei și 58418 bărbați. Populația adultă constituie 91924 persoane, copiii și adolescenții de 0-19 ani – 35637 [9]. Conform Spitalului Clinic Municipal Bălți, în ultimii 10 ani situația epidemiologică cu privire la tuberculoză s-a menținut nefavorabilă, demonstrând o creștere a indicatorilor epidemiologici de bază cum sunt incidența globală, incidența cazurilor noi, incidența cu forme bacilare, precum și mortalitatea prin TB. Centrul Științifico-Practic de Medicină Preventivă raportează că majoritatea cazurilor de infecție HIV (până la 45 %) au fost depistate în anii 1997-1998, când a fost intensificată testarea la HIV în municipiul Bălți. Din numărul total de persoane HIV-infectate în mun. Bălți la sfârșitul anului 2006 aproximativ 60% sau 557 de persoane au fost din grupul de vârstă 25-45 de ani.

Din anul 1997 în mun. Bălți a început să se înregistreze o creștere vădită a cazurilor de coinfecție TB/HIV, care pe parcursul ultimilor 10 ani s-a majorat de la 2 până la 139 de cazuri în 2006. Autorii au analizat corelația dintre cazurile TB și cazurile HIV pe bază de regresie liniară, pentru a vedea cât de mult potențează epidemia de HIV apariția cazurilor noi de tuberculoză, și au calculat rata fatalității cazurilor de tuberculoză în mun. Bălți. Din diagrama dispersată obținută se observă o asociere pozitivă (directă) între incidența cumulativă HIV și incidența de tuberculoză (vezi figura 2).

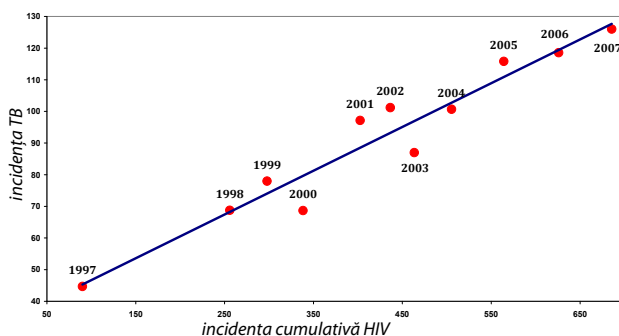


Figura 2. Corelația dintre incidența cumulativă HIV și incidența TB, mun. Bălți.

Asocierea dintre incidența tuberculozei și incidența cumulativă HIV în mun. Bălți este calculată prin următoarea formulă:

$$Y = 0.14 * X + 32,85$$

Aceasta dovedește că dacă nu ar exista epidemia de HIV în municipiul Bălți, incidența de tuberculoză ar fi egală cu 32,85 cazuri la 100000 populație. În anul 2007 a fost înregistrată o incidență de 126 de cazuri la 100,000 populație.

Gradul de severitate a tuberculozei pe fundalul de HIV/SIDA

Tuberculoza influențează mortalitatea printre persoanele infectate HIV [10], infecția HIV este un factor de risc esențial pentru tuberculoză și este asociată cu un risc înalt de deces [11]. În multe țări din Africa sub-sahariană, infecția HIV asociată tuberculozei a ajuns la proporții epidemice și este asociată cu rate înalte de mortalitate [12-17].

Autorii au studiat rata de fatalitate a cazurilor de tuberculoză în grupul de vârstă 35-45 de ani, cel mai vulnerabil la HIV/SIDA în mun. Bălți în comparație cu restul republicii. Rata de fatalitate a cazurilor de TB exprimă severitatea bolii, adică proporția pacienților cu tuberculoză care au decedat de această maladie într-o anumită perioadă de timp. De regulă, rata de fatalitate se raportează în procente [18, 19].

Datele statistice primare pentru analiză au fost dezagregate în raport cu vârsta. Din totalitatea datelor pe R. Moldova în general a fost sustrasă informația cu privire la mun. Bălți. În așa fel s-a creat posibilitatea de a compara datele din mun. Bălți cu datele din republică. Rezultatele au fost transpuse sub formă de grafic pentru o mai bună vizualizare (figura 3).

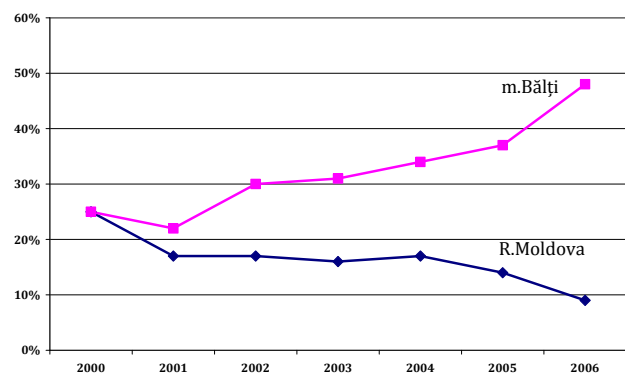


Figura 3. Rata de fatalitate a cazurilor de TB în grupul de vârstă 25-45 de ani, 2000-2006.

Studiul a demonstrat că în anul 2006, în grupul de vârstă 25-45 de ani care este cel mai vulnerabil la HIV/SIDA, în mun. Bălți a decedat fiecare al doilea pacient cu tuberculoză (rata de fatalitate a cazurilor de tuberculoză este de 48%) în comparație cu restul republicii, unde de TB a decedat fiecare al 10-lea pacient (rata de fatalitate egală cu 9%).

Nivelul de cunoștințe despre HIV

Autorii studiului au analizat nivelul de cunoștințe al bolnavilor de tuberculoză privind HIV/SIDA. Cunoștințele despre căile de transmitere și metodele de prevenire a HIV/SIDA sunt foarte importante atunci când vorbim despre asocierea dintre TB și HIV/SIDA. Savanții au demonstrat că, cu cât nivelul de cunoștințe este mai scăzut, cu atât mai mult persoanele sunt tentate să stigmatizeze fenomenele pe care nu le cunosc. În cadrul studiului calitativ a fost elaborat un chestionar bazat pe chestionarul standardizat pentru evaluarea cunoștințelor despre HIV și a atitudinii față de HIV/SIDA [20]. Cunoștințele despre căile de transmitere a maladiilor și metodele eficiente de prevenire au fost relativ înalte, plasându-se între 66,7% și 90,6%, în funcție de anumite căi de transmitere sau metode de prevenire. În același timp, nivelul de cunoștințe greșite despre căile de transmitere a HIV a fost la fel de înalt. Numai 37,8% din respondenți au negat calea de transmitere prin utilizarea comună a closetului și aproape același număr (38,7%) au negat transmiterea HIV prin utilizarea comună a bucătăriei.

Autorii au elaborat indicatorul integrat de cunoștințe conform definiției Programului comun al Națiunilor Unite pentru HIV/SIDA și recomandărilor sesiunii speciale a Adunării Generale a Națiunilor Unite. Acest indicator include răspunsul corect la cinci întrebări:

1. „Poate fi redus riscul prin contacte sexuale cu un partener de încredere neinfecat?”
2. „Poate fi redus riscul prin utilizarea prezervativelor?”
3. „O persoană care poate fi sănătoasă poate să fie infectată cu HIV?”
4. „O persoană poate să se infecteze prin utilizarea comună a closetului?”
5. „Poate o persoană să se infecteze prin utilizarea comună a bucătăriei?”

Numai **18.5%** din participanții la studiu au răspuns corect la toate 5 întrebări, fiind un indice mai mic decât nivelul de cunoștințe în populația generală, egal cu 28.3% [21].

Gradul înalt de greșeli în identificarea căilor de transmitere a infecției HIV a influențat asupra nivelului înalt de stigmatizare și discriminare a persoanelor HIV-infectate printre pacienții cu tuberculoză. Doar 11,9% din participanții la studiu ar împărți mâncarea cu o persoană infectată, majoritatea (79,1%) susținând că nu sunt gata pentru a face așa ceva. Aproximativ o jumătate din respondenți (47,0%) nu ar păstra secretul, dacă un membru al familiei ar fi infectat HIV, acesta fiind un semn de discriminare socială a persoanelor respective.

Concluzii și recomandări

Autorii au formulat următoarele concluzii cu referință la managementul de colaborare între serviciile de control al tuberculozei și HIV/SIDA:

1. Cercetarea a evidențiat o prevalență HIV printre cazurile noi de tuberculoză de 42 de ori mai mare decât în populația generală a Republicii Moldova (3,48%). Sistemul de testare în combinație obligatorie cu consilierea pre-test și post-test îmbunătățește depistarea persoanelor HIV-infectate printre bolnavii cu tuberculoză. Studiul periodic special din cadrul acestei cercetări a demonstrat o prevalență HIV mult mai mare decât cea raportată (3,48% în raport cu 0,9% oficial raportate de Centrul SIDA). O prevalență îngrijorătoare de 12,2% a fost determinată în municipiul Bălți, regiune geografică cu risc sporit pentru tuberculoză și HIV/SIDA.

2. Studiul a demonstrat că în Republica Moldova, care se afla la etapa de epidemie de HIV concentrată printre grupurile cu risc sporit de infectare HIV, se recomandă implementarea unui sistem de oferire a consilierii și testării la HIV a tuturor bolnavilor de tuberculoză diagnosticați *caz nou*. Numărul participanților la studiu care au acceptat testul după consilierea pre-test s-a ridicat la 99%.

3. Studiul a demonstrat că rata severității tuberculozei în anumite regiuni cu risc sporit și prevalență înaltă de tuberculoză și HIV/SIDA este de 5 ori mai mare comparativ cu alte regiuni. Fiecare al doilea pacient cu tuberculoză din grupul de vârstă cel mai vulnerabil la HIV/SIDA (25-45 de ani) din mun. Bălți a decedat în 2006 de tuberculoză.

4. Studiul a arătat că nivelul scăzut de cunoștințe despre căile de transmitere și metodele de prevenire a HIV/SIDA duce la stigmatizarea și discriminarea persoanelor HIV-infectate și reduce accesul lor la serviciile de prevenire, tratament, îngrijire și suport. Indicatorul integrat de cunoștințe este mai jos în rândurile pacienților cu tuberculoză (18,5%) decât în populația generală (28,3%).

5. Prezenta cercetare a structurat toate intervențiile necesare pentru un management de colaborare între TB și HIV și a demonstrat următoarele 5 domenii prioritare de colaborare între programele naționale de control al tuberculozei și cel al HIV/SIDA în Republica Moldova: (1) asigurarea angajamentului politic, (2) prevenirea în colaborare a TB/HIV, (3) depistarea activă a cazurilor noi de TB și HIV, (4) tratamentul coordonat și (5) supravegherea epidemiologică strictă TB/HIV.

Prevalența alarmantă și îngrijorătoare de 12,2% (12200 cazuri la 100,000 populație) printre bolnavii de tuberculoză în municipiul Bălți, precum și rata de fatalitate a cazurilor de tuberculoză egală cu

48% servesc drept semne clare pentru niște acțiuni imediate în vederea organizării serviciilor de colaborare TB/HIV. Republica Moldova se află la etapa de epidemie concentrată de HIV printre grupurile cu risc sporit de infectare HIV, astfel implementarea la timp a acestor servicii va micșora povara epidemiei TB/HIV iminente.

Pentru Moldova se recomandă un întreg set de activități de colaborare ce țin de asigurarea angajamentului politic, prevenirea în comun, depistarea activă a cazurilor noi, tratamentul coordonat și supravegherea epidemiologică strictă a cazurilor de coinfecție TB/HIV. În special se recomandă următoarele:

1. Pe lângă cabinetele de consiliere și testare voluntară (VCT), fiecare spital de tuberculoză trebuie să stabilească unități de testare și consiliere cu scop de diagnostic. Acestea vor servi ca porți de intrare pentru pacienții cu tuberculoză HIV-infectați spre alte servicii de colaborare HIV/TB (prevenire, tratament, îngrijire și suport).

2. Crearea unui grup tehnic de lucru mixt pe activități de colaborare TB/HIV în cadrul Consiliului Național de Coordonare.

3. Elaborarea și aprobarea unui plan strategic comun de micșorare a poverii epidemiei de TB/HIV în Republica Moldova.

Referințe bibliografice

- Anthony Harries, Dermot Maher, Stephen Graham, *TB/HIV: a clinical manual*, 2nd ed, World Health Organization, 2004.
- Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing*. WHO report, 2008. WHO/HTM/TB/2008, 393, Geneva, 2008.
- Buletin informativ nr. 10a-7/55 din 31.01.2008*. Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă/Centrul SIDA, 2008.
- Annual progress report*. PIU/GFATM, Moldova TB/AIDS Program MOL-102-G01-C-00, 2008.
- Centrul Național SIDA. *Buletinul informativ privind situația epidemică în infecția HIV/SIDA, realizarea programului național pe semestrul 2, 2007 și sarcinile pentru 2008*.
- Glossary of statistical terms*. OECD. <http://stats.oecd.org/glossary/> (accesat la 07 septembrie, 2008).
- UNAIDS. *Guidelines on Construction of Core Indicators*, July 2005.
- Preventing HIV/AIDS and Hepatitis B and C Project. Knowledge, attitudes and Practices on Hepatitis B and C and on voluntary counseling and testing for HIV and viral hepatitis in the General Population of Moldova*. A sociological research study report, Chișinău 2007, 112 p.
- Biroul Național de Statistică. *Datele despre recensământul populației din 2004*, <http://www.statistica.md> (accesat la 10 septembrie 2008).
- Mukadi Y.D., Maher D., Harries A., *Tuberculosis case fatality rates in high HIV prevalence populations in sub-Saharan Africa*, în *AIDS*, 2001, Jan. 26; nr. 15(2); p. 143-152.
- G. J. Churchyard et al. *Factors associated with an increased case-fatality rate in HIV-infected and non-infected South African gold miners with pulmonary tuberculosis*, în *INT. J. TUBERC. LUNG. DIS.*, nr. 4(8); p. 705-712.
- De Cock K. M., Soro B., Coulibaly I. M., Lucas S. B., *Tuberculosis and HIV infection in sub-Saharan Africa*, în *JAMA*, 1992, nr. 268; p. 1581-1587.
- Elliot A. M., Halwiindi B., Hayes R. J. et al., *The impact of human immunodeficiency virus on mortality of patients treated for tuberculosis in a cohort study in Zambia*, în *Trans. Roy. Soc. Trop. Med. Hygiene*, 1995, nr. 89; p. 78-82.
- Nunn P., Brindle R., Carpenter L. et al., *Cohort study of human immunodeficiency virus infection in patients with tuberculosis in Nairobi, Kenya*, în *Am. Rev. Respir. Dis.*, 1992, nr. 148, p. 849-854.
- Ackah A. N., Coulibaly D., Digbeu H. et al., *Response to treatment, mortality, and CD4 lymphocyte counts in HIV-infected persons with tuberculosis in Abidjan, Côte d'Ivoire*, în *Lancet*, 1995, nr. 345, p. 607-610.
- Kassim S., Sassan-Moroko M., Ackah A. et al., *Two-year follow-up of persons with HIV-1-and HIV-2-associated pulmonary tuberculosis treated with short-course chemotherapy in West Africa*, în *AIDS*, 1995, nr. 9, p. 1185-1191.
- Whalen C., Okwera A., Johnson J. et al, *Predictors of survival in human immunodeficiency virus-infected patients with pulmonary tuberculosis*. The Makerere University-Case Western Reserve University Research Collaboration, în *Am. J. Respir. Crit. Care Med.*, 1996, nr. 153, p. 1977-1981.
- Houghton Mifflin Company, *The American Heritage® Medical Dictionary*, 2007.
- Spinei L., Ștefanț S., Moraru C., Capcelea A., Boderškova L., *Noțiuni de bază de epidemiologie și metode de cercetare*. Univ. de Stat de Medicină și Farmacie. Școala Management în Sănătatea Publică, Chișinău, 2006.
- Guțu V., *Studiul de sociologie*, Chișinău, Editura Cartea moldovenească, 1991, p. 225.
- Raportul Republicii Moldova la UNGASS*. Centrul Național de Management în Sănătate, Chisinau, 2006.

Prezentat la 23.12.2008

MANAGEMENTUL EVIDENȚEI
ȘI ANALIZEI DIVERGENȚELOR
DINTRE CONCLUZIILE IMAGISTICE ȘI
DIAGNOSTICELE MORFOPATOLOGICE

Andrei ROȘCA,
Centrul de Imagistică Medicală și Radioterapie al
Ministerului Sănătății

Summary

The management of evidence and analysis of the divergences between imagery conclusions and morphological diagnosis

One of the ways to improve the quality of imagery diagnostic service is the perpetual and qualitative comparison of the imagery physician conclusions with the post operational or necropsy diagnosis.

The article analyses and expresses minutely the possible reasons of this divergences between the conclusions of the imagery physicians (radiologists, sonographers, nuclear medicine physicians, thermographers, magnetic resonance imagery physicians) and morphological diagnosis.

Резюме

Менеджмент учета и анализа расхождений между заключениями лучевых диагностов и морфопатологическими диагнозами

Одна из возможностей улучшения качества службы лучевой диагностики это постоянное и качественное сравнение заключений врачей лучевых диагностов с послеоперационными и морфопатологическими диагнозами.

В статье тщательно разработаны и выдвинуты рекомендации по поводу учета и анализа расхождений между заключениями врачей лучевых диагностов (рентгенологи, радиологи, эхографисты, термографисты, врачи по ядерно-магнитному резонансу) и послеоперационными морфопатологическими диагнозами.

Introducere

Ameliorarea calității diagnosticului și a tratamentului pacienților cu cele mai diverse maladii reprezintă principalul obiectiv al sistemului de sănătate publică din orice țară. De acest deziderat este legată și sporirea calității diagnosticului imagistic (DI), ca parte componentă și importantă a procesului de diagnostic general.

Calitatea DI depinde de gradul utilizării metodelor adecvate de profil, care pot asigura obținerea informației necesare, influențate în mare măsură de nivelul de pregătire a personalului serviciului imagisticii medicale (IM), de utilizarea instalațiilor și a utilajelor moderne performante etc.

Totodată, una dintre căile eficiente de ameliorare a DI rămâne analiza retrospectivă a erorilor comise în activitatea cotidiană a personalului serviciului de IM și concluziile corecte, ce reies din această analizare. Procedeele prevede extrapolarea legităților depistate și influența acestora asupra activității personalului serviciului de IM și a unor specialiști în parte. Încă Pirogov N.I. considera, pe bună dreptate, că numai prin studierea erorilor comise la patul pacientului este posibilă perfecționarea în domeniul artei medicale.

Unii medici-imagiști divizează erorile de DI doar în erori de hiperdiagnostic și erori de hipodiagnostic, condiționate de interpretarea incorectă a modificărilor depistate la utilizarea tuturor posibilităților metodei de IM, la aplicarea insuficientă (incompletă) a metodelor de IM și de limita posibilităților în cauză.

O altă categorie de medici-imagiști se conduce de tactica divizării erorilor de diagnostic în patru grupe: interpretarea incorectă a informațiilor clinice și de IM, evoluția atipică a maladii, utilizarea incompletă a metodelor de IM și limita posibilităților metodelor menționate.

Un al treilea grup de medici-imagiști, familiarizați mai temeinic cu diversele aspecte ale procesului de analizare a divergențelor dintre concluziile imagistice și diagnosticele clinice și morfopatologice, consideră că motivele comiterii erorilor de diagnostic sunt mai diverse și includ:

- defectele de interpretare a informațiilor din anamneză;
- utilizarea insuficientă a examenelor de laborator și imagistice;
- evaluarea superficială a rezultatelor acestora;
- defecțiunile managementului consultativ;
- evoluția atipică a maladiilor;
- supravegherea de scurtă durată și incorectă a pacientului;
- starea gravă a pacientului, care face dificilă investigarea lui completă;
- frecvența mică a maladii.

În același timp, L. Chișinevschi (1967) divizează motivele principale de divergențe între concluzia radiologică și diagnosticul clinic în următoarele grupe: dificultățile reale, existente în examinarea de radiodiagnostic medical (RDM), starea gravă a pacientului și limitarea duratei de supraveghere a acestuia, evidența necalitativă și interpretarea eronată

a informațiilor anamnezice, clinice și de laborator, utilizarea insuficientă a metodelor de RDM, limita posibilităților de diagnostic ale acestor metode.

Material și metode

Rezultatele studiului au fost obținute prin examinarea literaturii de specialitate și a unor acte instructiv-metodice (instrucțiuni, recomandări metodice, scrisori informative etc.), a fișelor de ambulatoriu, foilor de observație clinică a pacienților operați și a necropsiilor, utilizând metodele documentară și de analiză comparativă.

Rezultate și discuții

Conform informațiilor de care dispune Centrul de Imagistică Medicală și Radioterapie al Ministerului Sănătății (CIMRMS), valoarea indicatorului divergențelor dintre concluziile imagistice și cele de după intervențiile chirurgicale și morfopatologice variază între 1% și 10%. Motivul principal al diferenței mari de valori ale indicatorului sus-numit este utilizarea diverselor metode în estimare a acestuia și absența unei clasificări unificate a concluziilor eronate în funcție de motivele erorilor.

Determinarea valorii indicatorului de coincidență a concluziilor medicilor-imagiști cu rezultatele intervențiilor chirurgicale și ale examinărilor morfopatologice se realizează după o metodologie simplă. Se ia în considerație numărul pacienților examinați inițial prin aplicarea metodelor de IM, ulterior supuși intervențiilor chirurgicale pe parcursul anului de referință în instituția medico-sanitară publică (IMSP), care se consideră egal cu 100%. Numărul pacienților cu divergențe de diagnostic între rezultatele intervenției chirurgicale și concluziile medicilor-imagiști se marchează cu litera X. Alcătuiind o ecuație simplă și realizând un calcul elementar, putem determina valoarea indicatorului dorit. Spre exemplu, în anul de studiu au fost supuși intervențiilor chirurgicale 300 de pacienți investigați prin utilizarea metodelor de IM, cifră care se consideră egală cu 100%. Divergențe de diagnostic între concluziile imagistice și informațiile postoperatorii au fost depistate la 15 pacienți, ceea ce constituie X%. Alcătuiim următoarele ecuații:

$$\begin{aligned} 300 \text{ pacienți} &= 100\%; \\ 15 \text{ pacienți} &= X\%, \text{ deci} \end{aligned}$$

$$X = \frac{15 \times 100}{300} = 5\%.$$

Astfel, am stabilit că valoarea indicatorului necoincidenței concluziilor medicilor-imagiști cu diagnosticele postoperatorii în IMSP pe parcursul anului vizat constituie 5%.

Calcularea valorii indicatorului divergențelor dintre concluziile imagistice și diagnosticele mor-

fopatologice se realizează similar: numărul celor decedați și investigați prin metodele de IM în IMSP studiat în perioada analizată se consideră egal cu 100%, iar numărul celor decedați la care concluziile medicilor-imagiști nu au coincis cu concluziile morfopatologice se marchează cu X%.

Dacă numărul cazurilor examinate este mic și calcularea valorii indicatorului în cauză nu este posibilă, numărul diagnosticelor eronate se coraportază, în mod elementar, la numărul decedaților.

O modalitate mai detaliată de analizare a necoincidențelor vizate este divizarea informațiilor acumulate și calcularea valorii indicatorilor în funcție de motivele care au condus la divergențele de diagnostic, ținându-se cont de localizarea maladiilor (organele cutiei toracice, sistemul locomotor etc.). Această modalitate poate fi aplicată cu succes în IMSP mari (spitalele republicane, municipale etc.). Un loc separat în acest proces trebuie să-i revină analizei indicatorilor divergențelor de diagnostic în cazul examinărilor clinico-imagistice ale pacienților oncologici, informații care se includ într-un spațiu aparte în registru.

În condițiile actuale de utilizare preponderentă a tehnologiilor moderne este necesară sistematizarea și reglementarea evidenței activității cu analizarea divergențelor dintre concluziile imagistice și diagnosticele morfopatologice prin elaborarea unei clasificări unificate a concluziilor eronate ale medicilor-imagiști în funcție de motivele erorilor, aplicând o metodologie unică în determinarea indicatorului principal al calității imagisticii medicale - divergențele dintre concluziile imagistice și diagnosticele clinice.

În urma informațiilor obținute, șeful secției (cabinetului) perfectează un raport despre calitatea IM în instituția medico-sanitară publică în perioada vizată (de regulă, un an), pentru includerea acestuia în raportul anual al instituției în cauză (în unele cazuri, pentru necesitățile de serviciu conducerea instituției poate solicita informații lunare, trimestriale sau semestriale). În același raport trebuie incluse totalurile compartimentului de diagnostic imagistic, stabilite în IMSP vizată, și corectarea diagnosticelor cu care pacientul a fost trimis din alte instituții, efectuând o expertizare a trimerilor din IMSP de către specialistul abilitat al instituției în care se elaborează această expertizare.

În timpul verificărilor planificate ale stării și activității secțiilor (cabinetelor) de IM, specialiștii principali netitulari în IM (radiodiagnostic, ecografie și medicină nucleară) sau medicii-experti ai CIMRMS apreciază activitatea de evidență și de analiză a divergențelor de diagnostice, efectuând o estimare expertizată selectivă a corectitudinii repartizării erorilor medicilor-imagiști conform clasificării menționate anterior, și determină veridicitatea motivelor de diagnostic eronat.

Studierea detaliată a motivelor erorilor de diagnostic ale medicilor-imagiști permite determinarea obiectivelor concrete pentru perfecționarea asistenței imagistice acordate pacienților.

Un rol primordial în analiza coincidenței concluziilor medicilor-imagiști cu diagnosticele clinic și morfopatologic îl are managementul evidenței și al analizării divergențelor dintre aceste decizii ale specialiștilor din domeniile menționate. Acest management în IMSP care dispun de serviciile chirurgical și morfopatologic se realizează ținându-se cont de informațiile despre:

1. Identitatea pacientului (numele, prenumele, anul nașterii etc.).
2. Diagnosticul clinic.
3. Informația cu caracter imagistic din IMSP care îndreaptă pacientul în altă IMSP (staționar, ambulatoriu), tipurile investigațiilor de IM efectuate pacientului, denumirea IMSP din care a sosit.
4. Concluzia medicului-imagist.
5. Diagnosticul postoperator și/sau morfopatologic.
6. Necoincidența diagnosticului în cazurile maladii principale, celor mai importante complicații și maladiilor concomitente importante.

Ținând cont de datele literaturii de specialitate, de experiența personală și a secțiilor (cabinetelor) de IM ale IMSP din republică, actualmente expertizate de către specialiștii CIMR MS RM, cea mai complexă clasificare a erorilor de diagnostic a medicilor-imagiști o considerăm următoarea:

- A. Acumularea și interpretarea superficială a informațiilor din anamneza pacientului și a celor de ordin clinic, existența neajunsurilor în managementul consultativ, supravegherea de scurtă durată și necalitativă a pacientului.
- B. Examinarea insuficientă a investigațiilor de laborator și a celor imagistice, inclusiv a celor nonionizante: ecografie, termografie și rezonanță magnetică.

- C. Utilizarea parțială a posibilităților metodelor de IM (absența experienței cuvenite a medicilor-imagiști în aplicarea metodelor complicate de IM – ecografia Doppler, angiografia etc.; absența instalațiilor și a utilajelor performante, starea gravă a pacientului, evoluția atipică a maladii);
- D. Interpretarea incorectă a simptomatologiei imagisticii medicale.
- E. Posibilitățile limitate de diagnostic ale metodelor de IM, evoluția atipică și incidența destul de mică a maladii.

Toate aceste 5 grupe de posibile erori sunt incluse în *tabelul 1*.

Diversitatea motivelor care pot influența apariția erorilor în DI impune atenționarea medicilor-imagiști asupra necesității ierarhizării acestor motive în raport cu importanța și cu gravitatea lor. În această ordine de idei, motivele incluse în alineatele C și D trebuie luate în considerație în primul rând, fiind studiate aprofundat, fiindcă ambele pot predomina, constituind indicatorul principal al calității asistenței de IM. Ele caracterizează nivelul de pregătire specială a medicului-imagist, de cunoaștere a problemelor generale și particulare ale IM, a simptomatologiei acesteia, demonstrând stăpânirea și aplicarea metodelor speciale și suplimentare de IM.

Așadar, estimarea reală a calității asistenței de IM în orice teritoriu administrativ sau în fiecare IMSP poate fi realizată prin analizarea detaliată a divergențelor dintre concluziile medicilor-imagiști și diagnosticele clinice, apărute din cauza motivelor incluse în alineatele C și D. Rezultatele acestor estimări trebuie să servească la elaborarea măsurilor de ameliorare a calității asistenței de IM, la ridicarea nivelului de cunoștințe al medicilor imagiști, însușirea noilor metode speciale de IM, care asigură obținerea informației necesare în cazul celor mai diverse maladii etc.

Coincidența concluziilor imagistice cu diagnosticele stabilite după intervențiile chirurgicale și după efectuarea examinărilor morfopatologice este cel mai

Tabelul 1

Rezultatele analizei coincidențelor concluziilor imagistice cu diagnosticele morfopatologice

N d/o	Localizarea maladiilor	Număr pacienți operați și/sau decedați	Total divergențe de diagnostic		inclusiv din cauza								Medic-imagist
			abs.	%	A	B	C	D	E				
			abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	
1	Organele cutiei toracice												
2	Organele tubului digestiv												
3	Organele sistemului locomotor												
4	Organele sistemului urinar												
5	Alte organe și sisteme												
6	Total												

veridic indicator al calității asistenței de IM. Programele moderne de asigurare a calității și a controlului calității acestui tip de asistență prevăd includerea incontestabilă a analizei retrospective a erorilor comise în timpul examenelor imagistice. Analizarea detaliată a motivelor care au condus la stabilirea unui diagnostic eronat de către medicii-imagiști oferă posibilitatea estimării reale a nivelului asistenței de IM acordate populației în IMSP, permite elaborarea măsurilor manageriale concrete vizând ameliorarea calității asistenței de IM, perfecționarea personalului serviciului în cauză, dotarea cu instalații și utilaj modern performant, planificarea asigurării necesității serviciului de IM cu consumabilele necesare etc.

Efectuarea sistematică a acestei analize, cu elaborarea informațiilor despre divergențele dintre concluziile medicilor-imagiști și diagnosticele clinice contribuie, în mod inevitabil, la ameliorarea calității de IM, depistarea precoce a multor maladii, aplicarea oportună și rațională a tacticilor de tratament al pacienților etc.

Realizarea obligatorie și evidența coincidenței concluziilor imagistice cu diagnosticele morfopatologice, organizarea permanentă a conferințelor clinico-imagistice cu participarea activă a medicilor-imagiști, a medicilor-clinicieni și a medicilor-morfopatologi asigură ameliorarea durabilă a calității serviciului de IM. Discutarea și depistarea motivelor de divergență a concluziilor medicilor-imagiști cu diagnosticele clinice și morfopatologice reprezintă unul dintre principalele obiective ale secției (cabinetului) de imagistică medicală.

Discuțiile clinice vizând erorile de diagnostic, organizate în cadrul conferințelor spitalicești și al celor din secțiile de profil, sunt menite să contribuie la sporirea gradului de calificare a personalului serviciului de IM.

Organizarea seminarelor și a conferințelor pe problemele actuale ale IM, frecventarea permanentă a ședințelor societăților de profil și ale celor din domeniile adiacente, a cursurilor de perfecționare a cunoștințelor din domeniu, atestarea regulată a cadrelor serviciului de IM de comisiile respective de atestare contribuie esențial la diminuarea numărului erorilor medicilor-imagiști în acordarea asistenței populației.

Un rol important în studierea informațiilor despre divergențele existente între concluziile imagistice și diagnosticul clinic trebuie să-i revină specialistului principal netitular în imagistică al Ministerului Sănătății. Acesta este obligat să studieze detaliat informațiile în cauză prin conlucrarea cu instituțiile de cercetări științifice, clinicile universitare etc., argumentând științific și elaborând recomandări metodice cu implementarea măsurilor adecvate.

Perfecționarea permanentă a medicilor-imagiști în diverse compartimente IM (radiodiagnostic, ecografie etc.) și în specializările adiacente, însușirea unor metode noi de diagnostic și tratament (ecografic, radiodiagnostic intervențional etc.), discutarea în cadrul conferințelor clinico-imagistice a erorilor de

diagnostic cu analiza detaliată a motivelor de comitere a acestora, ameliorarea considerabilă a calității și a posibilităților de exploatare ale instalațiilor și utilajelor de IM sunt căile principale de ameliorare a calității serviciului de IM și diversificare a capacităților rezolutive ale acesteea.

Implementarea clasificării unificate de comparare a concluziilor imagistice cu rezultatele intervențiilor chirurgicale și ale necropsiilor permite estimarea reală a valorilor indicatorilor nivelului asistenței de profil în IMSP, ceea ce va contribui la ameliorarea calității asistenței de IM acordate populației.

Concluzii

1. Studiarea multilaterală a motivelor comiterii erorilor de diagnostic ale medicilor-imagiști va permite determinarea obiectivelor concrete pentru perfecționarea asistenței de IM acordate populației.

2. Semnificația analizării permanente și calitative a coincidenței diagnosticelor imagistice cu cele clinice și morfopatologice actualmente sporește vădit datorită implementării programului de asigurare a calității și a controlului calității în medicină, inclusiv în IM.

3. Unificarea sistemului de evidență și de analiză a divergențelor dintre concluziile medicilor-imagiști și diagnosticele chirurgicale sau morfopatologice permite estimarea reală și compararea valorilor indicatorilor nivelului de acordare a asistenței de IM, ceea ce va contribui la ameliorarea calității asistenței de profil acordate populației.

4. Căile principale de ameliorare a calității IM și largirea posibilităților metodei de IM sunt următoarele: necesitatea perfecționării permanente a medicilor-imagiști în diverse compartimente ale IM și ale specializărilor adiacente, însușirea noilor metode de DI, organizarea regulată a discuțiilor clinico-imagistice vizând erorile comise și ameliorarea esențială a calității și a capacităților de exploatare a instalațiilor și utilajelor de IM.

5. Acest studiu poate fi utilizat în calitate de alternativă a recomandărilor metodice vizând managementul analizei divergențelor dintre concluziile imagistice și diagnosticele morfopatologice.

Bibliografie

1. *Качественные показатели и методика изучения деятельности рентгенологических кабинетов (методическое письмо)*, Кишинёв, 1971, с.с. 17-19, 29-30.
2. Кишинёвский Л.Е., *Методические вопросы изучения рентгенологической помощи в республике (по материалам Молдавской ССР)*. Автореферат диссертации на соискание учёной степени кандидата медицинских наук, Москва, 1966, с. 12-14.
3. *Методические указания по повышению качества рентгенологической помощи населению*, Минздрав, 1981, 15 с.
4. *Учёт и анализ расхождений рентгенологических и анатомических диагнозов (методические рекомендации)*, Москва, 1975, 9 с.

Prezentat la 16.12.2008

FAMILIARIZING MEDICAL STUDENTS WITH FUNGAL INFECTIONS

Kurtulus ONGEL¹, Haluk MERGEN², Ebru KATIRCI³,
Cennet AK³, İsmail SARIKAN³, İlhami UNLUĞLU⁴

¹ University of Suleyman Demirel, Isparta, Turkey,

² University of Uludag, Bursa, Turkey;

³ University of Suleyman Demirel, Isparta, Turkey;

⁴ University of Osmangazi, Eskisehir, Turkey.

Rezumat

Cunoașterea de către studenții medici a infecțiilor fungice

Actualitatea temei. Fiecare a cincea persoană a suferit sau suferă de infecție fungică. Scopul cercetării este identificarea înțelegerii și atitudinii studenților-medici față de infecțiile fungice. Totodată, abordarea standardă a tratamentului dermatomicozelor se presupune să fie inițiată în clinica noastră de ambulatoriu în baza studiului.

Metodologia. În perioada de învățământ a anului 2006, 372 de studenți de la Facultatea „Medicină” a Universității „Suleyman Demirel”, de la diferiți ani de studii, au fost selectați randomizat pentru participarea la cercetare. 284 de studenți (76,35%) au acceptat să participe. Cercetarea a fost realizată utilizând un chestionar din 13 întrebări axate pe semnele clinice și tratarea infecțiilor fungice.

Rezultate. Dintre 284 de studenți, 149 au fost tineri (52,5%) și 135 – tinere (47,5%). Vârsta medie a fost de 22,21±2,9 ani. Numărul studenților care au avut leziuni cu prurit ale corpului pe parcursul vieții a constituit 198 (69,7%), descuamare – 138 (48,6%), schimbarea culorii pielii – 152 (53,5%), strup și plăgi – 166 (58,5%). 120 de studenți (42,3%) au răspuns „DA” la întrebarea „Ați avut cândva pe parcursul vieții infecții fungice?”. În afară de aceasta, 60 de persoane (50% din acest grup) au fost diagnosticate cu infecție fungică în centrul de sănătate. 102 (35,9%) au menționat că au fost tratate de micoze anterior, 81 dintre ele (79,4%) au recunoscut că nu au finisat tratamentul prescris. Dintre cei 102 studenți tratați, 70 (68,6%) au spus că au folosit terapie topică. 90 (88,2%) dintre ei au declarat că s-au vindecat complet, iar 68 (66,6%) au mărturisit că boala a avut recurențe.

Concluzii. Faptul că majoritatea plângerilor se refereau la leziuni cu senzație de mâncărime, ne face să acordăm o mai mare atenție infecțiilor fungice asociate cu prurit. Majoritatea persoanelor au fost tratate cu preparate topice, însă o treime au abandonat tratamentul. Studenții au menționat că s-au simțit bine după terapia aplicată, dar boala a recidivat o perioadă lungă.

Резюме

Знания студентов медиков о грибковых инфекциях

Актуальность темы. Каждый пятый житель перенес в прошлом или страдает грибковым заболеванием на протяжении жизни. Цель исследования заключалась в определении понимания и отношения студентов-медиков к грибковым заболеваниям. Более того, предполагается, что в результате нашего исследования будет иницирован стандартизированный подход к лечению дерматомикозов в нашей амбулаторной клинике.

Методология. В течение 2006 учебного года 372 студента разных курсов Медицинского факультета Университета «Сулейман Демирель» были случайно отобраны для участия в опросе. 284 студента (76,35%) дали свое согласие на участие. Опрос проводился при помощи анкеты, состоящей из 13 вопросов, ориентированных на клинические симптомы и подход к лечению грибковых заболеваний.

Результаты. Из 284 студентов, 149 были молодыми людьми (52,5%) и 135 были девушками (47,5%). Средний возраст составил 22,21±2,9 лет. Количество студентов, у которых на протяжении жизни были зудящие поражения тела, составили 198 (69,7%), десквамации – 138 (48,6%), изменение цвета – 152 (53,5%), струп и поражения кожи – 166 (58,5%). 120 студентов (42,3%) ответили «Да» на вопрос «Были ли у вас когда-либо на протяжении жизни грибковые заболевания?». Кроме того, 60 студентов (50% всей группы) были диагностированы с грибковой инфекцией в медицинском центре. 102 (35,9%) отметили, что они лечились от микозов ранее, 81 из них (79,4%) признали, что они не завершили назначенную схему лечения. Среди 102 студентов, получавших лечение, 70 (68,6%) подтвердили, что использовали местное лечение. 90 (88,2%) из них излечились полностью, а 68 студентов (66,6%) признали, что болезнь рецидивировала.

Выводы. Тот факт, что большинство жалоб были на зудящие повреждения кожи, указывает, что необходимо обращать больше внимания на грибковые заболевания, сопровождающиеся зудом. Большинство студентов применяло местное лечение, однако треть из них отказалась от лечения. Студенты признали, что в большой мере лечение принесло им пользу, однако еще долгое время наблюдались рецидивы.

Introduction

Fungal infections are not usually serious in terms of mortality; however, they may bring out secondary bacterial infections, chronicity, therapeutic difficulties and esthetic disfigurement [1]. Fungi usually lie down the skin folds which are the most moist areas of the body. They are mostly localized under the breasts, between toes and around the genital area. One may suspect the existence of a fungal infection when a red, irritated or scaly rash is observed on different parts of the body. Confirmation of the diagnosis is made usually by scraping off a small amount of skin and examining it under microscope or by placing it in a culture [2].

Dermatophytosis is still being considered as one of the major public health problems in many parts of the world [3]. Epidemiological studies concerning dermatophyte infections have been performed in many countries and differences in the incidence have been reported in different geographical locations [4]. Worldwide superficial mycotic infection prevalence is about 20-25% of the population [5]. Generally, Indian and Chinese populations are most susceptible to dermatomycoses [6]. That is because of lack of hygiene and sanitary conditions as well as low educational level. In a Chinese survey, dermatomycosis was found in 41,2% of the patients [7]. In a study with 2000 people presenting to an outpatient dermatology clinic, fungal diseases were found in 6 % of the Thai people [8]. In a Jordanian survey, this ratio was 56.8% [9], in a Japanese – 22.4% [10], in a Saudi Arabian – 19.8% [11] and in a Kenyan survey – 10,1% [12]. In an Iranian study, dermatophytosis prevalence was found in 34% of 348 patients attending a dermatology clinic [3]. In a survey of participating three Colombian universities, fungal infections were found in 9,7 % of 504 students [13]. In the island of Crete, Greece, fungal infection rate was found to be 13,9% in a survey of 7 years [4]. In a Slovenian survey, fungal infection rate was found to be 27% [14]. Nevertheless, this value has recently decreased from 24,2% to 13,9% [15]. In a Cagliarian survey in Italy, dermatomycosis prevalence was found to be 31,5%, with male dominance over female subjects [16]. In Turkish population, each of five people either had dermatomycoses or suffer from it.

The aim of the study is to detect the behaviors and attitudes of medical students about fungal infections. Moreover, it is supposed that as a result of the study a standard approach to the treatment of dermatomycosis will be indicated in our outpatient clinic.

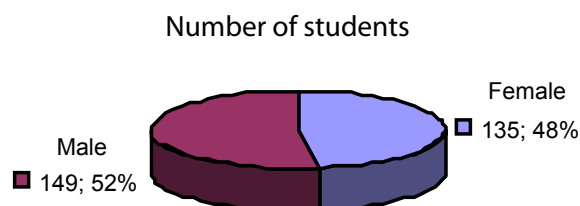
Materials and methods

During the 2006 educational year, 372 students in different years of study from the Faculty of Medicine of Süleyman Demirel University were randomly selected for the study. 284 students (76,35%) accepted to take part in the study.

The study conducted contained a questionnaire of 13 questions focusing on the clinical findings and treatment approaches of fungal infections. Before the questionnaire, the aim of the study was explained to the students in order to prevent adaptation problems. Data were composed of responses to the questionnaire. The data analysis was accomplished and categorized by two independent family physicians.

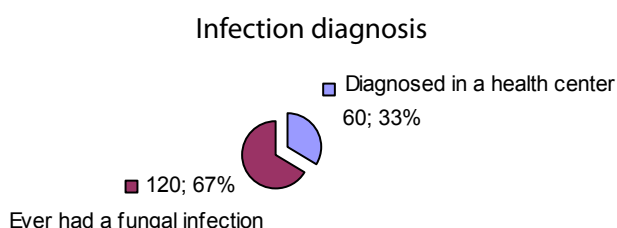
Results

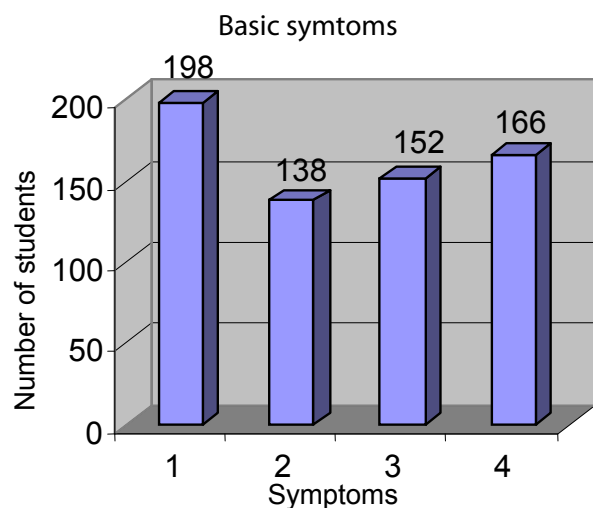
Out of the 284 students, 149 were male (52,5%) and 135 were female (47,5%). The mean age was $22,21 \pm 2,9$.



Initially, fungal infection symptoms were investigated. The number of students who had itchy lesion on their bodies through their lives was 198 (69,7%), 138 (48,6%) students had desquamation, 152 (53,5%) – skin discoloration, 166 (58,5%) – scabs and plaques. 120 students (42,3%) answered “Yes” to the question “Have you ever had a fungal infection in your life?”. Besides that, 60 students (50% of this group) had been diagnosed with a fungal infection in a health center.

102 (35,9%) students mentioned that they had been treated for mycosis before, 81 of them (79,4%) stated that they did not finish the given therapy regimen. Among treated 102 students who received medical treatment, 70 (68,6%) stated that they used a topical therapy. 90 (88,2%) of them said that they had fully recovered. 68 students (66,6%) stated the illness had recurred.





1. Itchy lesion 2. Desquamation
3. Skin discoloration 4. Scabs and plaques

Discussion

Commonly used public places like sports halls, swimming-pools, changing rooms, showers and dormitory conditions are the most common ways to catch dermatomycoses [17, 18, 19]. In a Puerto-Rican survey, in the second fungal examination undertaken 12 days later after the first one, it was found that fungal infection prevalence increased from 13,2% to 22,2%. We have chosen university students as subjects, because we considered it was important to obtain a reliable prevalence value.

In our study, 42,3% of the subjects mentioned that they had fungal infections in their life at least one time. In another study conducted in Turkey among vocational health school students, 17,4% of those interviewed that they had foot mycosis in their life almost one time (20). In another Turkish survey performed among 2500 high school students, the dermatophytosis prevalence detected was as low as 3,6% [21]. This could be due to subject selection, regional differences and unreported cases. However, this study doesn't depend on microscopic and culture examinations. Therefore the ratio stated by the students can be related to the conditions enumerated above. People may sometimes be unaware of their diseases. In a Turkish study, 71,1% of the people with tinea pedis and 45,8% of the people with onychomycosis were unaware of their diseases [1]. That is why, even if they are very trained, like the people in the study group, we believe that a number of subjects could be unaware of their diseases too. Moreover, this could affect dermatomycosis prevalence.

In the study conducted among physical education students in Poland, a questionnaire asking

their knowledge about the ways of contamination with mycosis was addressed to students. This study showed that only 12% of the male and 9% of the female students had experienced mycotic infections before [17]. In our study, 60 students (21,12 % of the whole group) had been diagnosed with a fungal infection in a health center.

In a survey of 200 patients from a dermatology clinic, the subjects were asked to answer a questionnaire. The questionnaire was assessing the risk factors of tinea pedis depending on the gender, age, occupation, the disease predisposition, the history of dermatomycoses, the treatment the patient received in the past and the clinic severity [22]. The results of this survey showed the existence of a correlation between gender and clinical disease in males (correlation coefficient, $r = -0,33$). In our study, males were more subjected to dermatomycoses too. Moreover, it was found that, clinic score was correlated with predisposing illnesses such as diabetes, obesity, malignancy. Clinical and severity scores with past onychomycosis history could be a good indicator of recurrences or ineffective antifungal therapy. Because 66,6% of our subjects pointed out the illness had recurred, clinical and severity scores for each fungal infection were evaluated.

In another study developing a new onychomycosis quality of life scale, were obtained the mean scores of 402 patients [23]. Internal consistency (Cronbach α) of the test was very high, above 0,80. 69,7% of our subjects had itchy irritating lesion, 48,6% of them – desquamation and 58,4% – scab forming. Moreover, the previous ineffective treatment ratio was 66,7%. In the above study, the mean scores related to skin symptoms were found to be less than in our subjects. Besides, the number of participating patients was enough for the reliability and validity of the entire US population by the 95% confidence interval. In contrast, our study doesn't represent all Turkish population because all the subjects were selected only among medical faculty students and the number of participants was not big enough ($n=372$). Nevertheless, all these data could reflect that fungus prevalence was higher in our sample than in US population [24]. In addition, recurrence ratio due to ineffective treatment was greater in our sample than in US population. In a Japanese study, it was mentioned that education is an important factor on recurrence ratio. They noted no reinfection among their study group who had been educated about and treated for the infection [18]. By the way, we should also give education about fungal infections to our study group.

Conclusions

More than half of the students mentioned that they had already had a fungal infection. Nevertheless, it was found that the number of "Yes" responses to the question "Have you ever had a fungal infection?" was smaller than the one stated before. The number of students diagnosed with fungal infection in a health center was even less than the one mentioned above. The fact that most of the complaints were about itchy lesions lead us to the conclusion that we had to pay more attention to fungal infections associated with pruritus. The majority of the students were treated with topical medicines. Nevertheless, one third of the patients gave up therapy. Students stated that they had benefited from therapy to a great extent, but the illness had long-term recurrence.

References

1. Erbagci Z., Tuncel A. A., Zer Y., Balci I., *A prospective epidemiologic survey on the prevalence of onychomycosis and dermatophytosis in male boarding school residents*. Mycopathologia, 2005; 159: 347–352.
2. *The Merck Manual Online Medical Library*. Accessed on 10.08.2008 http://www.mercksource.com/pp/us/cns/cns_merckmanual_frameset.jsp
3. Aghamirian M. R., Ghiasian S.A., *Dermatophytoses in outpatients attending the Dermatology Center of Avicenna Hospital in Qazvin, Iran*. Mycoses, 2008, 51(2): 155–160.
4. Maraki S., Nioti E., Mantadakis E., Tselentis Y., *A 7-year survey of dermatophytoses in Crete, Greece*. Mycoses, 2007, 50(6): 481–484.
5. Abu-Elteen K. H., Abdul Malek M., *Prevalence of dermatophytoses in the Zarqa district of Jordan*. Mycopathologia, 1999, 145: 137–142.
6. Ng K. P., Soo-Hoo T. S., Na S. L., Ang L. S., *Dermatophytes isolated from patients in University Hospital, Kuala Lumpur, Malaysia*. Mycopathologia, 2000, 155: 203–206.
7. Niu Tao-Xiang, Luo Zhi-Cheng, Wu Sao-Mao, Li Wen-Zhu, *Analysis of dermatomycoses in Lanzhou district of northwestern China*. Mycopathologia, 2005, 160: 281–284.
8. Ungpakorn R., Lohaprathan S., Reangchainam S., *Prevalence of foot diseases in outpatients attending the Institute of Dermatology, Bangkok, Thailand*. Clinical and Experimental Dermatology, 2004; 29: 87–90.
9. Abu-Elteen K. H., Abdul Malek M., *Prevalence of dermatophytoses in the Zarqa district of Jordan*. Mycopathologia, 1999, 145: 137–142.
10. Watanabe K., Taniguchi H., Nishioka K., Katoh T., Ara K., Kayane S., *Epidemiological investigation of tinea pedis in groups of healthy students, research workers and females wearing boots*. Nippon Ishinkin Gakkai Zasshi, 2001, 42(4): 253–258.
11. Bahamdan K., Mahfouz A. A., Tallab T., Badawi I. A., Al-Amari O. M., *Skin diseases among adolescent boys in Abha, Saudi Arabia*. Int. J. Dermatol., 1996, 35: 405–407.
12. Schmeller W., Baumgartner S., Dzikus A., *Dermatophytomycoses in children in rural Kenya: the impact of primary health care*. Mycoses, 1997, 40: 55–63.
13. Alvarez M.I., Caicedo L.D., *Medically important fungi found in hallux nails of university students from Cali, Colombia*. Mycopathologia, 2007; 163: 321–325.
14. Dolenc-Voljc M., *Dermatophyte infections in the Ljubljana region, Slovenia, 1995–2002*. Mycoses, 2005, 48: 181–186.
15. Maraki S., Tselentis Y., *Dermatophytoses in Crete, Greece, between 1992 and 1996*. Mycoses, 1998, 41: 171–178.
16. Aste N., Pau M., Aste N., Biggio P., *Tinea pedis observed in Cagliari, Italy, between 1996 and 2000*. Mycoses 2003, 46: 38–41.
17. Medrela-Kuder E., *Mycotic infection hazard in sport objects – actual status vs. opinions of students*. Physical Education and Sport, 2005, 49: 17–20.
18. Hirose N., Suganami M., Shiraki Y., Hiruma M., Ogawa H., *Management and follow-up survey of Trichophyton tonsurans infection in a university judo club*. Mycoses, 2007, 51: 243–247.
19. Bolaños B., *Dermatophyte feet infection among students enrolled in swimming courses at a university pool*. Bol. Asoc. Med. P. R., 1991, 83(5): 181–184.
20. Oğur R., Babayiğit M. A., Yaren H., Göçgeldi E., Tekbaş Ö. F., Hadse M., *Sağlık teknisyeni öğrencilerinin ayak hijyeni konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarının belirlenmesi*. Genel. Tıp. Derg., 2005, 15(1): 19–25.
21. Metintas S., Kiraz N., Arslantas D., Akgun Y., Kalyoncu C., Kiremitçi A., Unsal A., *Frequency and risk factors of dermatophytosis in students living in rural areas in Eskişehir, Turkey*. Mycopathologia, 2004, 157(4): 379–382.
22. Ogasawara Y., Hiruma M., Muto M., Ogawa H., *Clinical and mycological study of occult tinea pedis and tinea unguium in dermatological patients from Tokyo*. Mycoses, 2003, 46: 114–119.
23. Warsaw E. M., Foster J. K., Cham P. M. H., Gril J. P., Chen S. C., *NailQoL: a quality-of-life instrument for onychomycosis*. International Journal of Dermatology, 2007, 46: 1279–1286.
24. US Census Bureau. *U.S. POPClock Projection*. Accessed on 10.08.2008 <http://www.census.gov/population/www/popclockus.html>

MANAGEMENTUL TRATAMENTULUI OCLUZIEI DISTALE CLASA II/I ANGLE CU APARATE ORTODONTICE NOI

Ion BUȘMACHIU

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

Summary

Treatment of distal occlusions angle's class ii/i with new orthodontic appliances

35 patients with distal occlusion were treated with the proposed method in the present work. The essence of the given method consists in the fact that the teeth 18 and 22 are extracted preliminary, the upper jaw is extended in a transversal plan and the dental arch of the lower jaw is corrected after that. Then the teeth of the upper jaw are displaced in stages, at the same time the teeth 17 and 27 are displaced, then teeth 16 and 26. After that they are connected by a wire in a single block in the form of ∞ the teeth 17 and 16 as well as the teeth 27 and 26 and then the teeth 15 and 25, the teeth 14, 24, 13 and 23 are displaced in the distal part. After this the teeth 17, 16, 15, 14, 13 and 27, 26, 25, 24, and 23 are connected by a wire in a single form of ∞∞, after which the spaces are closed and the diastemas of the anterior segment of the dental arch of the upper jaw. The results of the study showed a high efficiency of treatment, a reduction in treatment time in distal occlusions and discontinuation in the growth of the upper jaw of the sagittal plan.

Резюме

Менеджмент лечения дистальной окклюзии класса II/I Angle новыми ортодонтальными аппаратами

В работе представлено лечение 35 пациентов с дистальной окклюзией по методу разработанному автором. Суть метода состоит в том, что предварительно удаляются зубы 18, 28, расширяется верхняя челюсть по трансверсали и корректируется форма зубной дуги нижней челюсти. После этого, производится смещение по этапам зубов верхней челюсти, в то же время смещаются друг за другом 17, 27 и 16, 26 зубы. Связываются проволокой в блок ∞ формой 17 и 16, а также 27 и 26. Далее дистализируются 15, 25, 14, 24 и 13, 23 зубы.

Проволокой связаны в один блок ∞ формой 17, 16, 15, 14, 13 и 27, 26, 25, 24, 23 зубы, в результате закрываются тремы и диастемы переднего участка зубной дуги верхней челюсти. Результаты исследования показали высокую эффективность метода лечения дистальной окклюзии, снижение сроков лечения и приостановку роста верхней челюсти в сагитальном направлении.

Actualitatea temei

Diagnosticarea și tratamentul ocluziei distale sunt atribuite unui număr mare de lucrări care au avantajele și dezavantajele lor, dar actualmente mai des este folosită metoda de extracție a dinților 18, 28 ai maxilarului superior și deplasarea distală a dinților. În literatura de specialitate am întâlnit un studiu care utilizează ca dispozitive speciale un dispozitiv ortodontic cu garnitură vibratoare [1, 2, 3].

Metoda indicată [1] are următoarele dezavantaje: necesitatea acțiunii vibrației în timpul efectuării procedurii până la apariția efectului dureros, ceea ce influențează negativ asupra copilului. Dispozitivul vibrator utilizat în tratament este masiv, deci incomod la aplicare și dificil de confecționat. În momentul aplicării dispozitivului vibrator are loc o stimulare a zonelor de creștere a maxilarului superior, ceea ce conduce la creșterea individuală a acestuia în plan sagital. Este dificil de a obține raportul ocluzial corect al dinților, maxilarelor inferior și superior fără corectarea preliminară a anomaliilor concomitente.

Scopul lucrării constă în suspendarea creșterii maxilarului superior în plan sagital, majorarea eficienței tratamentului ocluziei distale și reducerea termenelor de tratament.

Obiectivele lucrării sunt:

1. Extracția dinților 18 și 28, deplasarea consecventă a dinților 17, 27, 16, 26, 15, 25, 14, 24 și 13, 23.
2. Lărgirea preliminară a maxilarului superior în plan transversal și corectarea formei arcadei dentare a maxilarului inferior cu tehnica fixă.
3. Închiderea tremelor și diastemelor și formarea ocluziei ortognate.

Materiale și metode de investigare

Lotul de studiu a inclus 35 de pacienți cu ocluzie distală cu vârsta de la 12 la 16 ani, 25 de sex feminin și 10 de sex masculin. Studiul pacienților constă în examinarea clinică și paraclinică. Modele de studiu utilizate: teleradiografie, ortopantomografie, examenul fotostatic. Rezultatele tratamentului au fost apreciate pe baza indicelui SNA.

Metoda de tratament

Preliminar se extrag dinții 18 și 28, se lărgeste maxilarul superior în plan transversal cu ajutorul unui

aparatură ortodontică și, concomitent, se corectează forma arcadei dentare a maxilarului inferior cu ajutorul unui sistem de brackete. Mai întâi pe dinții 17, 16, 15, 27, 26, 25 se îmbracă inele ortodontice, pe care, din partea vestibulară, sunt fixate 3 ghidaje executate sub forma a 2 tuburi cu diametrul de 0,18–0,2 mm și a unui tub cu diametrul de 1,5–2 mm în partea distală. Tubul cu diametrul mai mare se instalează mai sus decât tuburile cu diametrul mai mic. Pe inelele ortodontice de pe dinții 16, 26 din partea vestibulară sunt fixate un bracket și un cârlig, orientat în partea distală. Pe inelele ortodontice instalate pe dinții 15, 25 din partea vestibulară sunt fixate câte un bracket și un cârlig, orientate distal. În ghidajul sub formă de tub cu diametrul de 0,18–0,2 mm fixat pe inelul ortodontic 17 se instalează capătul distal al arcului ortodontic parțial, apoi el se trece prin bolțile bracketelor dinților 16, 15 și se fixează. Între dinții 16 și 17 se instalează un resort comprimat. Pe partea maxilarului superior se montează un sistem similar. Apoi pacientul zilnic, timp de 3–4 ore, utilizează o mască alcătuită dintr-un suport pe cap, unit prin intermediul unor elastice cu arcul facial, capetele căruia se fixează în ghidajele executate sub forma unui tub cu diametrul de 1,5–2 mm și fixate pe inelele ortodontice ale dinților 17, 27. Resorturile instalate între dinții 16, 17, 26, 27 acționează permanent în plan distal asupra dinților 17, 27 și nu le permit să se deplaseze mezial. După distalizarea dinților 17 și 27, se inițiază deplasarea dinților 16 și 26 prin schimbul inelelor ortodontice din partea lor, care din partea vestibulară sunt dotate cu trei ghidaje sub forma a 2 tuburi cu diametrul de 0,18–0,2 mm și a unui tub cu diametrul de 1,5–2 mm. Se montează arcul ortodontic parțial, capătul arcului se introduce în ghidajul inferior al inelului ortodontic 17, iar capătul proximal se trece prin bolta bracketului instalat pe 15, care este ligaturat. În același timp, pe arcul ortodontic parțial sunt executate două elemente care stopează deplasarea dinților 15, 17. Apoi arcul parțial se fixează de inelul ortodontic 16. Urmează instalarea unui element suplimentar, capătul distal al căruia este amplasat între 15 și 16 și are forma unui suport, iar celălalt capăt este amplasat mai proximal de dintele 15, având forma unui suport. Celălalt capăt este așezat mai proximal de 15 și este executat sub forma unui cârlig. De partea opusă a maxilarului superior se montează un arc ortodontic parțial, similar celui descris anterior. Pe 36 și 46 se instalează inele orientate distal. Apoi din ambele părți se fixează elasticele de clasa II pe cârligul inelelor ortodontice 36, 46. Zilnic pacientul poartă 3–4 ore masca extraorală. După distalizarea 16, 26 urmează deplasarea 15, 25. Preliminar se înlătură arcul ortodontic parțial. Se ligaturează 16, 17, 26, 27 într-un bloc sub formă de ∞. Apoi se fixează bracketele pe dinții 14, 13, 12, 11, 21, 22, 23, 24 și se montează un arc ortodontic integral, pe care se

instalează elementul suplimentar cu sprijinul pe 15, 25. După distalizarea dinților 15, 25, urmează deplasarea distală 14, 24. Aceasta se efectuează cu două elemente suplimentare, care se pun pe arcul ortodontic integral, astfel încât capătul distal al unuia dintre ele să fie amplasat la bracketul dintelui 14, iar capătul distal al celuilalt element suplimentar – la bracketul 24. La capetele proximale ale elementelor suplimentare, executate sub formă de cârlig, se fixează un capăt al elasticilor de clasa II. Celălalt capăt al elasticilor se fixează la cârligele inelelor ortodontice 36 și 46. După distalizarea 14, 24 urmează deplasarea distală 13, 23. Metodica de deplasare 13, 23 nu diferă de metodica de deplasare 14, 24, cu excepția că sprijinul elementelor suplimentare se instalează în fața bracketelor 13, 23, unde se fixează cârligele elementelor sub formă de ∞; 17, 16, 15, 14 și 27, 26, 25, 24 se ligaturează într-un bloc unic de forma ∞∞. După distalizarea 13, 23 arcul ortodontic integral se înlocuiește cu alt arc, pentru închiderea tremelor și diastemelor segmentului anterior al arcadei dentare a maxilarului superior.

Pentru consolidarea rezultatelor tratamentului, se instalează un arc ortodontic integral.

Rezultate și discuții

Tratamentul ortodontic după metoda elaborată ne permite să creăm o aliniere corectă a dinților pe arcada dentară, raporturi funcționale atât în sectorul frontal, cât și în zonele laterale. Durata tratamentului pacienților cu ocluzie distală clasa II/1 Angle a constituit $52,31 \pm 0,38$ săptămâni. Metoda elaborată permite lichidarea disproporției arcadei dento-alveolare, precum și crearea, menținerea esteticului facial armonios. Comparând rezultatele obținute cu alte metode (Tweed-Merrifield și metoda cu extracție de premolar), putem remarca că prin metoda de tratament elaborată de noi se reduce durata de tratament și se menține frumusețea facială.

Concluzii

1. Metoda propusă reduce durata de tratament a ocluziei distale.
2. Ea stopează creșterea în plan sagital a maxilarului superior.
3. Metoda este recomandată să fie utilizată pe larg în practica tratamentului ocluziei distale.

Bibliografie

1. Curz: Craven N, *US 4123844*, 7.XI 1978.
2. Тайбогарова С. С., *Сравнительная характеристика эффективности лечения дистального прикуса несъемными аппаратами различных конструкций*. Дис. канд. мед. наук, Москва, 2001, 227 с.
3. Хорошилкина Ф. Я., *Ортодонтия*, Москва, 2006, 451 с.

Prezentat la 31.10.2008

ACTIVITATEA FIZICĂ ȘI PREOCUPĂRILE DIN TIMPUL LIBER ALE ADOLESCENȚILOR

Elena MAXIMENCO¹, Constantin EȚCO²,
Ion BAHNAREL¹, Varfolomei CALMĂC¹,
Svetlana ȘTEFANEȚ²

¹Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

²Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Physical activity and spending of leisure time in adolescents

A total number of 533 pupils of 7-a form of 15 schools (Edinet, Orhei, and Cahul rayons), selected by a voting procedure (6 – from urban area, 9 – from rural area) were interviewed. A self-administrative questionnaire was used, which contained questions on general data, habits related to physical activities and leisure time in adolescents. The survey results demonstrated that 79,3±1,7% of respondents practiced physical activities (at least 60 minutes per day, 3-7 days per week) in an ordinary week and 75,3±1,8% - in the last week, boys being more active than girls ($p < 0,05$). Adolescents more often spend leisure time watching TV and leastning music (73,4±1,9%), heplng their parents (62,7±2,1%) and playing with freinds (48,8±2,1%).

Резюме

Физическая активность и свободное времяпрепровождение у подростков

Были опрошены 533 ученика 7-а класса из 15-ти школ (районы Единец, Орхей, Кахул), избранных путем голосования (6 – из городской местности, 9 – из сельской). Исследование проводилось с помощью анкеты для самостоятельного заполнения, которая включала: общие данные опрашиваемого, данные физической активности и свободного времяпрепровождения. Были получены следующие результаты: 79,3±1,7% опрошенных отмечали физическую активность (не менее 60 мин./в день, 3–7 дней в неделю) в течение обычной недели и 75,3±1,8% – в течение прошлой недели; мальчики отличались большей активностью чем девочки ($p < 0,05$). Свободное время школьники чаще всего проводят смотря телевизор или слушая музыку (73,4±1,9%), помогая родителям по хозяйству (62,7±2,1%) и играя с друзьями (48,8±2,1%).

Introducere

Activitatea fizică este o componentă a sănătății. Un mod activ de viață este important în prevenirea obezității și a maladiilor asociate [1].

Prevalența obezității și a altor probleme de sănătate la adolescenți și la tineri sunt în creștere în mai multe țări [2]. Una dintre cele mai frecvente cauze este considerat nivelul scăzut de activitate și dezvoltare fizică. Sedentarismul este recunoscut drept un factor de risc major în apariția bolilor cardiovasculare, a cancerului, osteoporozei, diabetului de tip 2 etc. [3, 4]. Alt factor care poate să se răsfângă negativ asupra stării sănătății tinerilor este necorespunderea edificiilor sportive de tip închis normelor igienice și epidemiologice [5, 6].

Crearea și implementarea programelor ce promovează activitatea fizică a copiilor și adolescenților a devenit o prioritate mondială [1, 7, 8]. Cele mai bune rezultate sunt demonstrate prin aplicarea intervențiilor multicomponențiale, cu implicarea multisectorială a școlii, familiei, comunității etc. [9].

Materiale și metode

Studiul a fost efectuat în baza metodelor cantitative. Grupul-țintă al studiului l-au constituit 553 de elevi ai claselor a 7-a din 15 școli (raioanele Edinet, Orhei și Cahul), selectate prin vot: 6 – din mediul urban, 9 – din cel rural.

În scopul desfășurării studiului s-a folosit chestionarul autoadministrativ, care include următoarele informații: date generale despre interviuat, activitatea fizică și preocupările din timpul liber. Pentru a asigura o completare corectă a chestionarului, fiecare întrebare a fost discutată detaliat. După completarea acestuia a fost verificată corectitudinea datelor, ulterior acestea fiind procesate în programul SPSS.

Rezultatele studiului

Aspecte generale

Din numărul total de 553 de respondenți (lotul general), 130 (23,5±1,9%) locuiesc în raionul Edinet, 222 (40,1±2,1%) – în raionul Orhei și 201 (36,3±2,1%) – în Cahul (loturile diferențiale). Conform mediului de trai, 218 (39,4±2,1%) intervievați sunt din mediul urban (orașele Edineț, Orhei, Cahul) și 335 (60,5±2,1%) – din cel rural, ($p < 0,001$). Distribuția respondenților din mediul urban variază de la 31,9±3,1% (71 din 222) în raionul Orhei până la 51,3±4,4% (67 din 130) în raionul Edineț, cu o medie de 39,8±3,5% (80 din 201) în raionul Cahul. Diferențe semnificative au fost sesizate în raioanele Edineț și Orhei: $p < 0,001$ Edineț și $p < 0,05$ Cahul.

Conform distribuției pe sexe, 293 (52,9±2,1%) de respondenți din lotul general sunt fete și 260 (47,0±2,1%) – băieți ($p < 0,05$), raportul fete/băieți în lotul general fiind de 1,1:1. Rata fetelor versus băieți este semnificativ mai înaltă numai în raionul Edineț [fete – 60,7±4,3% (79) și băieți – 39,2±4,3% (51) din 130] ($p < 0,001$). Diferențe marcante în repartiția băieților sunt atestate în raioanele Edineț [băieți – 39,2±4,3% (51) din 130] și Cahul [băieți – 53,2±3,5% (107) din 201] ($p < 0,05$).

Distribuția în funcție de vârstă a arătat: 509 (9,02±1,2%) persoane aveau 13-14 ani și numai 44 (7,9±1,2%) – alte vârste ($p < 0,001$). Nu

au fost sesizate diferențe semnificative în distribuția copiilor de vârstă 13-14 ani în raioanele Edineț (93,0±2,2% – 121 din 130), Orhei (91,8±1,8% – 204 din 222) și Cahul (91,5±1,9% – 184 din 201) ($p > 0,05$).

Deprinderile elevilor referitoare la activitatea fizică și preocupările din timpul liber

1a. Activitatea fizică în ultimele 7 zile. 75,0±1,8% (415 din 553) din respondenții din lotul general **au menționat o activitate fizică cel puțin 60 de minute pe zi, 3-7 zile în săptămână**, cu următoarea repartizare în loturile diferențiale: raionul Edineț – 77,6±3,7% (101 din 130); raionul Orhei – 86,0±2,3% (191 din 220) și raionul Cahul – 61,1±3,4% (123 din 201). Un nivelul mai scăzut de activitate fizică a fost demonstrat de către elevii din raionul Cahul (61,1±3,4%) versus cei din raioanele Edineț (77,6±3,7%, $p < 0,01$) și Orhei (86,0±2,3%, $p < 0,001$).

Elevii din mediul rural au raportat un nivel mai înalt de activitate fizică comparativ cu elevii din mediul urban: 80,5±2,2% versus 66,5±3,2% ($p < 0,001$), în loturile general și cele diferențiale: Edineț (mediul urban – 70,1±5,6%, mediul rural – 85,7±4,4%, $p < 0,05$); Orhei (mediul urban – 69,0±5,5%, mediul rural – 94,0±1,9%, $p < 0,001$). Când privește lotul Cahul, nu sunt demonstrate diferențe la acest capitol în mediile urban (61,2±5,4%) și rural (61,1±4,4%), $p > 0,05$. În zonele rurale, cel mai înalt nivel de activitate fizică îl dețin respondenții din raionul Edineț (85,7±4,4%) vizavi de cei din raionul Cahul (61,1±4,4%), $p < 0,001$ (tabelul 1).

Băieții prezintă un nivel de activitate fizică mai sporit în comparație cu fetele (băieți – 82,6±2,4%; fete – 68,2±2,7%, $p < 0,001$) în lotul general și în loturile diferențiale: Edineț (băieți – 94,0±3,3%; fete – 67,0±5,3%, $p < 0,001$); Cahul (băieți – 71,9±4,3%; fete – 48,9±5,2%, $p < 0,01$). În lotul diferențial Orhei nu sunt demonstrate diferențe semnificative la acest capitol (băieți – 88,2±3,2%; fete – 84,1±3,3%, $p > 0,05$). Printre fete, cel mai înalt nivel de activitate fizică a fost demonstrat de către elevele din raionul Orhei (84,1±3,3%) versus raioanele Edineț (67,0±5,3%), $p < 0,01$ și Cahul (48,9±5,2%), $p < 0,001$. Printre băieți, cel mai scăzut nivel de activitate fizică a fost demonstrat de către elevii din raionul Cahul (71,9±4,3%) vizavi de raioanele Orhei (88,2±3,2%, $p < 0,01$) și Edineț (94,0±3,3%, $p < 0,001$) (tabelul 2).

1b. Activitatea fizică în timpul unei săptămâni ordinare. 79,3±1,7% dintre respondenții din lotul general **au menționat o activitate fizică cel puțin 60 de minute pe zi, 3-7 zile în săptămână**, demonstrând următoarea distribuție pe raioane: Edineț – 85,3±3,1%, Orhei – 85,1±2,4% și Cahul – 69,1±3,3%. Cel mai scăzut nivel de activitate fizică a fost depistat la elevii din raionul Cahul (69,1±3,3%) versus raioanele Orhei (85,1±2,4%, $p < 0,001$) și Edineț (85,3±3,1%, $p < 0,001$) (tabelul 3).

Un nivel mai înalt de activitate fizică a fost demonstrat de către elevii din mediul rural (83,8±2,0%) față de cei din mediul urban (72,4±3,0%), în lo-

turile general și diferențiale: Edineț (mediul rural – 93,6±3,1%; mediul urban – 77,6±5,1%, $p < 0,01$) și Orhei (mediul rural – 91,3±2,3%; mediul urban – 71,8±5,3%, $p < 0,01$). Nu se depistează diferențe marcante în lotul diferențial: Cahul (mediul rural – 69,4±4,2%; mediul urban – 68,7±5,3%, $p > 0,05$). Cel mai înalt nivel de activitate fizică a elevilor din mediile rurale este înregistrat în raioanele Edineț (93,6±3,1%) și Orhei (91,3±2,3%) vizavi de raionul Cahul (69,4±4,2%), $p < 0,001$ (tabelul 4).

Băieții practică mai des activitățile fizice comparativ cu fetele (băieți – 83,0±2,3%; fete – 76,0±2,5%, $p < 0,05$), în loturile general și diferențiale: Edineț (băieți – 94,1±3,3%; fete – 79,7±4,5%, $p < 0,05$); Cahul (băieți – 75,7±4,1%; fete – 61,7±5,0%, $p < 0,05$). Când privește lotul diferențial Orhei, nu sunt depistate diferențe marcante la acest capitol (băieți – 85,2±3,5%; fete – 85,0±3,3%, $p > 0,05$). Cel mai înalt nivel de activitate fizică printre băieți îl dețin respondenții din raionul Edineț (94,1±3,3%) vizavi de cei din raionul Cahul (75,7±4,1%), $p < 0,01$; printre fete – elevele din raioanele Orhei (85,0±3,3%, $p < 0,001$) și Edineț (79,7±4,5%, $p < 0,01$) vizavi de respondentele din raionul Cahul (61,7±5,0%) (tabelul 5).

2a. Preocupările din timpul liber. Cel mai frecvent elevii din lotul general își petrec timpul liber în următorul fel: vizionează TV și ascultă muzică (73,4±1,9% – 406 din 553); își ajută părinții în gospodărie (62,7±2,1% – 347 din 553), își petrec timpul cu prietenii (48,8±2,1% – 270 din 553). Mai rar citesc (33,2±2,0% – 184 din 553), frecventează secții sportive și de dans (22,4±1,8% – 124 din 553), stau la calculator (18,8±1,7% – 104 din 553) și desenează (10,1±1,3% – 56 din 553) (figura 1).

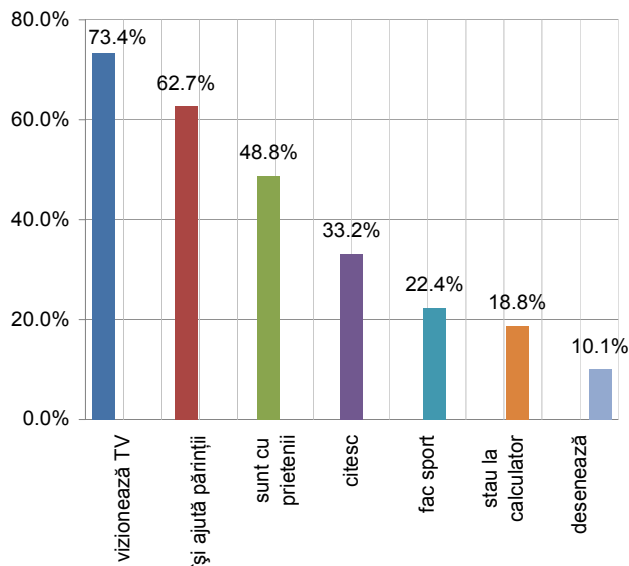


Figura 1. Distribuția respondenților din lotul general conform preocupărilor din timpul liber (%).

Elevii vizionează TV-ul și ascultă muzică mai frecvent în raionul Cahul (81,0±2,8% – 163 din 201) comparativ cu raioanele Edineț (64,6±4,2% – 84 din 130, $p < 0,01$) și Orhei (71,6±3,0% – 159 din 222, $p < 0,05$). Nu sunt demonstrate diferențe semnificative

Tabelul 1

Distribuția elevilor în funcție de locul de reședință și de mediul de trai, conform activității fizice practicate în ultima săptămână

Activitatea fizică cel puțin 60 min. pe zi, 3-7 zile în săptămână															
Edineț (130)				Orhei (222)				Cahul (201)				Total (553)			
Mediul urban (67)		Mediul rural (63)		Mediul urban (71)		Mediul rural (151)		Mediul urban (80)		Mediul rural (121)		Mediul urban (218)		Mediul rural (335)	
nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	Nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)
47	70,1 ± 5,6	54	85,7 ± 4,4	49	69,0 ± 5,5	142	94,0 ± 1,9	49	61,2 ± 5,4	74	61,1 ± 4,4	145	66,5 ± 3,2	270	80,5 ± 2,2
p < 0,05				p < 0,001				p > 0,05				p < 0,001			

Tabelul 2

Distribuția elevilor în funcție de locul de reședință și de sex, conform activității fizice practicate în ultima săptămână

Activitatea fizică cel puțin 60 min. pe zi, 3-7 zile în săptămână															
Edineț (130)				Orhei (222)				Cahul (201)				Total (553)			
Băieți (51)		Fete (79)		Băieți (102)		Fete (120)		Băieți (107)		Fete (94)		Băieți (260)		Fete (293)	
nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)
48	94,1 ± 3,3	53	67,0 ± 5,3	90	88,2 ± 3,2	101	84,1 ± 3,3	77	71,9 ± 4,3	46	48,9 ± 5,2	215	82,6 ± 2,4	200	68,2 ± 2,7
p < 0,001				p > 0,05				p < 0,01				p < 0,001			

Tabelul 3

Distribuția intervievaților în funcție de locul de reședință, conform activității fizice practicate în ultima săptămână și în timpul unei săptămâni ordinare

Activitatea fizică cel puțin 60 min. pe zi, 3-7 zile în săptămână															
Edineț (130)				Orhei (222)				Cahul (201)				Total (553)			
Ultima săpt.		Săpt. ordinară		Ultima săpt.		Săpt. ordinară		Ultima săpt.		Săpt. ordinară		Ultima săpt.		Săpt. ordinară	
nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	Nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)
101	77,6 ± 3,7	111	85,3 ± 3,1	191	86,0 ± 2,3	189	85,1 ± 2,4	123	61,1 ± 3,4	139	69,1 ± 3,3	415	75,0 ± 1,8	439	79,3 ± 1,7
p > 0,05				p > 0,05				p > 0,05				p > 0,05			

Tabelul 4

Distribuția intervievaților în funcție de locul de reședință și mediul de trai, conform activităților fizice practicate în timpul unei săptămâni ordinare

Activitatea fizică cel puțin 60 min. pe zi, 3-7 zile în săptămână															
Edineț (130)				Orhei (222)				Cahul (201)				Total (553)			
Mediul urban (67)		Mediul rural (63)		Mediul urban (71)		Mediul rural (151)		Mediul urban (80)		Mediul rural (121)		Mediul urban (218)		Mediul rural (335)	
nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)	nr.	P ± m1(%)	nr.	P ± m2(%)
52	77,6 ± 5,1	59	93,6 ± 3,1	51	71,8 ± 5,3	138	91,3 ± 2,3	55	68,7 ± 5,2	84	69,4 ± 4,2	158	72,4 ± 3,0	281	83,8 ± 2,0
p < 0,01				p < 0,01				p > 0,05				p < 0,01			

Tabelul 5

Distribuția interviuaților în funcție de locul de reședință și de sex, conform activității fizice practicate în timpul unei săptămâni ordinare

Practicarea activității fizice cel puțin 60 min pe zi – 3-7 zile în săptămână															
Edineț (130)				Orhei (222)				Cahul (201)				Total (553)			
Băieți (51)		Fete (79)		Băieți (102)		Fete (120)		Băieți (51)		Fete (79)		Băieți (102)		Fete (120)	
nr.	P± m1(%)	nr.	P± m2(%)	nr.	P± m1(%)	nr.	P± m2(%)	nr.	P± m1(%)	nr.	P± m2(%)	nr.	P± m1(%)	nr.	P± m2(%)
48	94,1	63	79,7	87	85,2	102	85,0	81	75,7	58	61,7	216	83,0	223	76,0
	± 3,3		± 4,5		± 3,5		± 3,3		± 4,1		± 5,0		± 2,3		± 2,5
p < 0,05				p > 0,05				p < 0,05				p < 0,05			

în mediul urban (71,1±3,1% – 155 din 218) față de cel rural (74,9±2,4% – 251 din 335), p > 0,05, în loturile general și diferențiale: Edineț [mediul urban – 61,1±6,0% (41 din 67); mediul rural – 68,2±5,9% (43 din 63), p > 0,05]; Orhei [mediul urban – 67,6±5,6% (48 din 71); mediul rural – 73,5±3,6% (111 din 151), p > 0,05]; și Cahul [mediul urban – 82,5±4,2% (66 din 80); mediul rural – 80,1±3,6% (97 din 121), p > 0,05]. De asemenea, nu sunt sesizate diferențe semnificative în distribuția acestor ocupații printre băieții și fetele din lotul general [băieți – 70,0±2,8% (182 din 260); fete – 76,4±2,5% (224 din 293), p > 0,05] și loturile diferențiale: Orhei [băieți – 74,5±4,1% (76 din 102); fete – 69,1±3,3% (83 din 120), p > 0,05]; Cahul [băieți – 77,5±4,0% (83 din 107); fete – 85,1±3,7% (80 din 94), p > 0,05]. Cât privește lotul diferențial Edineț, obișnuințele elevilor la acest capitol sunt mai răspândite printre fete (77,2±4,7% – 61 din 79) vizavi de băieți (45,0±7,0% – 23 din 51, p < 0,001).

Își ajută părinții în gospodărie mai frecvent respondenții din raionul Cahul (70,1±3,2% – 141 din 201) față de cei din raioanele Edineț (59,2±4,3% – 77 din 130, p < 0,05) și Orhei (58,1±3,3% – 129 din 222, p < 0,01). Acest fenomen este mult mai răspândit în mediul rural (70,4±2,5% – 236 din 335) vizavi de cel urban (50,9±3,4% – 111 din 218, p < 0,001) în loturile general și diferențiale: Edineț [mediul urban – 50,7±6,1% (34 din 67); mediul rural – 68,2±5,9% (43 din 63), p < 0,05]; și Orhei [mediul urban – 36,6±5,7% (26 din 71); mediul rural – 68,2±3,8% (103 din 151), p < 0,001] (figura 2).

Fetele își ajută mai mult părinții în gospodărie (66,5±2,8% – 195 din 293) decât băieții (58,4±3,1% – 152 din 260, p < 0,05) în lotul general, în loturile diferențiale nefiind demonstrate diferențe semnificative la acest capitol: Edineț [băieți – 54,9±7,0% (28 din 51); fete – 62,0±5,5% (49 din 79), p > 0,05]; Orhei [băieți – 52,9±4,9% (54 din 102); fete – 62,5±4,4% (75 din 120), p > 0,05] și Cahul [băieți – 65,4±4,6% (70 din 107); fete – 75,5±4,4% (71 din 94), p > 0,05].

Își petrec timpul liber cu prietenii mai des în raionul Edineț (57,6±4,3% – 75 din 130) comparativ cu raioanele Orhei (47,7±3,4% – 106 din 222, p > 0,05) și Cahul (44,2±3,5% – 89 din 201, p < 0,05). Nu

sunt demonstrate diferențe semnificative în mediile urban și rural ale loturilor generale [mediul urban – 52,2±3,4% (114 din 218); mediul rural – 46,5±2,7% (156 din 335), p > 0,05] și diferențiale: Edineț [mediul urban – 55,2±6,1% (37 din 67); mediul rural – 60,3±6,2% (38 din 63), p > 0,05]; Orhei [mediul urban – 54,9±5,9% (39 din 71); mediul rural – 44,3±4,0% (67 din 151), p > 0,05]; Cahul [mediul urban – 47,5±5,6% (38 din 80); mediul rural – 42,1±4,5% (51 din 121), p > 0,05]. Deprinderile atestate la fete și băieți la acest capitol nu diferă marcant în lotul general [băieți – 50,0±3,1% (130 din 260); fete – 47,7±2,9% (140 din 293), p > 0,05] și în loturile diferențiale: Edineț [băieți – 52,9±7,0% (27 din 51); fete – 60,7±5,5% (48 din 79), p > 0,05]; Orhei [băieți – 48,0±4,9% (49 din 102); fete – 47,5±4,6% (57 din 120), p > 0,05] și Cahul [băieți – 50,4±4,8% (54 din 107); fete – 37,2±5,0% (35 din 94), p > 0,05].

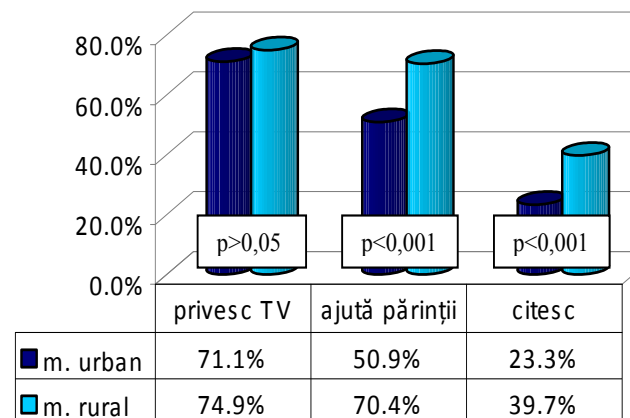


Figura 2. Distribuția respondenților din lotul general conform preocupărilor din timpul liber și mediul de trai (%).

Citesc 28,4±4,0% (37 din 130) din respondenți în raionul Edineț; 37,8±3,3% (84 din 222), p > 0,05 – în raionul Orhei și 31,3±3,3% (63 din 201), p > 0,05 – în raionul Cahul. În lotul general, mai frecvent citesc copiii din mediul rural (39,7±2,7% – 133 din 335) versus mediul urban (23,3±2,9% – 51 din 218), p < 0,001, precum și fetele (39,9±2,9% – 117 din 293) comparativ cu băieții (25,7±2,7% – 67 din 260), p < 0,001.

Frecvențează secțiile sportive și de dans mai mulți respondenți din raionul Orhei (27,9±3,0% – 62 din 222) în comparație cu raioanele Cahul (18,4±2,7% – 37 din 201, $p < 0,05$) și Edineț (19,2±3,5% – 25 din 130, $p > 0,05$). Nu sunt sesizate deferențe semnificative la acest capitol în mediile urban și rural [mediul urban – 23,3±2,9% (51 din 218); mediul rural – 21,7±2,3% (73 din 335), $p > 0,05$] ale lotului general. În pofida acestui fapt, băieții semnificativ mai des frecvențează secțiile sportive (30,3±2,9% – 79 din 260) față de fete (15,3±2,1% – 45 din 293), $p < 0,001$.

Stau la calculator mai rar respondenții din raionul Cahul (12,9±2,4% – 26 din 201) în comparație cu cei din raioanele Edineț (23,0±3,7% – 30 din 130, $p < 0,05$) și din Orhei (21,6±2,8% – 48 din 222, $p < 0,05$). În mediul urban acest fenomen este semnificativ mai frecvent (26,6±3,0% – 58 din 218) față de mediul rural (13,7±1,9% – 46 din 335), $p < 0,001$. La fel, se întâlnește mai frecvent printre băieți (25,0±2,7% – 65 din 260) decât printre fete (13,3±2,0% – 39 din 293), $p < 0,01$.

Desenează 9,2±2,5% (12 din 130) dintre respondenții din raionul Edineț; 8,1±1,8% (18 din 202) – din raionul Orhei și 12,9±2,4% (26 din 201) – din raionul Cahul. Nu sunt marcate diferențe semnificative în mediul urban și în cel rural [mediul urban – 8,2±1,9% (18 din 218); mediul rural – 11,3±1,7% (38 din 335), $p > 0,05$]. Fetele desenează mai des decât băieții [fete – 14,6±2,1% (43 din 293); băieți – 5,0±1,4% (13 din 260), $p < 0,001$] (figura 3).

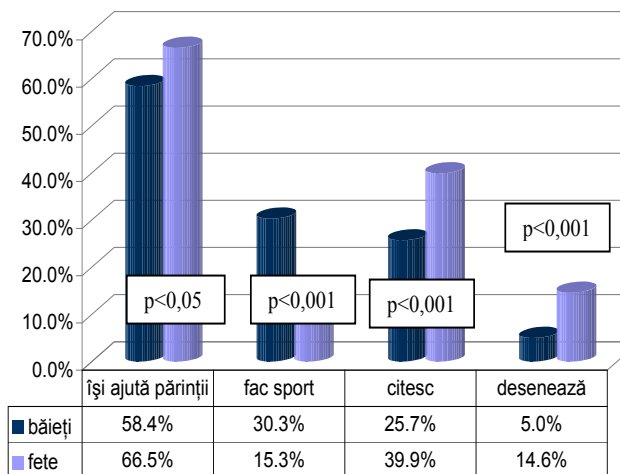


Figura 3. Distribuția respondenților din lotul general conform preocupărilor din timpul liber și sex (%)

Concluzii

1. 75,0±1,8% din respondenți au indicat activitate fizică practică cel puțin 60 de minute pe zi, 3-7 zile în ultima săptămână. Elevii din mediul rural au demonstrat un nivel mai înalt de activitate fizică (80,5±2,2%) decât cei din mediul urban (66,5±3,2%, $p < 0,001$). De asemenea, nivelul de activitate fizică la băieți (82,6±2,4%), $p < 0,001$ este mai înalt comparativ cu cel al fetelor (68,2±2,7%, $p < 0,001$).

2. Într-o săptămână ordinară, 79,3±1,7% dintre elevii au indicat o activitate fizică practică cel puțin 60 min. pe zi, 3-7 zile pe săptămână. Nivelul de activitate fizică în mediul rural (83,8±2,0%) este, de asemenea, mai înalt decât cel din mediul urban (79,4±3,0%, $p < 0,01$), la băieți (83,0±2,3%) față de fete (76,0±2,5%, $p < 0,05$).

3. Secțiile sportive și de dans sunt frecventate de 22,4±1,8% dintre respondenți, băieții sunt de 2 ori mai mulți (30,3±2,9%) decât fete (15,3±2,1%, $p < 0,001$).

4. Cel mai des elevii își petrec timpul liber vizionând TV-ul și ascultând muzică (73,4±1,9%), ajutându-și părinții în gospodărie (62,7±2,1%) și aflându-se în compania prietenilor (48,8±2,1%). Mai mult își ajută părinții în gospodărie respondenții din mediul rural (70,4±2,5%) comparativ cu cei din mediul urban (50,9±3,4%, $p < 0,001$), fetele (66,5±2,8%) versus băieții (58,4±3,1%, $p < 0,05$).

5. 32,2±2,0% din elevii își petrec timpul liber citind, mai frecvent în mediul rural (39,7±2,7%) decât în cel urban (23,3±2,9%, $p < 0,001$). Fetele citesc considerabil mai mult (39,9±2,9%) decât băieții (25,7±2,7%).

6. 18,8±1,7% din respondenți stau la calculator în timpul liber. În mediul urban (26,6±3,0%) acest fenomen este semnificativ mai frecvent față de mediul rural (13,7±1,9%, $p < 0,001$), e mai des întâlnit printre băieți (25,0±2,7%) decât printre fete (13,3±2,0%, $p < 0,01$).

7. 10,1±1,3% din elevii desenează în timpul liber; fetele (14,6±2,1%) mai frecvent decât băieții (5,0±1,4%, $p < 0,001$).

Referințe bibliografice

- 1) World Health Organization. *Global strategy on diet, physical activity and health*, Geneva, 2004.
- 2) Zaninotto P, Wardle H, Stamatakis E, Mindell J, Head J., *Forecasting obesity to 2010*, London, Department of Health, 2006.
- 3) Andersen L. B., Harro M., Sardinha L. B., Froberg K. et al., *Physical activity and clustered cardiovascular risk in children: a cross-sectional study (the European youth heart study)*.
- 4) Dumbrava V.T., Lupașco I., Harea G., Berliba E., *Modul sănătos de viață – esența longevității în societate*, în *Curierul Medical*, nr. 3 (303), 2008.
- 5) Cebanu S., *Evaluarea fiziologo-igienică a condițiilor de antrenament al sportivilor în edificiile sportive de tip închis*. Teza de doctor în medicină, Chișinău, 2008.
- 6) Ambrosie I., *Formarea calităților psihofizice și motrice la elevii din învățământul liceal cu profil industrial în baza programei cu conținut adaptiv*. Teza de doctor în pedagogie, Chișinău, 2008.
- 7) Gilliver K., *Physical Education 2000*, în *Review of the National Curriculum. British Journal of Physical Education*, 1999, nr. 30 (1), p. 4-5.
- 8) *Promoting better health for young people through physical activity and sport*. Washington, DC: US Secretary of Health and Human Services and US Secretary of Education, 2006.
- 9) Esther M. F. van Sluijs, Alison M. MsMinn, Simon J. Griffin, *Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials*, în *BMJ*, 2007, nr. 335, p. 703.

Prezentat la 28.11.2008

EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ
ÎN APLICAREA SISTEMELOR
INFORMAȚIONALE MEDICALE

Andrei UNCUȚĂ,
IMSP Institutul de Neurologie și Neurochirurgie

Summary

International experience in application of informational medical systems

The Informational Medical System insure precision and opportunity for decisional processes, universal accessibility of efficient medico-social services for all country citizens, consolidation in structure and quality of medical actions, concomitant lowering the prices, optimization of medical resources administration, coordination of medical institutions activities.

Резюме

Международный опыт применения медицинских информационных систем

Информационная Медицинская Система обеспечивает точность и качество принятия определенных решений, универсальную доступность медико-социальных услуг эффективных для всех граждан страны, консолидацию структуры и качества медицинской службы, одновременно со снижением цен, оптимизирование использования существующих ограниченных ресурсов, координацию деятельности медицинских учреждений.

Introducere

Tehnologiile informaționale și comunicaționale sunt tot mai frecvent utilizate în diversele domenii de activitate umană: medicină, finanțe, mijloace mass-media, știință etc. [1, 2, 3, 5]. Revigorarea sistemului de sănătate este practic imposibilă fără implementarea tehnologiilor informaționale avansate, inclusiv a tehnologiilor multimedia. Eficiența aplicării tehnologiilor informaționale avansate în practica medicală, inclusiv a rețelei de servicii medicale la distanță, este recunoscută atât de specialiștii-practicieni, cât și de savanții din lumea întreagă [3, 4, 5, 6].

Aplicarea tehnologiilor informaționale în medicină poate modifica fundamental practica medicală și relațiile reciproce dintre medic și pacient [7]. Chiar în pofida absenței argumentării incontestabile a eficienței utilizării în instituțiile medicale a sistemelor informaționale clinice comerciale [8], actualmente, în majoritatea țărilor europene, serviciile naționale de sănătate investesc mari sume în aceste tehnologii, lucru care avantajează foarte mult activitatea practică a medicilor.

Scopul lucrării constă în analiza literaturii de specialitate privind eficiența aplicării sistemelor informaționale în instituțiile medicale.

Rezultate

Sistemul informațional medical (SIM) este un ansamblu organizatoric de elemente (persoane, sisteme de transmisie a datelor, hardware, software, algoritmi și proceduri), aflate în interacțiune, care asigură colectarea, transmiterea, centralizarea, stocarea, prelucrarea și vizualizarea informațiilor pe cale electronică, în scopul soluționării problemelor complexe de urmărire a pacienților și de dirijare a serviciilor de sănătate [2].

Sistemul informatic este partea sistemului informațional, care cuprinde culegerea, prelucrarea și transmiterea automată a datelor și informațiilor din cadrul sistemului [2].

Beneficiile aduse de un SIM sunt evidente: un sistem de management și luare a deciziilor este un instrument indispensabil în administrarea informației și, totodată, o soluție eficientă pentru îmbunătățirea calității, înlăturarea erorilor și întârzierilor, eficientizarea actului medical și a activităților economice [9].

Pentru realizarea unui bun management este important de a proiecta și dezvolta un SIM specializat pe două direcții clare de activitate și anume: una cu caracter economic, în scopul determinării costurilor pe pacient, și a doua cu caracter medical, zonă cu un larg spectru de interes, dar și un mare consumator de resurse [9].

Din punct de vedere profesional, sistemul urmărește mișcarea pacienților în cadrul unei instituții medicale de la internare până la externare, inclusiv și în caz de revenire la un eventual control sau reexaminare. Sistemul oferă soluții de evidență strictă și în timp real a pacienților, atât din punct de vedere medical, cât și din punct de vedere al costurilor serviciilor. Aceasta face posibilă cunoașterea în

orice moment a evoluției stării clinice a pacientului, a personalului medical care se va ocupa de el și a costurilor serviciilor prestate.

SIM facilitează cunoașterea în termeni reali a structurii morbidității spitalicești, a istoricului bolii în dinamica ei; consemnează totalitatea întâlnirilor medic – pacient; asigură confidențialitatea și securizarea datelor pe tot parcursul gestionării informației. Suportul informatic permite delimitarea necesară și productivă dintre conținutul activității medicilor de diferite specialități, dimensionarea concretă a activității cabinetelor consultative. Prin evaluarea informațiilor înregistrate sunt stabilite procedurile ce se pot efectua în cabinet, procedurile de trimitere la alți specialiști sau cele de trimitere spre laboratoarele de analize. Prin aceleași mijloace moderne pot fi stabilite topurile diagnosticelor privind cele mai multe proceduri practicate, frecvența pe grupe de vârstă a diferitelor afecțiuni etc. Posibilitățile de prelucrare și combinare a datelor sunt nelimitate, deschizând, fără restricție, câmpul activității inteligenței inventive, cercetării științifice în diverse direcții.

Înregistrarea datelor, ușoară și cu cheltuieli foarte mici, îi permite medicului să-și autoevalueze munca, fără subiectivism și, totodată, să cunoască imaginea realistă, de ansamblu, a medicinei din cadrul instituției medicale. SIM indică punctele unde apare nevoia schimbării, introducerii de tehnici și tehnologii noi, intervenției prompte; definește un model electronic unic de raportare, calculează raportul cost-eficiență.

SIM influențează esențial atât procesul de dirijare a instituției, în general, cât și activitatea eficientă a organelor de conducere și a subdiviziunilor. Informațiile oferite în timp real de sistemele informaționale sunt oportune, corecte, importante, ușor accesibile și utile pentru managerii de nivel superior, pentru fundamentarea deciziilor, atingerea obiectivelor și pentru exercitarea unui control managerial eficient.

Prin caracterul său multifuncțional, sistemul poate furniza sugestii educației medicale continue, cu atât mai valoroase în condițiile de astăzi pentru perspectiva medicinei. Analiza în profunzime a stării reale a morbidității, a cerințelor de îngrijiri, a obligațiilor profesionale curente se pot regăsi într-un set obligatoriu de cunoștințe indispensabile medicilor. Universitățile de medicină vor avea la îndemână sugestii spre aducerea la zi a programelor didactice pentru viitorii medici.

Aplicarea SIM mai poate furniza sugestii care să conducă la redefinirea politicilor sanitare. Controlul factorilor de risc major, creșterea ponderii acțiunilor

profilactice vor contribui la reducerea îmbolnăvirilor și a deceselor evitabile.

Eficiențizarea actului medical și a activităților economice în unitățile sanitare depinde în totalitate de implementarea unui sistem puternic. Din acest motiv, este necesară implementarea de aplicații software orientate pe proces, care asigură un mod de lucru eficient în stocarea, procesarea și transferul datelor. Acest sistem trebuie să comunice cu celelalte sisteme informaționale din instituția medicală, să asigure suportul necesar în schimbul de mesaje referitor la managementul pacienților (internarea, completarea datelor personale, istoricul medical, transferul, externarea etc.), programarea pacienților pe resursele disponibile, costurile actului medical, observațiile clinice, rezultatele de laborator, diagnosticul stabilit, tratamentele administrate, transferul de documente medicale [9, 12, 13].

Prin implementarea SIM, imensa cantitate de rapoarte și registre, care consumă resurse financiare și umane, timp vital necesar îngrijirii bolnavilor și educației medicale continue, este înlăturată. Când apar anumite semne de întrebare sau reclamații, se accesează direct baza de date din calculatorul medicului. Astfel, SIM îndeplinește funcții de prevedere, de interpretare, de prelucrare, de diagnoză, de instruire, de proiectare și de control.

Tehnologiile informaționale de comunicație noi creează posibilitatea prestării diferitelor servicii medicale cetățenilor, inclusiv și servicii de telemedicină. Telemedicina, conform determinării Organizației Mondiale a Sănătății, este metoda de oferire a serviciilor medicale acolo unde distanța este factor critic. Situată în cadrul mai larg al teleasistenței medicale, definite încă din 1978 ca „totalitate a sistemelor care ajută îngrijirea sănătății prin schimbul cât mai eficient de informație medicală” [10], telemedicina se constituie ca un sistem integrat de îngrijire a sănătății bazat pe resurse tehnologice, organizaționale și/sau sistemice. Având numeroase definiții formale, telemedicina constă în esență în utilizarea semnalelor electronice, a tehnologiei informației și a telecomunicațiilor, pentru a transfera informațiile medicale de la un sistem la altul.

Principalele probleme la rezolvarea cărora telemedicina contribuie esențial sunt [11]:

- 1) asistența medicală în locuri izolate, caz în care accesul la datele medicale ale pacientului ce se află la distanță poate fi hotărâtor pentru viața sa;
- 2) asistența medicală la domiciliul pacienților, atât pentru a asista persoanele greu deplasabile, cât și pentru a micșora costurile prin evitarea sau reducerea spitalizării;

- 3) asistența medicală de înaltă competență – accesul la consultații medicale acordate de clinici specializate, fără a se deplasa pacientul, sau accesul la rezultatele unor investigații ce implică tehnologie înaltă (CT, RMN, scintigrafie) fără deplasarea medicului;
 - 4) asistența medicală în cooperare – discutarea unui caz medical în comun de către specialiști aflați în locuri diferite cu ridicarea calificării personalului medical;
 - 5) medicina de urgență primește un ajutor substanțial, uneori decisiv pentru salvarea vieții în situații critice, din partea sistemelor de telemonitorizare a pacienților;
 - 6) accesul la cele mai noi rezultate privind diagnosticarea, tratamentul, medicația etc.
- Astfel, implementarea SIM urmărește atingerea următoarelor obiective:

1. *Cu caracter general:* creșterea accesibilității și calității actului medical; creșterea calității actului managerial; dezvoltarea serviciilor medicale oferite; creșterea standardului serviciilor medicale prestate; adaptarea activității instituției medicale la cerințele și exigentele pieței; asigurarea de resurse proprii; eficientizarea utilizării resurselor umane ale instituției medicale; comunicarea cu exteriorul.
 2. *Cu caracter derivat:* definirea unei strategii de modificare a sistemului informațional; antrenarea întregului personal medical în asimilarea unui nou mod de lucru; creșterea gradului de comunicare cu alți membri ai comunității medicale; evidența prețurilor și a tarifelor; control economico-financiar în timp real; evidența costurilor serviciilor medicale; contribuirea indirectă la dezvoltarea sistemului de management al calității serviciilor medicale.
- Implementarea unui SIM integrat într-o instituție medicală favorizează creșterea eficienței și pregătește structura de sănătate pentru un univers din ce în ce mai concurențial. Studiile privind eficiența aplicării SIM în Republica Moldova sunt foarte actuale, iar reformele care urmează a fi implementate necesită suport științific și argumentare.

Astfel, putem concluziona că sistemul informațional medical:

- acoperă toate funcțiile instituției medicale, asigurând creșterea productivității și reducerea costurilor, prin asigurarea unui sistem complet de administrare și control a tuturor informațiilor din cadrul instituției medicale;
- controlează întregul flux de muncă din instituția medicală, oferind informații exacte și ușor de accesat din aceeași aplicație;

- administrează dosarul electronic al pacientului într-un format scalabil, cu acces simplu, imediat și securizat de oriunde din cadrul instituției medicale, dar și cu posibilitatea de accesare la distanță;
- oferă acces rapid la teste și rezultate de laborator, imagini radiologice, medicație, proceduri și documentație clinică din orice modul al aplicației;
- cuprinde decontul pe pacient, facturarea pacienților, date despre productivitatea angajaților; controlează fluxul de lichidități;
- asigură suportul decizional necesar managementului unității medicale și profesioniștilor în domeniu;
- reprezintă un instrument eficient de raportare către instituțiile superioare.

Bibliografie

1. Ash J. S., Bates D. W., *Factors and Forces Affecting EHR System Adoption: Report of a 2004 ACMI Discussion*, în *Journal of the American Medical Informatics Association*, 2005, vol. 12, nr. 1, p. 8–12.
2. Bashshur R. L., *On the definition and evaluation of telemedicine*, în *Telemedicine Journal*, 1995, vol. 1, nr. 1, p. 19-30.
3. Bennet A. M., *Telehealth Handbook*, US Department of Health, Education and Welfare Publ., nr. (PHS) 78-3210, 1978.
4. Blobel B., *Advanced and secure architectural EHR approaches*, în *International Journal of Medical Informatics*, 2006, vol. 75, nr. 3, p. 185-190.
5. Blumental D., Glaser J., *Information technology comes to medicine*, în *The New England Journal of Medicine*, 2007, vol. 356, nr. 24, p. 2527-2534.
6. Chaudhry B., *Systematic Review: Impact of Health Information Technology on Quality, Efficiency, and Cost of Medical Care*, în *Ann. Intern. Med.*, 2006, vol. 144, nr. 10, p. 12-22.
7. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, Editura Epigraf, 2006, 864 p.
8. Scott T., Rundall T., Vogt T. et al., *Kaiser Permanente's experience of qualitative study implementing an electronic medical record: a qualitative study*, în *British Medical Journal*, 2005, vol. 331, p. 1313-1316.
9. Stupu M., *Informatizarea spitalelor – lux sau necesitate?*, în *Managementul informației și informatizarea sistemului de sănătate*, Iași, 2004, p. 281-291.
10. Thiru K., Hassey A., Sullivan F., *Systematic review of scope and quality of electronic patient record data in primary care*, în *British Medical Journal*, 2003, vol. 326, p. 1070.
11. Tintiuc D., Grossu I., *Sănătate publică și management*, Chișinău, CEP Medicina, 2007, 896 p.
12. Walsh S. H., *The clinician's perspective on electronic health records and how they can affect patient care*, în *British Medical Journal*, 2004, vol. 328, p. 1184-1187.
13. Гусев А. В., Романов Ф. А., *Применение медицинской информационной системы в работе клинических лабораторий медицинского центра*, în *Медицинский академический журнал*, 2001, nr. 1, p.19.

Prezentat la 19.02.2009

ASPECTE ACTUALE
ÎN MANAGEMENTUL RISCURILOR
DE SĂNĂTATE ȘI CELOR SOCIALE
ÎN CADRUL ÎNGRIJIRILOR PERINATALE

Constantin EȚCO, Dumitru ȘIȘCANU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Actual aspects of social and health risks management in perinatal care

In the article there are presented the analysis result of the biographical sources and local experience regarding some actual problems in the assistance of the families with psychosocial and health risks during pregnancy and after birth.

At the moment, in Republic of Moldova, a scientific vision on identification of pregnant women with medical and psychosocial risks doesn't exist. It's a big barrier in the perinatal care development. The actual way of risk evaluation during pregnancy can't prevent danger underestimation and overestimation, as well as some unjustified interventions that don't bring any benefices, but on the contrary can harm the health of mother and child.

To reduce the impact of medical and nonmedical risk factors it's necessary to take managerial measures at the level of national perinatalogic service and to elaborate a new practical mechanism to deliver the medico-social and psychological support during pregnancy and after birth.

Резюме

Актуальные аспекты менеджмента медицинских и социальных рисков при оказании перинатального ухода

В статье представлены результаты обзора и анализ накопленного опыта относительно некоторых актуальных проблем в оказании помощи семьям с психо-социальными и медицинскими рисками во время беременности и после родов.

В настоящее время, в Республике Молдова нет научно-аргументированной концепции в выявлении женщин с медицинскими и психо-социальными рисками, факт, который является барьером в оказании более качественных перинатальных услуг. Используемый ныне способ оценки риска во время беременности не позволяет избежать недооценки и переоценки опасности, а также некоторых неаргументированных вмешательств, которые не приносят пользы или даже могут быть вредными для здоровья матери и ребёнка.

Для снижения влияния медицинских и немедицинских факторов риска необходимо вырабатывать эффективный способ их выявления, а также создать механизм практического оказания психологической и медико-социальной поддержки семьям во время беременности и после рождения ребёнка.

Una dintre sarcinile principale ale asistenței medicale antenatale constă în depistarea la timp a factorilor care prezintă în sine argumente pentru o conduită specială a femeii gravide, mamei sau nou-născutului, cu includerea lor în grupul cu risc sporit de complicații perinatale, în scopul prevenirii sau reducerii gravității acestor complicații. Specialiștii din domeniul sănătății mamei și copilului au stabilit că pentru unele categorii de femei gravide complicațiile în timpul sarcinii apar mult mai frecvent comparativ cu alte categorii [3].

Identificarea, evaluarea și managementul factorilor de risc sunt de o importanță vitală pentru un program reușit de asistență medico-sanitară maternă [13].

Trebuie menționat faptul că graviditatea și nașterea prezintă în sine un anumit risc. Anamneza de familie și cea medicală, informațiile despre sarcinile și nașterile precedente, rezultatele investigațiilor clinice și de laborator – toate acestea pot influența determinarea gradului de risc în sarcina actuală. Lucrătorii medicali – conștient sau inconștient, formal sau neformal – încearcă să identifice asemenea femei, asigurându-le o atenție sporită și ajutorul necesar [3].

În Republica Moldova este utilizat un sistem de evaluare a riscurilor în cadrul asistenței medicale perinatale, care include 3 categorii importante de factori (cauze): obstetricali, extragenitali și de ordin social.

Dacă factorii obstetricali și extragenitali presupun situații concrete, în majoritatea lor clare pentru medicii-practicieni, în cazul factorilor de ordin psihosocial nu este elaborat un mecanism unificat de identificare a lor. Mai mult ca atât, până nu demult se observa o lipsă de interes din partea organelor administrative ale sistemului de sănătate publică, atât la nivel local, cât și la nivel central, de a menționa rolul factorilor sociali în cazurile de morbiditate și mortalitate perinatală sau maternă. Drept consecință, instituțiile medicale din țară raportează în mod diferit situația privind grupul identificat de femei cu factori sociali de risc în localitățile deservite. Spre exemplu, unele instituții medicale interesate pot raporta un număr mai mic de femei cu factori

sociali în grupul cu risc, inclusiv în afara sarcinii – de exemplu, în categoria persoanelor care fac abuz de alcool pot fi indicate doar pacientele care se află la evidența medicului-narcolog, în realitate numărul lor fiind mult mai mare.

A da o caracteristică amplă factorilor sociali ce determină sănătatea publică este o problemă destul de dificilă. Complexitatea acesteia se explică nu numai prin imensitatea și diversitatea ei, ci și prin lipsa până nu demult a unor cercetări fundamentale, ce ar evalua acțiunea factorilor sociali asupra sănătății oamenilor.

În cadrul studiului *Determinanții medico-sociali ai accesibilității îngrijirilor antenatale*, realizat de Asociația Obștească *Progres prin Alternativă* la finele anului 2006 în municipiul Chișinău, au fost identificate o serie de circumstanțe psihosociale care pot constitui factori de risc pentru sănătatea mamei și a copilului [12]. Rezultatele obținute în cadrul studiului, precum și analiza surselor bibliografice ne-au permis să evidențiem factorii de ordin psihosocial cu impact nefavorabil asupra evoluției sarcinii, precum și asupra sănătății mamei și a copilului [1, 4, 6, 9, 12]. Cei mai importanți dintre ei sunt:

- sarcina nedorită,
- sărăcia,
- excluziunea socială,
- comportamentul asocial / inadecvat,
- abuzul de substanțe nocive,
- subalimentarea,
- amânarea / ignorarea îngrijirilor perinatale,
- nocivitatea condițiilor de trai și a celor de muncă,
- accesul limitat la serviciile medicale perinatale de calitate,
- accesul limitat la serviciile medicale pentru îngrijirea viitorului copil,
- stresul psihosocial cronic,
- lipsa suportului psihosocial,
- discontinuitatea îngrijirilor perinatale.

Este cunoscut faptul că epidemiologia este indispensabilă de societate, iar pentru a înțelege etiologia bolii trebuie înțelese contextele ei istoric și social. Totodată, epidemiologia modernă accentuează necesitatea și importanța aprecierii riscului, utilizând screeninguri pentru depistarea factorilor medicali și nemedicali de risc. Evaluarea factorilor sociali, precum ca și a celor obstetricali sau extragenitali de risc prezintă în sine un test de screening, care trebuie să corespundă tuturor cerințelor înaintate față de asemenea teste (trebuie să indice diferența dintre persoanele plasate în grupul cu risc și restul gravidelor, iar pacientele cu risc înalt trebuie să aibă acces la îngrijirile de calitate și suport psihosocial) [3].

Sarcina primordială a sistemului de apreciere a gradului de risc constă în repartizarea femeilor în grupuri diferite, care necesită un anumit volum planificat de investigații, supraveghere și recomandări. Teoretic, procesul de formalizare rațională a gradului de risc, inclusiv determinat de factori sociali, trebuie să se deosebească printr-o exactitate mai mare comparativ cu procesul subiectiv de apreciere clinică a riscului în practica medicală cotidiană. În același timp, și în această modalitate de evaluare a riscului apar o serie de probleme. În primul rând, este vorba de unele dificultăți în aprecierea cantitativă a gradului de severitate a unui factor de risc concret. O informație adecvată este accesibilă doar despre unii factori, de obicei cei mai severi, care de la sine deja alarmează lucrătorii medicali (de exemplu, sarcina nedorită). În al doilea rând, există puține dovezi pentru concluzia că aprecierea cantitativă a circumstanțelor permite elaborarea unei formule perfecte de evaluare a gradului de risc. Asocierea a trei factori de risc nu înseamnă majorarea de trei ori a gradului de risc [3].

Unele obstacole apar, de obicei, în determinarea însăși a factorilor de risc. În cazul factorilor de ordin social, medicii-practicieni se confruntă frecvent cu probleme legate de subiectivismul, uneori exagerat, al pacientelor sau al altor persoane intervievate în procesul identificării circumstanțelor psihosociale. Necesitatea stabilirii variantelor care se deosebesc una de alta, cum ar fi, spre exemplu, în cazul tabagismului (câte țigări fumează, tipul țigărilor etc.), sau caracteristica relațiilor din familie pentru excluderea elementelor de violență domestică, este legată uneori de obstacole considerabile, care pot denatura sensul indicatorului până la contrariu.

Sistemul formalizat de evaluare permite de a include femeia în grupul cu risc sporit în baza unor semne stabilite și numărate, în timp ce un clinician experimentat sau însăși femeia poate evalua situația mult mai fin și mai exact.

Metodologic, modalitatea de apreciere a riscului general prin suma punctelor pare a fi cea mai exactă, uneori fiind și cea mai complicată, în care unii factori de risc cu pondere relativ mică fac o suplimentare mică la suma totală, în timp ce factorii de risc mai severi măresc semnificativ cantitatea totală de puncte [3].

Evaluarea riscului este mai sigură în a doua sarcină și în cele următoare comparativ cu primiparele. Valoarea predictorie mai redusă a sistemelor formalizate de evaluare a riscului în prima sarcină poate fi explicată cel puțin prin faptul că mulți indicatori, folosiți în aceste sisteme, sunt legați de caracteristica evenimentelor în sarcinile precedente (circumstan-

țele medicale sau psihosociale în unele cazuri pot genera riscuri de sănătate sau sociale pentru mama-primipară și copil, iar în altele – nu).

Unele sisteme de evaluare a riscului prevăd aprecierea riscurilor și determinarea gradului de severitate doar o singură dată în timpul sarcinii. Alte sisteme prevăd reevaluarea situației la fiecare vizită a femeii gravide la medic pe parcursul întregii sarcini. Această reevaluare permite de a include și complicațiile survenite la orice etapă de monitorizare a sarcinii, precum și circumstanțele psihosociale noi sau modificarea celor stabilite deja, fapt care duce la reducerea sau la majorarea gradului de severitate a riscului. Sistemul de evaluare a riscului, evident, lucrează mai sigur atunci când se utilizează în termeni mai târzi de sarcină și dacă există posibilitatea de a reevalua gradul de risc pe perioada gravidității. Aceasta duce la o situație paradoxală, determinată de faptul că cele mai exacte pronosticuri se pot face atunci când ele au o utilitate neînsemnată sau în genere nu sunt necesare, în timp ce aprecierile timpurii ale gradului de risc, potențial mai utile, sunt relativ inexacte.

Este recunoscut, însă, faptul că atât valoarea predictorie pozitivă, cât și cea negativă a sistemului de evaluare a riscului sunt discutabile. În funcție de indicatorii utilizați, doar la 10%-30% din femeile referite la grupul cu risc în realitate s-a observat un final nefavorabil al sarcinii, care a fost prognozat în baza sistemului formalizat de evaluare a riscului. Analiza retrospectivă a stabilit că doar intervalul dintre 20% și 50% din femeile care au născut prematur sau au născut copii cu masa mică a corpului au avut un grad de risc mic la evaluarea lui inițială.

La fel ca și pentru majoritatea altor teste de screening, sensibilitatea, specificitatea, valoarea evaluativă și importanța practică a sistemului de apreciere a factorilor de risc necesită o argumentare continuă. Multe elemente deseori numite factori de risc, incluse în calculul pentru formula pronosticului, sunt doar niște markeri ai riscului, care indică o relație statistic veridică cu pronosticul. Acești markeri nu influențează finalul gravidității. Cei mai importanți dintre ei, cum ar fi numărul de nașteri, masa corpului femeii gravide, vârsta, talia, starea sănătății reproductive în trecut, nu pot fi modificate. Circumstanțele psihosociale (celibatară, venit insuficient, lipsa domiciliului etc.) nu se referă direct la factorii menționați și, teoretic, ar putea fi modificate. În realitate, însă, uneori este deosebit de dificil de schimbat situația pentru a diminua acțiunea lor asupra evoluției sarcinii și dezvoltării nou-născutului, în special în cazul unei vulnerabilități sociale severe.

Un factor de risc poate fi asociat câtorva maladii, așa cum o naștere prematură poate fi asociată unei probabilități sporite de apariție a problemelor de respirație, asfixie de icter, de sepsis la nou-născut etc. În alt context, același rezultat poate fi cauzat de diferiți factori de risc. De exemplu, greutatea mică la naștere (GMN) poate fi cauzată de malarie, fumat, malnutriție etc. Pentru a stabili prioritățile în diferite intervenții menite să reducă GMN, managerul de program trebuie să evalueze gravitatea diferiților factori de risc [8].

O atenție deosebită trebuie acordată cazurilor cu factori de risc asociați. Practica medicală confirmă această ipoteză printr-o frecvență mai mare a rezultatelor nefavorabile ale nașterii la femeile gravide din familia social vulnerabilă cu antecedente obstetricale, impactul fiind mai grav în cazurile când aceste femei suferă și de unele afecțiuni extragenitale, maladii somatice cronice decompensate sau social condiționate ca tuberculoza, alcoolismul etc. Încă în anul 1974 *Kessner D.*, menționând rolul factorilor de ordin social asupra finalului sarcinii, a stabilit că în cazul asocierii riscurilor medicale la femeile gravide cu probleme sociale rata mortalității neonatale practic se dublează, depășind de circa 3,3 ori nivelul acestui indicator în grupul femeilor fără riscuri [7].

Într-un număr mare de publicații, bazate pe principiul observațiilor simple, au fost făcute concluzii despre micșorarea numărului de nașteri premature datorită sistemului de evaluare formalizată a riscului cu menționarea factorilor sociali, prin asigurarea unei selectări mai raționale a femeilor și posibilitatea unei sistematizări mai bune a intervențiilor necesare. În acest context, este foarte important faptul menționat de unii autori, care au indicat o sporire neargumentată a spectrului și numărului de intervenții efectuate în cazurile selectate cu risc de prematuritate. Cu toate că unii cercetători presupun că acțiunile profilactice joacă un rol important în reducerea numărului de nașteri premature, această situație se constată în mare măsură la femeile cu grad de risc mic [3].

Un sistem eficient de evaluare a riscului matern și celui perinatal trebuie să determine factorii psihosociali principali în grupul de femei gravide sau mame cu risc sporit la etapa în care încă mai pot fi întreprinse măsurile adecvate de prevenire a complicațiilor ce pot amenința sănătatea mamei sau fătului / nou-născutului. Se poate crea situația când femeia cu probleme medico-sociale este referită la grupul de risc sporit, dar nimic nu poate fi întreprins, și invers, pentru femeia, inclusă în grupul cu risc minim, nu poate fi garantat un final bun al

gravidității. Este foarte lesne de nimerit în mreaja unei afirmări greșite, considerând că *riscul este ceva inevitabil*, în realitate fiind *un pronostic nefavorabil al sarcinii stabilit greșit*, după cum se întâmplă mult mai frecvent. Unele dovezi mai convingătoare în eficacitatea sistemelor formalizate de evaluare a riscului, determinat și de factorii sociali, ar putea fi prezentate în rezultatul unor cercetări randomizate, în care pronosticul formalizat să fie un component al supravegherii antenatale a femeilor gravide din grupul de studiu, în timp ce în grupul de control o astfel de evaluare a factorilor de risc nu se efectuează. Rezultate ale unor asemenea cercetări, însă, până în prezent nu au fost publicate.

Atribuirea unei femei cu probleme psihosociale la grupul cu risc poate fi utilă doar în cazul în care pentru reducerea riscului sau diminuarea consecințelor eventualelor complicații vor putea fi întreprinse anumite măsuri. În alt caz, menținerea *risc sporit* poate duce la intervenții neargumentate, fapt care poate să dăuneze mai mult decât să aducă vreun beneficiu.

Modalitatea actuală utilizată de lucrătorii medicali în evaluarea riscului, cauzat inclusiv de factorii sociali, poate determina pericolul înlocuirii riscului potențial al unui final nefavorabil al sarcinii cu un anumit risc al unui tratament inadecvat și intervenții neargumentate.

În literatură sunt menționate mai frecvent beneficiile posibile ale utilizării sistemului formalizat de evaluare a riscului, fără a atenționa asupra unor daune posibile ale acestei practici, care pot surveni din cauza intervenirii în viața personală a femeii, a acțiunilor medicale abuzive, a creării unei stări de stres și alarmă, precum și a irosirii de resurse ale sistemului de asistență medicală și de protecție socială în cazurile în care acestea nu prezintă o necesitate reală.

Datele studiilor, experiența multor țări ca SUA, Franța și altele argumentează necesitatea unor intervenții de suport psihosocial al familiilor aflate în dificultate în timpul sarcinii și după nașterea copilului. În Republica Moldova, tradițional, lucrătorii medicali manifestă o vigilență sporită în cazul unor circumstanțe sociale grave la femei în timpul sarcinii și uneori se implică chiar în căutarea posibilităților de suport psihosocial al acestor persoane aflate în dificultate. Cu părere de rău, în țara noastră nu există un sistem de asistență medico-socială în cadrul îngrijirilor perinatale, cu toate că la nivel central au fost emise acte normative care ar reglementa această activitate. Problema rămâne nesoluționată din mai multe motive, fiind implicate atât sistemul de asistență medicală, cât și cele de protecție socială,

educațional, cadrul juridic, inclusiv lipsa numărului necesar de asistenți sociali, lipsa pregătirii lor în aspectele ce țin de lucrul cu familiile în timpul sarcinii și după naștere, motivarea lor insuficientă, indemnizațiile mici, capacitățile insuficiente ale lucrătorilor medicali în identificarea femeilor gravide cu riscuri psihosociale etc.

Problemele psihosociale în timpul sarcinii pot genera atât riscuri de sănătate perinatale și materne (morbiditate, mortalitate), cât și riscuri sociale (abandon infantil, trafic de persoane, handicap infantil). În acest context, vigilența lucrătorilor medicali este solicitată și în aspectul prevenirii unor consecințe de ordin social, cum ar fi fenomenul abandonului infantil, fapt determinat de actualitatea problemei: în țara noastră circa 62% din copiii abandonați constituie nou-născuții părăsiți în maternitate sau în prima lună după naștere [2, 5, 10].

Asistența perinatală facilitează identificarea factorilor psihosociale de risc care pot determina situațiile periculoase pentru sănătatea mamei și/sau nou-născutului. Eforturile orientate spre accesibilitatea serviciilor perinatale de calitate și un suport psihosocial adecvat și oportun familiilor din grupul cu risc au un potențial de reducere a morbidității și mortalității infantile și celei materne.

Experiența unor proiecte realizate în cadrul Centrului perinatologic municipal al IMSP Spitalul Clinic Municipal nr. 1 din Chișinău începând cu anul 2001 a stabilit faptul că persoana-cheie în suportul medico-social al femeilor gravide și mamelor cu probleme psihosociale severe este asistentul social care, în colaborare cu medicul de familie, obstetricianul-ginecolog, psihologul poate asigura reducerea riscurilor de sănătate atât pentru femeie, cât și pentru copil [11].

Un alt moment important care merită să fie luat în considerație este faptul că acordarea suportului medico-social în timpul sarcinii și după nașterea copilului constituie doar o intervenție de scurtă durată și limitată în mijloace, orientată spre susținerea familiei pentru depășirea perioadei de criză. În majoritatea cazurilor, factorii care determină vulnerabilitatea socială a familiei își manifestă acțiunea cu mult înainte de survenirea gravidității sau a nașterii copilului, iar după finalizarea programului de susținere în unele familii se reactualizează problemele medico-sociale inițiale [10, 11]. Situația în cauză indică necesitatea realizării unor programe complexe de susținere socială a femeilor gravide, orientate spre familie în baza problemelor psihosociale identificate cu implicarea atât a lucrătorilor medicali, cât și a asistenților sociali, psihologilor, precum și a comunității.

În plan practic, conceptul de apreciere a riscurilor psihosociale în perinatologie impune necesitatea întreprinderii unor măsuri manageriale intersectoriale, cu implicarea tuturor specialiștilor interesați. În cadrul serviciului național de perinatologie este necesară elaborarea unei concepții științific argumentate de reducere a riscurilor de sănătate și sociale în cadrul îngrijirilor perinatale. Concepția în cauză va prevedea elaborarea unor criterii clare, definitive, privind identificarea factorilor de risc și intervențiile care pot fi întreprinse pentru reducerea impactului lor asupra sănătății mamei și copilului, precum și crearea mecanismelor de acordare practică a suportului medico-social în cazul familiilor aflate în dificultate în timpul sarcinii și după nașterea copilului.

Este necesar de a completa programul de instruire a viitorilor lucrători medicali și asistenți sociali cu compartimentele respective ce țin de asistența medico-socială în perinatologie.

Un accent deosebit trebuie pus pe dezvoltarea unei rețele de suport medico-social al maternității, care va include diferite instituții și organizații statale și neguvernamentale, interesate în oferirea de servicii medicale, psihosociale, juridice etc. familiilor aflate în dificultate, având ca scop general următoarele: fiecare copil trebuie să se nască sănătos și dorit, să se dezvolte într-un mediu binevoitor și fără pericole.

Bibliografie

1. Delvaux T., Buekens P., Godin I., Boutsen M., *Barriers to prenatal care in Europe*, în *Am. J. Prev. Med.*, 2001, Jul., nr. 21(1), p. 52-59.
2. Enkin M., Keirse M., Renfrew M., Neilson J., *A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth*, Oxford, Oxford University Press, 1999.
3. Ețco C., Șișcanu D., *Les problèmes médico-sociales en périmatologie: l'abandon infantile*, mat. CALASS, Bruxelles, 2008.
4. Filippi V., Ronsmans C., Campbell O. M., Graham W.J., Mills A., Borghi J., Koblinsky M., Osrin D., în *Lancet*, 2006, nr. 368 (9546), p. 1535-1541.
5. Guvernul Republicii Moldova / UNICEF, *Abandonul copiilor în Republica Moldova*, Chișinău, 2005, 140 p.
6. Johnson A. A., El-Khorazaty M. N., Hatcher B. J., Wingrove B. K., Milligan R., Harris C., Richards L., *Determinants of late prenatal care initiation by African American women in Washington, DC*, în *Matern Child Health J.*, 2003, Jun., nr. 7(2), p. 103-114.
7. Kessner D.M., *An analysis of maternal risk, health care, and pregnancy outcome*, în *Report of the 2nd National Conference on Research in Maternal and Child Health*, Berkeley, 1974, p. 73-94.
8. Lawn J., McCarthy B. J., Ross S., *Nou-născutul sănătos*. Manual de referință pentru managerii de program, CDC, Atlanta, 2001, 491 p.
9. Miguel Delgado-Rodríguez, Montserrat Gómez-Olmedo, Aurora Bueno-Cavanillas and Ramón Gálvez-Vargas, *Unplanned Pregnancy as a Major Determinant in Inadequate Use of Prenatal Care*, în *Preventive Medicine*, vol. 26, issue 6, November, 1997, p. 834-838.
10. Șișcanu D., Ețco C., *Le support psychosocial dans la périmatologie: l'impact sur les risques sociaux et de santé*, în *materialele Congresului XVII al ALASS*, Marseille, 2007.
11. Șișcanu D., Ețco C., *Suportul psihosocial în cadrul îngrijirilor perinatale*, în *Analele USMF „N. Testemițanu”*, 2007.
12. Șișcanu D., Ețco C., Cheianu D., Andrei I., Savin V., *Studiul determinanților medico-sociali ai accesibilității îngrijirilor antenatale*, Chișinău, 2007, p. 69.
13. Tulchinsky T., *Noua Sănătate Publică*, Chișinău, 2003, p. 132-133.

Prezentat la 18.12.2008

ASPECTE DIN ISTORIA
ȘI EVOLUȚIA CONCEPTELOR
PRIVIND SINDROMUL METABOLIC

Liviu GRIB,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Aspects of the history and evolution of concepts about metabolic syndrome

The metabolic syndrome is a complex of interrelated metabolic risk factors that directly promote the development of diabetes and cardiovascular disease. In 2005, the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes jointly stated that no existing definition of the metabolic syndrome completely meets the criteria of a syndrome, and there have been endless debates on the concept of this syndrome. The purpose of establishing criteria for diagnosing metabolic syndrome is to find individuals who are at increased risk of diabetes and cardiovascular disease and who require specific therapy including diet and exercise. However, many problems in defining the optimal diagnostic criteria of the metabolic syndrome remain unsolved.

Резюме

Аспекты из истории и эволюции концепций о метаболическом синдроме

Метаболический синдром представляет собой комплекс взаимосвязанных метаболических факторов риска, которые непосредственно способствуют развитию диабета и сердечно-сосудистых заболеваний. В 2005 году, Американская ассоциация диабета и Европейская ассоциация по изучению диабета совместно заявили, что ни одна из существующих ныне определений метаболического синдрома полностью не удовлетворяет понятие о синдроме, а также имели место бесконечные дебаты «за» и «против» в использовании концепции о синдроме в данном случае. Цель установления критериев диагностики метаболического синдрома заключается в том, чтобы идентифицировать людей, которые имеют повышенный риск развития диабета и сердечно-сосудистых заболеваний и которые нуждаются в специфической терапии, включая диету и упражнения. Тем не менее, многие проблемы в определении оптимальных диагностических критериев метаболического синдрома остаются нерешенными.

În ultimele câteva decenii, boala cardiovasculară (BCV) și diabetul zaharat (DZ) au fost cauze majore ale morbidității și mortalității în lumea occidentală dezvoltată, unde obezitatea prevalează. S-a depus un efort considerabil pentru înțelegerea substratului biologic al BCV și identificarea factorilor de risc. După ce acești factori au fost identificați, a devenit evident că ei tind să se cumuleze la același individ. Sindromul metabolic (SM) este o coexistență de factori de risc metabolic corelați, care direct susțin dezvoltarea DZ și BCV. Mecanismele de bază predominante pentru SM par a fi: insulinorezistența [36, 7], obezitatea abdominală [23, 28] și inflamația [38, 6]. Alte condiții asociate pot fi: vârsta [11], fumatul [35], dezechilibrul hormonal [2], dieta [19, 39], sedentarismul [18], xenobioza [27] și statutul socioeconomic [39].

Încă din anul 1981, Ruderman et al. au observat că există indivizi numai metabolic obezi, dar normoponderali (MONP), care aveau hiperinsulinemie și, posibil, macroadipocite [40]. Apoi, în 1988, Reaven a propus eticheta de sindrom X pentru descrierea fenomenului în care indivizii care prezintă un cluster de insulinorezistență și hiperinsulinemie compensatorie, hipertrigliceridemie și concentrații de HDL-colesterol scăzute, precum și hipertensiune arterială se aflau la un risc semnificativ crescut de BCV [36]. Mai târziu, Kaplan a adăugat obezitatea abdominală la acest sindrom, a scos hipo-HDL-colesterolemia și a redenumit starea „*cvarter mortal*” [23]. În 1991, DeFronzo și Ferrannini au redenumit sindromul X ca „*sindrom al insulinorezistenței*” (IR) [7]. În anul 1994, Nakamura et al. au propus denumirea de „*sindrom al obezității viscerale*”, considerând adipozitatea subcutanată un factor destul de protector față de efectele morbide ale adipozității viscerale [32]. În 1988 Lamarche et al. au raportat combinarea hiperinsulinemiei cu creșterea apolipoproteinei B și LDL-colesterolului ca „*triadă metabolică aterogenă*” [26].

În 1999, Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a definit pentru prima dată (tabelul 1) criteriile sindromului IR și a introdus denumirea de SM [47]. Grupul european pentru studiul insulinorezistenței (EGIR) a propus de a folosi versiunea modificată a SM numai pentru subiecții nondiabetici și au redenumit-o „*sindromul IR*” [3]. În 2000, Lemieux et al. propuse termenul de „*abdomen hipertrigliceridemic*” ca un marker al triadei metabolice aterogene la bărbați [28].

În 2001, Panoul de experți în detectarea, evaluarea și tratarea hipercolesterolemiei la adulți (ATP III) a raportat adoptarea definiției ușor înțelese a SM (tabelul 1), înaintate de al treilea raport al Programului național de educație despre colesterol (NCEP) [48]; această definiție și versiunile ei modifi-

Tabelul 1

Criteriile folosite pentru identificarea și definirea SM de către organizații de sănătate majore (aspecte din istoria și evoluția conceptelor privind sindromul metabolic), Liviu Grib

Criterii	1999, OMS insulinorezistență plus 2 sau mai multe criterii din:	1999, EGIR insulinorezistență plus 2 sau mai multe criterii din:	2001 NCEP/ATP III 3 sau mai multe criterii din:	2003 AACE insulinorezistență plus evaluare clinică conform:	2005 IDF obezitate centrală plus 2 sau mai multe criterii din:	2005 AHA/NHLBI 3 sau mai multe criterii din:	2005, Definiția Japoneză obezitate abdominală plus 2 sau mai multe criterii din:
Insulinorezistență	Asimilarea glucozei < a 25-a percentilă de clampare hiperinsulinemie-euglicemie sau diabet	Fasting insulin > a 75-a percentilă din populația nondiabetică		Toleranță la glucoză >7.8 mmol/l la 2 ore după 75 g glucoză			
Glucoza à jeun înaltă	≥6,1 mmol/l	≥6,1 mmol/l dar fără diabet	≥6,1 mmol/l	≥6,1 mmol/l dar fără diabet	≥5,6 mmol/l sau sub tratament sau diabet	≥5,6 mmol/l sau sub tratament	≥6,1 mmol/l sau glucoza postprandială ≥7.77 mmol/l sau sub tratament
Obezitate	Circumferința abdominală/coapsă: >0,9 (bărbați) >0,85 (femei) sau/și IMC > 30 kg/m ²	Circumferința abdominală: >94 (bărbați) >80 (femei)	Circumferința abdominală: >102 (bărbați) >88 (femei)	Circumferința abdominală: >102 (bărbați) >88 (femei) sau IMC >25 kg/m ²	Circumferința abdominală: >85 (bărbați) >80 (femei) în funcție de etnie sau IMC >30 kg/m ²	Circumferința abdominală: >102 (bărbați) >88 (femei)	Circumferința abdominală: >85 (bărbați) >90 (femei) sau IMC >25 kg/m ²
Hipertrigliceridemie	≥1,7 mmol/l	≥2,0 mmol/l sau sub tratament	≥1,7 mmol/l	≥1,7 mmol/l	≥1,7 mmol/l sau sub tratament	≥1,7 mmol/l sau sub tratament	≥1,69 mmol/l sau sub tratament
HDL-colesterol scăzut	<0,9 mmol/l (bărbați) <1,0 mmol/l (femei)	<1,0 mmol/l sau sub tratament	<1,0 mmol/l (bărbați) <1,3 mmol/l (femei)	<1,0 mmol/l (bărbați) <1,3 mmol/l (femei)	<1,0 mmol/l (bărbați) <1,3 mmol/l (femei) sau sub tratament	<1,0 mmol/l (bărbați) <1,3 mmol/l (femei) sau sub tratament	<1,03 mmol/l sau sub tratament
Tensiunea sangvină înaltă	≥160/90 mmHg sau sub tratament	≥140/90 mmHg sau sub tratament	≥130/85 mmHg	≥130/85 mmHg	≥130/85 mmHg sau sub tratament	≥130/85 mmHg sau sub tratament	≥130/85 mmHg sau sub tratament
Alte criterii	Albuminuria >50 mg/l, ≥20 μg/min./sau raportul albumină/creatinină ≥20 mg/g			Istoric clinic familial			

cate au fost folosite în întreaga lume. Definiția NCEP nu necesită demonstrarea a însăși IR. S-a observat că măsurările exacte ale IR erau anevoioase și rău standardizate și că măsurările substituente, așa ca testul de toleranță la glucoză, nu erau utilizate în practica clinică. Cu toate că ATP III a recunoscut fenomenul de suprapunere al factorilor de risc metabolic, nu a fost convingător faptul precum că insulinorezistența e unicul mecanism patogenetic. Astfel, definiția NCEP nu necesită un singur factor pentru diagnostic, ci prezența a 3 din 5 factori de risc, aceștia fiind obezitatea abdominală definită ca circumferința abdominală (CA) ≥ 102 cm la bărbați și ≥ 88 cm la femei, hipertrigliceridemia definită ca fiind ≥ 150 mg/dl (1,7 mmol/l), HDL-colesterolul redus definit ca fiind < 40 mg/dl (1,0 mmol/l) la bărbați și < 50 mg/dl (1,3 mmol/l) la femei, hipertensiunea arterială definită ca TAs ≥ 130 mmHg și/sau TAd ≥ 85 mmHg și valori crescute ale glicemiei à jeun, definită ca fiind ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l).

În anul 2003, Asociația Americană a Endocrinologilor Clinicieni (AACE) a modificat această definiție, punând accentul pe IR ca fiind cauza primară a SM (tabelul 1), și din nou s-a întors la denumirea „sindromul IR” [9]. Principalele criterii în definiția AACE sunt: toleranța alterată la glucoză, hipertrigliceridemia, HDL-colesterolul redus, hipertensiunea arterială și obezitatea. Nu a fost specificat un număr anumit de factori pentru diagnostic, acest fapt fiind lăsat la discreția deducerii clinice, dar odată ce o persoană face DZ, termenul de *sindrom de IR* nu se mai aplică.

În 2005, Federația Internațională de Diabet (IDF) a emis o nouă definiție a SM (tabelul 1), în care pentru acest diagnostic este suficientă prezența obezității abdominale și prezența a 2 factori suplimentari inițial enumerați în definiția NCEP [1]. Dereglarea glicemiei à jeun, însă, a fost modificată la ≥ 100 mg/dl (5,6 mmol/l) și criteriile obezității abdominale au fost recomandate în funcție de rasă: pentru europoizi – limita CA de 94 cm la bărbați și de 80 cm la femei; pentru asiatici – CA de 90 cm la bărbați și de 80 cm la femei. În același an, Asociația Americană a Inimii (AHA) și Institutul Național al Inimii, Plămânilor și Sângelui (NHLBI) în comun au criticat definiția IDF a SM și au revăzut puțin definiția NCEP. În consecință, limita alterării glicemiei à jeun a fost stabilită la 100 mg/dl (5,6 mmol/l) și criteriile de obezitate abdominală au devenit dependente de rasă [14]. Tot în 2005, conform definiției japoneze (tabelul 1), a fost propusă identificarea SM dacă subiecții au obezitate abdominală (circumferința abdominală ≥ 85 cm pentru bărbați și ≥ 90 cm pentru femei), plus două sau mai multe din următoarele criterii: 1) nivelul trigliceridelor ≥ 150 mg/dl (1,69 mmol/l) sau

sub tratament; 2) HDL-colesterolul < 40 mg/dl (1,03 mmol/l); 3) tensiunea arterială $\geq 130/85$ mmHg sau utilizarea remediilor antihipertensive; 4) glucoza à jeun ridicată ≥ 110 mg/dl (6,11 mmol/l) sau glucoza postprandială ≥ 140 mg/dl (7,77 mmol/l) sau sub tratament.

De asemenea, în 2005, Asociația Americană a Diabetului (ADA) și Asociația Europeană pentru Studiul Diabetului (EASD) în comun au declarat că nici o definiție a SM din cele existente nu îndeplinește criteriile unui sindrom și că nu trebuie să se utilizeze termenul de „sindrom metabolic” [30]. Declarația comună a numit opt preocupări cu privire la SM, sumate după cum urmează: 1) Criteriile sunt ambigue sau incomplete; justificarea pragurilor este prost definită; 2) Valoarea includerii DZ în definiție este discutabilă; 3) Insulinorezistența ca etiologie unificatoare este incertă; 4) Nu există nici o bază clară pentru includerea sau excluderea altor factori de risc ai BCV; 5) Valoarea de risc a BCV este variabilă și dependentă de prezența factorilor de risc specifici; 6) Riscul BCV asociate cu „sindromul” nu pare să fie mai mare decât riscul acumulat ca sumă a componentelor sindromului; 7) Tratamentul sindromului nu este diferit de tratamentul componentelor sale; 8) Valoarea medicală a diagnosticării sindromului nu este clară.

După publicarea acestei declarații și până în prezent, au avut loc nenumărate dezbateri cu privire la argumentele pro și contra conceptului de SM [4, 10, 15–17, 21, 22, 37]. În aceste dezbateri, Reaven a aprobat declarația comună ADA/EASD și a observat că este posibil de a crea un număr infinit de scenarii în care persoanele care nu îndeplinesc criteriile de diagnostic pentru SM ar avea un risc mai mare de BCV decât cele care corespund acestor criterii [37]. Grundy susținea că SM nu este merit să fie un instrument de evaluare a riscurilor pe termen scurt (< 10 ani), ci mai degrabă este merit să identifice persoanele cu risc mai înalt de BCV și DZ, întrucât SM este o tulburare progresivă [16]. Cu toate acestea, Sundstrom et al. au raportat că SM nu a estimat riscul ca fiind mai mare sau peste cel estimat de componentele sale individuale într-un studiu-cohortă comunitar pe un termen de 30 de ani de supraveghere [42]. Pe fondul acestor dezbateri, AHA și ADA au emis în comun o declarație științifică cu titlul *Prevenirea bolii cardiovasculare și a diabetului zaharat. Un apel la acțiune din partea Asociației Americane a Diabetului și Asociației Americane a Inimii*, în care au declarat că, în ciuda multor probleme științifice nerezolvate referitoare la SM, un număr de factori de risc cardiometabolic, cum ar fi hiperglicemia, supraponderalitatea/obezitatea, hipertensiunea arterială și dislipidemia, sunt în mod clar legate de DZ și BCV. Raportul recomandă

modificarea stilului de viață, cu accent pe pierderea în greutate și pe activitatea fizică, indiferent de diagnosticul de SM, deoarece obezitatea, o amenințare dominantă în lumea occidentală, este adesea un factor vizibil care stă la baza altor factori de risc [8]. Începând cu anul 2004, au fost raportate multe studii epidemiologice și meta-analize ale SM [12, 13, 30, 31, 33, 45, 49], multe dintre ele au arătat că prezența SM indică un risc relativ al unui incident cardiovascular și al mortalității de aproximativ 1,5 până la 2,5. După publicarea definiției IDF, majoritatea cercetărilor care comparau diferite definiții ale SM au sugerat că definiția IDF nu este superioară definiției NCEP și au subliniat că prima nu a putut identifica persoanele metabolic anormale, dar neobeze, recunoscute ca predispuse la DZ și BCV [5, 24, 29, 41, 43, 44, 46].

În 2007, Asociația Managementului Greutății și Prevenirii Obezității, Societatea de Obezitate, Societatea Americană pentru Nutriție și ADA au emis o declarație de consensus cu privire la CA [25]. Opinia lor este că nici o metodă standardă nu oferă cea mai bună corelare cu măsurarea CA pentru riscul de boală și că în diferite studii au fost utilizate diferite repere anatomice pentru măsurarea CA. Limitele actuale ale CA au fost obținute prin regresie de la indicele de masă corporală (IMC). Nu există încă o dovadă incontestabilă care să demonstreze că CA oferă informații semnificative, din punct de vedere clinic, care ar fi independente de factorii de risc cardiometabolic bine cunoscuți. Prin urmare, utilitatea clinică a măsurării CA este limitată și puțin probabil să influențeze managementul clinic, atunci când IMC și alți factori de risc legați de obezitate sunt deja stabiliți. Sunt necesare mai multe studii pentru a stabili cele mai adecvate limite ale CA; acest efort va fi complex, deoarece limitele par a fi legate de sex, rasă/etnie, vârstă, IMC și de alți factori. Anterior s-a propus înlocuirea CA cu proteina C-reactivă înalt sensibilă (PCR-îs) printre cele 5 componente ale SM, deoarece PCR-îs este un marker al inflamației de grad mic pe larg utilizat, este strâns legat de obezitate și insulinorezistență și este un factor de risc pentru DZ și BCV [34]. Desigur, această propunere ar trebui să fie testată de studii ulterioare.

Astfel, la momentul actual în baza conceptelor descrise de mulți specialiști în domeniu s-au dezvoltat două direcții de cercetare privind SM (tabelele 2 și 3).

În concluzie, una dintre aceste direcții are în vedere anatomia macroscopică a țesutului adipos, care consideră masa de grăsime și distribuția drept caracteristici esențiale ale SM (tabelul 2). Altă direcție privește obezitatea ca o trăsătură neesențială a SM și stă la baza caracteristicilor endocrine, inflamatorii și metabolice ale țesutului adipos (tabelul 3). Ambele

direcții evoluează cu dezbateri ale specialiștilor, conțin argumente și controverse, inițiind noi idei și ipoteze de cercetare ulterioară pentru fiecare dintre aceste concepte privind domeniul SM.

Tabelul 2

Conceptele care consideră obezitatea drept trăsătură esențială a SM (aspecte din istoria și evoluția conceptelor privind sindromul metabolic), Liviu Grib

Anii	Autorii	Criteriile
1951	Jouve et al.	Obezitate de tip masculin ca factor de risc pentru BCV
1982	Kissebah et al.	Obezitate în partea superioară a corpului
1985	Bjorntorp	Obezitate abdominală
1987	Matsuzawa et al.	Obezitate steatozică viscerală (interpretând țesutul adipos subcutanat ca un factor de protecție împotriva efectelor morbide ale steatozei viscerale)
1989	Kaplan	Cvartetul mortal
1994	Nakamura et al.	Sindromul steatozei viscerale bazat pe obezitatea steatozică viscerală
2000	Lemieux	Abdomen hipertrigliceridemic
2005	Federația Internațională a Diabetului	Obezitatea abdominală drept component esențial al SM
2005	Definiția japoneză	Bazată pe sindromul steatozei viscerale

Tabelul 3

Conceptele care privesc obezitatea ca o trăsătură neesențială a SM (aspecte din istoria și evoluția conceptelor privind sindromul metabolic), Liviu Grib

Anii	Autorii	Criteriile
1981	Rudermann et al.	Indivizii MONP (metabolic-obezi, normoponderali) cu hiperinsulinemie
1988	Reaven	Sindromul X cu insulinorezistență
1991	De Fronzo și Ferrannini	Sindromul insulinorezistenței
1993	Hotamisligil et al.	Inflamația (TNF- α) ca o legătură între obezitate și insulinorezistență
1999	OMS	Prima definiție a SM
1999	EGIR	Sindromul insulinorezistenței excluzând DZ
2001	NCEP	SM definit prin 3 din 5 componente
2003	AACE	Criterii subiective ale sindromului insulinorezistenței excluzând DZ
2004	Ridker	PCR-îs ca un component al SM
2006	Oda	Înlocuirea CA cu PCR-îs printre cele 5 componente ale SM

Notă: EGIR – Grupul European de Studiere a Insulinorezistenței, AACE – Asociația Americană a Endocrinologilor Clinicieni, NCEP – Programul Național de Educare despre Colesterol, TNF- α – tumor necrosis factor- α , PCR-îs – proteina C-reactivă înalt sensibilă.

Bibliografie

1. Alverti K., Zimmet P., Shaw J., *Metabolic syndrome – a new world-wide definition. A consensus statement from the International Diabetes Federation*, în *Diabet. Med.*, 2006, nr. 23, p. 469–480.
2. Apridonidze T., Essah P. A., Luorno M. J., Nestler J. E., *Prevalence and characteristics of the metabolic syndrome in women with polycystic ovary syndrome*, în *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2004, nr. 90, p. 1929–1935.
3. Balkau B., Charles M. A., *Comment on the provisional report from the WHO consultation. European Group for the Study of Insulin Resistance (EGIR)*, în *Diabetes Med.*, 1999, nr. 16, p. 442–443.
4. Beaser R. S., Levy P., *Metabolic syndrome. A work in progress, but a useful construct*, în *Circulation*, 2007, nr. 115, p. 1812–1818.
5. Chen H., Pan W., *Probable blind spot in the International Diabetes Federation definition of metabolic syndrome*, în *Obesity*, 2007, nr. 15, p. 1096–1100.
6. Dandona P., Aljada A., Chaudhuri A., Mohanty P., Garg R., *Metabolic syndrome: a comprehensive perspective based on interactions between obesity, diabetes, and inflammation*, în *Circulation*, 2005, nr. 111, p. 1448–1454.
7. DeFronzo R. A., Ferrannini E., *Insulin resistance. A multifaceted syndrome responsible for NIDDM, obesity, hypertension, dyslipidemia, and atherosclerotic cardiovascular disease*, în *Diabetes Care*, 1991, nr. 14, p. 173–194.
8. Eckel R. H., Kahn R., Robertson R. M., Rizza R. A., *Preventing cardiovascular disease and diabetes: a call to action from the American Diabetes Association and the American Heart Association*, în *Circulation*, 2006, nr. 113, p. 2943–2946.
9. Einhorn D., Reaven G. M., Cobin R. H. et al., *American College of Endocrinology position statement on the insulin resistance syndrome.*, în *Endocr. Pract.*, 2003, nr. 9, p. 237–252.
10. Ferrannini E., *Metabolic syndrome: a solution in search of a problem*, în *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2007, nr. 92, p. 396–398.
11. Ford E. S., Giles W. H., Dietz W. H., *Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey*, în *JAMA*, 2002, nr. 287, p. 356–359.
12. Ford E. S., *Risks for all-cause mortality, cardiovascular disease, and diabetes associated with the metabolic syndrome*, în *Diabetes Care*, 2005, nr. 28, p. 1769–1778.
13. Gami A. S., Witt B. J., Howard D. E., et al., *Metabolic syndrome and risk of incident cardiovascular events and death*, în *J. Am. Coll. Cardiol.*, 2007, nr. 49, p. 403–414.
14. Grundy S. M., Cleeman J. I., Daniels S. R., et al., *Diagnosis and management of the metabolic syndrome: a statement for health care professionals: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement*, în *Circulation*, 2005, nr. 112, p. 2735–2752.
15. Grundy S. M., *Does a diagnosis of metabolic syndrome have value in clinical practice*, în *Am. J. Clin. Nutr.*, 2006, nr. 83, p. 1248–1251.
16. Grundy S. M., *Does the metabolic syndrome exist?*, în *Diabetes Care*, 2006, nr. 29, p. 1689–1692.
17. Grundy S. M., *Metabolic syndrome: a multiplex cardiovascular risk factor*, în *J. Clin. Endocrinol. Metab.*, 2007, nr. 92, p. 399–404.
18. Gustat J., Srinivasan S. R., Elkasabany A., Berenson G. S., *Relation of self-rated measures of physical activity to multiple risk factors of insulin resistance syndrome in young adults: the Bogalusa Heart Study*, în *J. Clin. Epidemiol.*, 2002, nr. 55, p. 997–1006.
19. Iso H., Kobayashi M., Ishihara J. et al., *Intake of fish and n-3 fatty acids and risk of coronary heart disease among Japanese: the Japan Public Health Center-based (JPHC) Study Cohort 1*, în *Circulation*, 2006, nr. 113, p. 195–202.
20. Kahn R., Buse J., Ferrannini E., Stern M., *The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes*, în *Diabetes Care*, 2005, nr. 28, p. 2289–2304.
21. Kahn R., *Metabolic syndrome. Is it a syndrome? Does it matter*, în *Circulation*, 2007, nr. 115, p. 1806–1811.
22. Kahn R., *The metabolic syndrome (emperor) wears no clothes*, în *Diabetes Care*, 2006, nr. 29, p. 1693–1696.
23. Kaplan N. M., *The deadly quartet: upper body obesity, glucose intolerance, hypertriglyceridemia and hypertension*, în *Arch. Intern. Med.*, 1989, nr. 149, p. 1514–1520.
24. Katzmarzyk P. T., Janssen I., Ross R., Church T. S., Blair S. N., *The importance of waist circumference in the definition of metabolic syndrome. Prospective analyses of mortality in men*, în *Diabetes Care*, 2006, nr. 29, p. 404–409.
25. Klein S., Allison D. B., Heymsfield S. B. et al., *Waist circumference and cardiometabolic risk: a consensus statement from Shaping America's Health: Association for Weight 1290*, în *Hypertens. Res.*, vol. 31, nr. 7, 2008. Management and Obesity Prevention; NAASO, the Obesity Society; the American Society for Nutrition; and the American Diabetes Association, în *Diabetes Care*, 2007, nr. 30, p. 1647–1652.
26. Lamarche B., Tchernof A., Mauriege P. et al., *Fasting insulin Oda: Metabolic Syndrome 1289 and apolipoprotein B levels and low-density lipoprotein particle size as risk factors for ischemic heart disease*, în *JAMA*, 1998, nr. 279, p. 1955–1961.
27. Lee D., Lee I., Jin S., Steffes M., Jacobs DR. Jr., *Association between serum concentrations of persistent organic pollutants and insulin resistance among nondiabetic adults: results from the National Health and Nutrition Examination Survey 1999–2002*, în *Diabetes Care*, 2007, nr. 30, p. 622–628.
28. Lemieux I., Pascot A., Couillard C. et al., *Hypertriglyceridemic waist: a marker of the atherogenic metabolic triad (hyperinsulinemia; hyperapolipoprotein B; small, dense LDL) in men?* în *Circulation*, 2000, nr. 102, p. 179–184.
29. Lorenzo C., Serrano-Rios M., Martinez-Larrad M. T. et al., *Is waist circumference an essential component of the metabolic syndrome?* în *Diabetes Care* 2007, nr. 30, p. 2141–2142.
30. Malik S., Wong N. D., Franklin S. S. et al., *Impact of the metabolic syndrome on mortality from coronary heart disease, cardiovascular disease, and all causes in United States adults*, în *Circulation*, 2004, nr. 110, p. 1245–1250.
31. McNeil A. M., Rosamond W. D., Girman C. J. et al., *The metabolic syndrome and 11-year risk of incident cardiovascular disease in the Atherosclerosis Risk in Communities Study*, în *Diabetes Care*, 2005, nr. 28 p. 385–390.

32. Nakamura T., Tokunaga K., Shimomura I. et al., *Contribution of visceral fat accumulation to the development of coronary artery disease in non-obese men*, în *Atherosclerosis*, 1994, nr. 107, p. 239–246.
33. Ninomiya T., Kubo M., Doi Y. et al., *Impact of metabolic syndrome on the development of cardiovascular disease in a general Japanese population*, The Hisayama Study, în *Stroke*, 2007, nr. 38, p. 2063–2069.
34. Oda E., *Criteria for diagnosing the metabolic syndrome*, în *Am. J. Clin. Nutr.*, 2006, nr. 84, p. 1251–1252.
35. Oh S. W., Yoon Y. S., Lee E. S. et al., *Association between cigarette smoking and metabolic syndrome: the Korea National Health and Nutrition Examination Survey*, în *Diabetes Care*, 2005, nr. 28, p. 2064–2066.
36. Reaven G. M., *Role of insulin resistance in human disease*, în *Diabetes*, 1988, nr. 37, p. 1595–1607.
37. Reaven G. M., *The metabolic syndrome: is this diagnosis necessary?*, în *Am. J. Clin. Nutr.* 2006, nr. 83, p. 1237–1247.
38. Ridker P. M., Wilson P. W., Grundy S. M., *Should C-reactive protein be added to metabolic syndrome and to assessment of global cardiovascular risk?*, în *Circulation* 2004, nr. 109, p. 2818–2825.
39. Riserus U., Arnlov J., Berglund L., *Long-term predictors of insulin resistance. Role of lifestyle and metabolic factors in middle-aged men*. *Diabetes Care* 2007; 30: 2928–2933.
40. Ruderman NB, Schneider SH, Berchtold P: *The "metabolically-obese," normal-weight individual*. *Am J Clin Nutr* 1981; 34: 1617–1621.
41. Sone H., Tanaka S., Ishibashi S. et al., *The new worldwide definition of metabolic syndrome is not a better diagnostic predictor of cardiovascular disease in Japanese diabetic patients than the existing definitions*, în *Diabetes Care*, 2006, nr. 29, p. 145–147.
42. Sundstrom J., Vallhagen E., Riserus U. et al., *Risk associated with the metabolic syndrome versus the sum of its individual components*, în *Diabetes Care*, 2006, nr. 29, p. 1673–1674.
43. Tanomsup S., Aekplakorn W., Sritara P. et al., *A comparison of components of two definitions of the metabolic syndrome related to cardiovascular disease and all-cause mortality in a cohort study in Thailand*, în *Diabetes Care*, 2007, nr. 30, p. 2138–2140.
44. Tong P. C., Kong A. P., So W. et al., *The usefulness of the International Diabetes Federation and the National Cholesterol Education Program's Adult Treatment Panel III definitions of the metabolic syndrome in predicting coronary heart disease in subjects with type 2 diabetes*, în *Diabetes Care*, 2007, nr. 30, p. 1206–1211.
45. Wilson P. W. F., D'Agostino R. B., Parise H., Sullivan L., Meigs J. B., *Metabolic syndrome as a precursor of cardiovascular disease and type 2 diabetes mellitus*, în *Circulation*, 2005, nr. 112, p. 3066–3072.
46. Yoon Y. S., Lee E. S., Park C., Lee S., Oh S. W., *The new definition of metabolic syndrome by the International Diabetes Federation is less likely to identify metabolically abnormal but non-obese individuals than the definition by the revised National Cholesterol Education Program: the Korea NHANES Study*, în *Int. J. Obes.*, 2007, nr. 31, p. 528–534.
47. World Health Organization. *Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and Its Complications*. Report of a WHO Consultation, Geneva, 1999.
48. *Expert Panel on the Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults*. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III), în *JAMA*, 2001, nr. 285, p. 2486–2497.
49. The DECODE Study Group, Qiao Q., *Comparison of different definitions of the metabolic syndrome in relation to cardiovascular mortality in European men and women*, în *Diabetologia*, 2006, nr. 49, p. 2837–2846.

Prezentat la 24.12.2008

CERCETAREA CALITATIVĂ:
CONCEPTE-CHEIE

Matei MARIAN, Cătălin TUFĂNARU,
Institutul Național de Cercetare-Dezvoltare
în Sănătate, București

Cercetarea în domeniul sănătății publice apelează la metodologii de cercetare cantitativă, precum și calitativă. Metodologia cercetării cantitative este relativ bine cunoscută și înțeleasă, iar metodologia cercetării calitative continuă să suscite discuții și polemici. În acest articol prezentăm eșantionajul calitativ intenționat – un aspect mai puțin cunoscut al metodologiei cercetării calitative.

Cercetarea științifică în sănătatea publică se poate realiza prin două strategii de studiu:

- Strategia de cercetare exhaustivă,
- Strategia de cercetare selectivă.

Strategia de *cercetare exhaustivă* implică cercetarea tuturor elementelor unei populații prin enumerarea, cuantificarea și investigarea fiecărui element din populație. Caracterul exhaustiv al cercetării se exprimă prin raportare la populația din care provine populația investigată. De exemplu, dacă segmentul cercetat este reprezentat de toată populația feminină din România, atunci putem vorbi despre o cercetare exhaustivă. Dacă dorim informații despre toate femeile din România, dar sunt investigate în mod direct doar o parte dintre ele, atunci vorbim despre o cercetare selectivă. Recensământul populației României este o cercetare exhaustivă.

Alt exemplu de cercetare exhaustivă este reprezentat de o cercetare medicală care investighează copiii din generația 1989.

Dacă dorim să investigăm doar populația feminină de vârstă fertilă din mediul rural al României, apelăm la o cercetare selectivă.

Pentru a nu lăsa loc dubiului, trebuie să subliniem că strategia de cercetare exhaustivă implică studiul unei întregi populații, iar strategia de cercetare selectivă implică cercetarea unui eșantion.

În literatura științifică sunt prezentate două strategii diferite de eșantionare:

- eșantionarea din cercetările cantitative,
- eșantionarea din cercetările calitative.

Eșantionarea din cercetările cantitative este cunoscută și sub denumirile de eșantionare *cantitativă*, eșantionare *statistică*, eșantionare *probabilistică*, eșantionare prin *procedee statistice*. Eșantionarea din cercetările calitative este denumită și eșantionare *calitativă* sau eșantionare *neprobabilistică*.

Cele două strategii de eșantionare sunt complet diferite în ceea ce privește:

- modalitatea de selectare a eșantionului,
- scopul urmărit prin eșantionare.

Trebuie să specificăm că termenul de *eșantion* (fr. *échantillon*) se referă la o parte reprezentativă a unei populații. În termenii teoriei mulțimilor, eșantionul este o submulțime provenită dintr-o mulțime

* Preluat cu învoirea autorilor din revista *Management în sănătate*, nr. 1, martie 2005, p. 39-41.

Summary

Key words: qualitative research

This article provides a brief introduction to some of the key concepts in sampling. The range of sampling methods used in qualitative research are outlined. The purposive sampling is covered in some details.

Резюме

Качественное исследование:

ключевые понятия

Эта статья дает краткое введение в некоторые из ключевых понятий концепции выборки. Выделен диапазон методов выборки, используемых в качественном исследовании. Рассматривается в некоторых деталях целенаправленное осуществление выборки.

mai mare. Termenul de *eșantion* nu implică nicio referire la modalitatea de selectare a acestuia. Dacă se folosește doar termenul de *eșantion*, nu putem să spunem dacă acesta a fost selectat aleator probabilistic sau dacă a fost ales intenționat, pentru un anumit scop al unei cercetări calitative. Termenul de *eșantion probabilistic* se referă la un eșantion selectat printr-o procedură statistică, care alege un eșantion reprezentativ statistic. Termenul *eșantion calitativ* sau *eșantion neprobabilistic*, sau *eșantion ales în mod intenționat* se referă la un eșantion care nu a fost selectat prin procedee statistice de selecție aleatorie, ci intenționat într-o cercetare calitativă, prin care se urmărește înțelegerea unei anumite situații sau probleme, prin cercetarea contextului problemei și a semnificațiilor atribuite de către cei afectați de această problemă.

Scopul eșantionării probabilistice (engl. *Probability sampling*) din cercetările cantitative este generalizarea rezultatelor (Patton, 1990). Eșantionarea probabilistică se caracterizează prin faptul că fiecare element din populație este ales în mod statistic aleator și are o probabilitate cunoscută de selecție, diferită de zero (Arber, 1995). Eșantionarea cantitativă urmărește obținerea unui eșantion reprezentativ din punct de vedere statistic, care a fost selectat în mod absolut aleator (Patton, 1990). Prin eșantionarea cantitativă se obțin informații cu privire la un eșantion reprezentativ statistic, informații care pot fi generalizate la o populație mai mare, din care provine eșantionul respectiv (Patton, 1990).

Scopul eșantionării calitative (engl. *Purposeful sampling*) intenționate, cu scop, în cercetarea calitativă este de a selecta cazuri bogate în informații, a căror studiere va aduce lumină în privința aspectelor investigate. În eșantionarea calitativă intenționată, cu scop, probabilitatea de selecție a unui element din populație este necunoscută, iar pentru unele elemente din populație probabilitatea de selecție este zero (Arber, 1995).

În cercetarea calitativă sunt folosite mai multe modalități de eșantionare, cele mai importante fiind:

- eșantionarea calitativă intenționată, cu scop,
- eșantionarea teoretică (engl. *Theoretical sampling*).

În acest articol ne vom referi doar la eșantionarea calitativă intenționată.

În literatură au fost descrise mai multe strategii diferite de *selectare a cazurilor bogate în informații* (engl. *Information-rich cases*), strategii folosite în eșantionarea intenționată (Patton, 1987; 1990):

- eșantionarea cazurilor extreme sau deviate (engl. *Extreme or deviant case sampling*),
- eșantionarea cazurilor deosebite (engl. *Intensity sampling*),
- eșantionarea unor cazuri cât mai variate (engl. *Maximum variation sampling*),
- eșantionarea omogenă (engl. *Homogeneous samples*),
- eșantionarea cazurilor tipice (engl. *Typical case sampling*),
- eșantionarea stratificată intenționată (engl. *Stratified purposeful sampling*),
- eșantionarea cazurilor critice (engl. *Critical case sampling*),
- eșantionarea în funcție de teorie sau eșantionarea reprezentativă pentru un construct (engl. *Theory-based or operational construct sampling*),
- eșantionarea „în bulgăre de zăpadă” sau eșantionarea „în lanț” (engl. *Snowball or chain sampling*),
- eșantionarea după criterii predeterminate (engl. *Criterion sampling*),
- eșantionarea cazurilor care confirmă sau a celor care infirmă un anumit aspect (engl. *Confirmatory and disconfirming cases*),
- eșantionarea de moment sau oportună (engl. *Oportunistic sampling*),
- eșantionarea aleatorie intenționată (engl. *Purposeful random sampling*),
- eșantionarea cazurilor importante din punct de vedere politic (engl. *Sampling politically important cases*),
- eșantionarea cazurilor aflate la îndemână (engl. *Convenience sampling*).

Eșantionarea cazurilor extreme sau deviate se referă la alegerea intenționată a acelor cazuri care sunt bogate în informații, pentru că sunt cazuri neobișnuite sau ciudate și ies în evidență prin caracterul lor extrem sau deviant.

Eșantionarea cazurilor deosebite se referă la selectarea cazurilor care prezintă într-o măsură mai mare, cu o intensitate mai mare, o anumită caracteristică. Totuși, cazurile selectate nu sunt extreme și nici deviate.

Eșantionarea unor cazuri cât mai variate urmărește să pună în evidență nota comună sau caracteristicile comune ale unei probleme sau situații, prin alegerea intenționată a unor cazuri cât mai diferite între ele.

Eșantionarea omogenă urmărește alegerea doar a cazurilor care constituie un eșantion omogen în raport cu o anumită caracteristică.

Eșantionarea cazurilor tipice constă în selectarea acelor cazuri care pot pune în evidență ceea ce este tipic într-o anumită situație.

Eșantionarea stratificată intenționată urmărește să selecteze cazuri ce corespund unor straturi, de exemplu, cazuri medii, cazuri sub medie și cazuri peste medie în raport cu un anumit criteriu.

Eșantionarea cazurilor critice se referă la alegerea acelor cazuri a căror prezentare va atrage atenția asupra unor aspecte critice, permițând judecăți de tipul: „*Dacă ei au probleme, atunci toți vor avea probleme*” sau „*Dacă în aceste circumstanțe nu sunt probleme, atunci nici în alte circumstanțe nu sunt probleme*”.

Eșantionarea în funcție de teorie sau eșantionarea reprezentativă pentru un construct reprezintă alegerea cazurilor care pot reprezenta adecvat o teorie sau un construct.

Eșantionarea în bulgăre de zăpadă sau eșantionarea în lanț se referă la alegerea cazurilor care au fost indicate de persoanele care cunosc cel mai bine o anumită situație. Prin indicarea unor cazuri să fie incluse în eșantion de către cei care au fost deja incluși în eșantion se realizează un lanț al cazurilor. Eșantionul crește ca volum de la o etapă la alta, așa cum crește în volum, prin rostogolire, un bulgăre de zăpadă.

Eșantionarea după criterii predeterminate reprezintă alegerea doar a acelor cazuri care întrunesc anumite criterii predeterminate.

Eșantionarea cazurilor care confirmă sau a cazurilor care infirmă un anumit aspect reprezintă alegerea cazurilor care confirmă o teorie, un model etc., dar și a cazurilor care le infirmă.

Eșantionarea de moment sau eșantionarea oportună se referă la alegerea unor cazuri care sunt întâlnite la un moment dat în cursul cercetării pe teren și care sunt relevante pentru cercetare.

Aceste cazuri sunt incluse în eșantion, pentru că au fost descoperite la un moment oportun pentru a putea fi investigate.

Eșantionarea aleatorie intenționată se referă la selectarea aleatorie a unor cazuri care să confere credibilitate unor observații. Această eșantionare nu permite generalizările statistice, dar înlătură, cel puțin parțial, suspiciunile cu privire la modul de alegere a cazurilor.

Eșantionarea cazurilor importante din punct de vedere politic se referă la alegerea și prezentarea acelor cazuri care ar putea suscita interesul și susținerea decidenților din domeniul politic.

Eșantionarea cazurilor aflate la îndemână se referă la selectarea cazurilor la care accesul se realizează ușor și cu un consum minim de resurse. Este cea mai frecvent folosită strategie de eșantionare calitativă, dar nu este recomandabil să fie utilizată decât în ultimă instanță.

Alegerea unei anumite strategii de eșantionare calitativă nu se face la întâmplare, ci trebuie să se țină cont de obiectivele cercetării calitative respective. Chiar dacă ușurința (aparentă) de realizare a eșantionării calitative și costurile reduse sunt argumente puternice pentru utilizarea unor astfel de strategii de eșantionare, trebuie să se țină cont de faptul că eșantionarea se face în primul rând în funcție de scopul urmărit, și anume – generalizarea statistică sau cunoașterea calitativă, de profunzime a unor aspecte particulare ale realității.

Bibliografie

1. Arber S., *Designing samples*, în volumul Gilbert N. (editor) *Researching Social Life*, London, 1995.
2. Gilbert N. (editor), *Researching Social Life*, London, 1995.
3. Patton M. Q., *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Second Edition. Newbury Park, 1990.
4. Patton M. Q., *How to use Qualitative Methods in Evaluation*, Newbury Park, 1987.

ASOCIAȚIA DE ECONOMIE,
MANAGEMENT ȘI PSIHOLOGIE
ÎN MEDICINĂ DIN MOLDOVA –
MEMBRU INSTITUȚIONAL AL ALASS

Ce reprezintă ALASS?

ALASS (Asociația Latină pentru Analiza Sistemelor de Sănătate) a fost fondată la 27 ianuarie 1989 în orașul Lugano, Elveția.

ALASS este o asociație științifică și profesională având ca obiectiv promovarea și dezvoltarea colaborării dintre cercetătorii din diferite țări de cultură latină în domeniul sistemelor de sănătate.

ALASS este o rețea de savanți (profesori și cercetători) și de practicieni (gestionari, planificatori, politicieni) în domeniul sănătății interesați în a contribui la soluționarea multiplelor probleme ce țin de sistemele de sănătate ale țărilor latine.

De ce ALASS este centrată pe țările latine?

ALASS împărtășește ipoteza că există o cultură latină comună, care se manifestă, inclusiv, prin perceperea calității vieții, comportamentelor în materie de prevenire a bolilor și utilizare a serviciilor de sănătate, fără a ignora particularitățile naționale, regionale și locale.

Aceste caracteristici comune facilitează înțelegerea problemelor particulare ale diferitelor țări și permite de a adapta aceleași soluții la specificul local.

Viziunea ALASS-ului

ALASS-ul vrea să reunească sub același cadru asociativ un grup de profesioniști care, interacționând, vor împărtăși experiența și aptitudinile lor pentru a rezolva problemele sistemelor de sănătate.

ALASS nu limitează domeniile sale de investigație și integrează conceptul politic, dirijarea sistemului, planificarea, finanțarea și gestionarea sistemelor de sănătate, fiind important impactul soluțiilor asupra organizării, gestionării resurselor umane, satisfacției clienților etc.

Valorile ALASS-ului:

- Pluralitatea culturilor,
- Utilizarea tuturor limbilor latine (italiană, franceză, spaniolă, portugheză și română)
- Integrarea disciplinelor și metodelor,
- Toleranța și deschiderea asupra diferitor puncte de vedere,
- Nonsubordonarea la toate sistemele politice, morale și economice,
- Lucrul în echipă și schimbul de experiență,
- Relații profesionale și sociale între membrii Asociației care creează legături amiabile durabile.

Activități:

- Anual, ALASS organizează un congres cu o durată de trei zile – CALASS, consacrat prezentării rezultatelor proiectelor și realizărilor concrete.

- ALASS organizează Ateliere de lucru pe teme specifice,
- ALASS promovează o Universitate de Vară în Administrarea și Gestionarea sistemelor de sănătate: UNDEAS.

Comitetul ALASS-ului este compus din maximum 25 de persoane-membri activi.

Asociația cuprinde peste 400 de membri individuali. În același timp, ALASS-ul include 35 de membri instituționali din 10 țări ale lumii.

Unul dintre evenimentele importante în activitatea ALASS pentru anul 2008 a fost aderarea a doi membri instituționali noi, printre care și Asociația de Economie, Management și Psihologie în Medicină din R. Moldova.

Asociația noastră este prima instituție din țară acceptată în familia ALASS-ului. Oficializarea acestui eveniment a avut loc în cadrul Congresului XIX al ALASS din Bruxelles, Belgia, la 12 septembrie 2008. Președintele Asociației de Economie, Management și Psihologie în Medicină din Moldova, dl Profesor Constantin Ețco, a prezentat o scurtă alocuțiune în fața participanților la congres și a înmănat Președintelui ALASS, dnei Ana Maria Malik, scrisoarea oficială și fanionul cu simbolică AEMPM.

Delegația Moldovei la acest congres a fost reprezentată de Constantin Ețco, Valeriu Oglindă, Dumitru Șișcanu, Gheorghe Țurcanu și Tamara Țurcanu. În cadrul sesiunilor congresului ALASS din Bruxelles reprezentanții noștri au făcut două prezentări: *La problématique médico-sociale en périnatalogie: l'abandon infantile* (C. Ețco, D. Șișcanu) și *Le management des enfants avec affections respiratoires acutes évalue à la base des infections herpétiques* (T. Țurcanu).

Aderarea la ALASS este o mândrie pentru membrii AEMPM din Moldova, care vor promova valorile acestei organizații internaționale printre managerii și specialiștii-practicieni din instituțiile medicale din Republica Moldova. În acest context, unul dintre obiectivele Asociației de Economie, Management și Psihologie în Medicină din Moldova poate fi depunerea eforturilor și căutarea posibilităților pentru organizarea în următorii ani a unui congres al ALASS la Chișinău, fapt acceptat de către conducerea acestei organizații prestigioase.

În mod evident, Asociația noastră este deschisă pentru toți specialiștii în domeniu din Republica Moldova, interesați în colaborarea cu ALASS, oferind informația necesară și asistență în participarea la congrese și atelierele de lucru organizate, care sunt oportunități reale pentru un schimb de experiență cu colegii din alte țări, stabilire a unor relații interpersonale de perspectivă, precum și de instituire a unor parteneriate de colaborare între instituții.

Constantin Ețco, președinte AEMPM

ZINAIDA ANESTIADI –
CUNOSCUȚ ENDOCRINOLOG

Omagiu la 70 de ani



Te-ai născut în '38, chiar în prima zi de toamnă,
Atunci când în Moldova se-ncepe culesul la poamă.
Barza albă te-a adus în satul Sărătenii-Vechi,
Într-o familie de buni gospodari și oameni înțelepți.
În frageda copilărie multe greutăți ai înfruntat:
Când aveai un an și jumătate, tatăl în Siberia
fu deportat,
Apoi au urmat ani de război, secetă, foame și alte rele,
Care pe mămica Irina și 4 copii i-a slăbit mult de putere.

Însă mămica voastră scumpă s-a-nbărbătat, s-a-ncurajat,
Depunând mari eforturi, v-a crescut și v-a educat.
Ulterior pe toți la studii superioare v-a îndrumat,
Pe care voi cu succese formidabile le-ați finisat.

Școala primară din satul natal cu note bune
ai terminat,

După care școala din Orhei cu sârguință ai urmat
Și studiile medii cu mențiune le-ai finisat,
Apoi actele la Facultatea de Medicină Generală,
le-ai înaintat.

Concursul de șase candidați pe un loc cu brio l-ai luat
Și la facultatea numită a USMF din Chișinău te-au înregistrat,
Unde chiar din primele zile de studii te-am întâlnit, te-am admirat,
Deoarece într-o grupă pe ambii ne-au repartizat

Erai o domnișoară brunetă, firavă și frumoasă,
Fiind un pic retrasă și cam rușinoasă.

Pe parcursul anului întâi te-am cunoscut mai detaliat
Și de dumneata nițel m-am amorizat!

Însă în vacanța de vară eu în Kazahstan la țelină am plecat,
Iar dumneata cu-n flăcău din sat te-ai măritat
Și cu aceasta sentimentele și intențiile mele s-au spulberat !

În studiile medicale numai note foarte bune ai acumulat
Și Facultatea *Medicină Generală* cu mențiune ai finisat.

În 1961-1964 ca medic-ordinator endocrinolog în SCR
ai activat,

Iar ulterior în același spital secția *Endocrinologie*
ai fondat-o,

Pe care, în 1964-1977, cu înțelepciune ai dirijat-o.

De rând cu dirijarea secției *Endocrinologie* la un nivel înalt,
Măria ta și de activitatea științifică te-ai ocupat,
Care în 1969 cu susținerea tezei de doctorat s-a-ncununat
La tema *Tratamentul gușei difuze toxice cu iod radioactivat*.

Din 1977 până azi, în postul de șefă a Catedrei *Endocrinologie*
activezi,
Pe care cu eforturi proprii ai izbutit s-o fondezi,
Fiind pe baza secției *Endocrinologie* a SCR amplasată,
Unde lucrezi după absolvirea ISM viața toată.
În 1981 erai prima doamnă din Basarabia care, a susținut în endocrinologie
teza de doctor habilitat,
Gradul științific respectiv fiind în 1982 la Moscova confirmat.
De menționat că doamna Zinaida Anestiadi îmbină reușit activitatea științifică,
didactică și organizatorică
Cu activitatea multilaterală și publică rodnică.
Mai mulți ani în postul de endocrinolog principal al MS activează,
Astfel probleme stringente în Endocrinologie la nivel republican
soluționează,
Elaborând și realizând programe naționale menite
În combaterea diabetului zaharat și a gușei endemice să ajute.
Este președintele consiliului Științific în *Medicină internă* specializat
Pentru susținerea tezelor de doctor și de doctor habilitat.
Mai este președintele Societății științifico-practice republicane
a endocrinologilor
Și membru al Asociației internaționale a endocrinologilor și diabetologilor.
În calitate de membru al Academiei din New-York mai activează,
Unde diverse probleme în endocrinologie la nivel internațional
soluționează.
A publicat 150 de lucrări științifico-didactice,
Inclusiv 2 manuale, 7 invenții și recomandări metodice.
Cu 17 teze de doctor și doctor habilitat a dirijat,
Pe care Comisia Superioară de Atestare le-a confirmat.
Pentru eforturile depuse și meritele sale
A fost menționată cu diplome, insigne și o medalie.
De asemenea, i s-a mai conferit
Titlul onorific de *Om Emerit*,
Să sperăm că meritele dumneaei pe viitor vor fi și mai apreciate
Și bunul Dumnezeu v-a face mai mare dreptate.
Dragă Doamnă, vă felicităm cordial cu acest frumos jubileu,
Dorindu-vă mari succese și o trainică sănătate mereu
Discipolii să vă stimeze, să vă iubească,
Iar cea mai strălucitoare Stea în endocrinologie să se bucure,
să tot lucească !

1.09.2008

Cu profund respect, prietenul și colegul de studii,
profesorul universitar la Catedra *Boli infecțioase,*
tropicale și parazitologie medicală, Om Emerit
Constantin Andriuță

DOCTORUL HABILITAT ÎN MEDICINĂ,
PROFESORUL UNIVERSITAR
MIRCEA REVENCO

Omagiu la 70 de ani



La 17 noiembrie 1938, la sfârșit de toamnă,
Atunci când fierbe tulpurelul în crămă,
În satul Cureșnița barza albă a adus un odoraș –
Scumpul mamei băiețel, Mircelaș!
Frageda copilărie i-a trecut anevoios, în vremuri grele:
Ani de război, secetă, foamete, sărăcie și alte rele!
Dar Mircel la toate greutățile a rezistat
Și din ele, cu ajutorul Domnului, a scăpat!
În 1952 șapte clase în satul natal cu mențiune a finisat
Și tatăl, învățător, la școala medie № 1 din Soroca l-a-ndrumat,
Unde mai multe greutăți a întâmpinat,
Dar a depus eforturi și 10 clase cu note bune le-a terminat
Fiindcă o reușită excelentă la disciplinele biologice avea,
Părinții și pedagogii l-au sfătuit medicina de a îmbrățișa,
Mircea cu bucurie și înțelepciune i-a ascultat
Și actele la Institutul de Stat de Medicină le-a înaintat.
Concursul de șase candidați pe un loc spectaculos l-a luat,
Fiind la Facultatea *Medicină Generală* înmatriculat.
Chiar de la examenele de admitere am cunoscut acest chipeș băiat,
Care avea un păr castaniu, puțin cârlionțat și foarte bogat
Pe parcursul studiilor, în cămin și în clubul Institutului
I-am cunoscut mai detaliat,
Apoi pe neobservate studiile le-am finisat.
După absolvirea ISM domnul doctor Revenco la lucru s-a angajat
În spitalul de circumscripție din Coșnița-Mare, raionul Iampol,
unde un an a activat.
Ulterior în calitate de psihiatru la spitalul din Florești s-a aranjat,
Iar în 1963 actele în secundariatul clinic la Catedra *Psihiatrie* le-a
înaintat,
Unde doar un singur an a studiat, deoarece la doctorantură
În Institutul de Cercetări Științifice în Psihiatrie din Moscova
a fost îndrumat.
Acolo examenele de admitere cu brio le-a luat
Și în domeniul psihiatriei judiciare cercetări științifice
a efectuat,
Care la sfârșitul doctoranturii s-au finisat
Cu susținerea spectaculoasă a tezei de doctorat.
După doctorantură imediat Catedra *Psihiatrie*
Ca asistent universitar a fost angajat.
Peste 3 ani l-a Catedra *Psihiatrie și Narcologie* conferențiar
a fost avansat
Și lucrul aici un timp îndelungat l-a gestionat.
Întorcându-se la Chișinău, în cămin a fost repartizat,
Unde împreună cu familiile la același etaj am trăit un timp
îndelungat,
Devenind cei mai buni prieteni, amici cu adevărat,
Păstrând această relație cu sfințenie în anii ce s-au perindat

În 1980-2007, ca specialist principal netitular în psihoterapie al MS a activat,
Rezolvând diverse probleme la nivelul RM ca stat.
Din 1995, la postul de profesor la Catedra *Psihiatrie, Narcologie și Psihologie medicală* a fost avansat,
Însă titlul de *profesor universitar* tocmai în 1998 i-a fost confirmat,
După susținerea în 1997 a tezei de doctor habilitat.

Din 1997 a devenit șeful Catedrei *Psihiatrie și Narcologie*
la FPM prin concurs anunțat,
Ocupându-se cu perfecționarea medicilor-psihiatri și narcologi
la un nivel înalt.

În 1984-2006, în calitate de membru al Comisiei Republicane de Atestare
a medicilor psihiatri și narcologi a activat,
Iar din 2006 – președinte al acestei comisii a fost nominalizat.

În anii 2004-2008 cu Societatea psihoterapeuților din RM a dirijat,
Iar în 2006 – în fruntea Societății psihiatrilor și narcologilor din RM a fost votat.

Din 2000, în calitate de membru al Consiliului de Experți al MS activează,
În care diverse probleme de psihiatrie și narcologie soluționează.

În 1998-2007, în funcție de membru al Consiliului Științific al USMF a activat,
Iar în anii 1997-1998 – ca membru al Senatului și al Consiliului Științific
al FPM din USMF a fost selectat.

Tot din aceiași ani ca președinte al Comisiei metodice de profil și membru al
Consiliului Metodic Central activează,

În care probleme de profil la nivel de facultate și universitate soluționează.

Pe scara ierarhică a avansat treptat –

De la secundariat clinic, doctorand, asistent, doctor în medicină, conferențiar

Până la doctor habilitat, șef catedră, profesor universitar,

Muncind cu mare abnegație și foarte mult har!

A publicat circa 200 de lucrări științifico-metodice,
Inclusiv 4 monografii, 2 manuale și 8 recomandări metodice.

Tezele a 6 doctori și doctori habilitați în medicină au avut a sa dirijare,

Încă 4 teze conduse de Domnia Sa se află în curs de cercetare.

Pentru eforturile depuse și meritele sale,

A fost menționat numai cu diplome, insigne și o medalie.

Credem că foarte puțin ți s-a acordat, draguță frate,

Pentru prodigioasa și îndelungata ta activitate!

Să sperăm că meritele tale pe viitor vor fi mai apreciate

Și bunul Dumnezeu îți v-a face mai multă dreptate!

Dragă Mircel, să-ți dea Domnul multă sănătate,

Iar șefilor tăi – iertare de păcate!

Încă o dată îți dorim sănătate un car

Și-n actualul centenar!

La mulți ani, dragă bădie,

Fii mereu cea mai luminoasă Stea în Psihiatrie!

17.11.2008

Cu profund respect, prietenul și colegul de studii, profesorul
universitar la Catedra *Boli infecțioase, tropicale și parazitologie*
medicală, Om Emerit
Constantin Andriuță

ION HĂBĂȘESCU –
EXCELENT PROFESIONIST,
CONFERENȚIAR UNIVERSITAR, IGIENIST

Omajiu la 70 de ani



Activitatea de mai mulți ani a lui Ion Hăbășescu, conferențiar al Catedrei Igienă a USMF *Nicolae Testemițanu*, s-a soldat cu excepționale rezultate didactice și științifice. Domnul doctor în medicină, conferențiar universitar Ion Hăbășescu, puternică personalitate care a depus forțe deosebite în dezvoltarea igienei, pentru a răspunde cerințelor vremii, merită întreaga noastră elogiare.

Descendent al unei familii de țărani, Ion Hăbășescu s-a născut în comuna Strâmba, jud. Bălți, la 25 noiembrie 1938, rotunjind în anul 2008 onorabila vârstă de 70 de ani. După absolvirea școlii medii din satul natal, în 1955 este înmatriculat la Facultatea *Fizică și Matematică* (fără frecvență) a Institutului Pedagogic de Stat *Aleco Russo* din Bălți. Însă avea o mare dorința de a deveni medic și, în 1957, devine student al Institutului de Stat de Medicină din or. Chișinău.

După absolvirea Facultății *Medicină Generală* în anul 1963, dl Ion Hăbășescu este înmatriculat în aspirantură la Catedra *Igienă Generală*, îmbinând cercetările științifice cu activitatea didactică, fiind apoi angajat în funcție de asistent universitar la aceeași catedră. În anul 1966 susține teza de doctor în medică, din 1967 este lector superior, iar din 1969 – conferențiar universitar.

În anul 1967 inițiază cursul *Igiena copiilor și adolescenților* pentru Facultatea *Igienă și Sanitarie* (ulterior – *Medicină Preventivă*), de care este responsabil și pe care îl citește și actualmente. A publicat peste 100 de lucrări științifice originale, extrem de valoroase pentru protecția sănătății copiilor. Este autor al manualului *Igiena copiilor și adolescenților* (1999). Actualmente lucrează mult asupra elaborării compendiului *Igiena copiilor și adolescenților*.

Pe parcursul anilor 1970-1976, dl Ion Hăbășescu este președintele organizației sindicale a colaboratorilor Facultății *Igienă și Sanitarie*, între 1976 și 1999 – membru al consiliului facultății, în 1985-1986 – organizator al primelor moduli de perfecționare a medicilor-igieniști în igiena copiilor și adolescenților, în 1989-1990 – organizator al modului de educație pentru sănătate.

Pe parcursul anilor 1966-1973 este medic-șef al Ștabului detașamentelor studențești din Moldova și aduce un mare aport în pregătirea studenților pentru munca de vară în detașamentele studențești pentru construcție și agricultură, precum și în supravegherea medicală, inclusiv cea igienică, a acestora.

Mai mulți ani a fost campionul universității la șah, participând la multiple competiții și obținând succese impresionante.

Pentru activitatea sa prodigioasă, dl I. Hăbășescu a fost decorat cu medalia *Valorificarea pământurilor înțelinate ale Kazahstanului* (1957), insigna *Eminent al Ocrotirii Sănătății* (1967), medalia *Pentru vitejie în muncă* (1971), medalia *Veteran al Muncii* (1988).

Fiind dedicat Almei Mater, n-a lipsit din aulele USMF *Nicolae Testemițanu* nici o zi după pensionarea sa: citește un curs la Catedra *Igienă*, efectuează elaborări metodice, planuri de studii etc.

Dl Ion Hăbășescu s-a bucurat în permanență de stima colegilor de serviciu, a studenților, medicilor-practicieni. Apreciind aportul considerabil al Domniei Sale în dezvoltarea științei igienice, în instruirea medicilor, fructuoasa activitate și dragostea față de oameni, verticalitatea și patriotismul, colectivul Catedrei *Igienă* îi aduce cele mai sincere mulțumiri pentru valoroasele rezultate ale activității sale. Cu prilejul acestui jubileu, adresăm dascălului și colegului nostru urări de multă sănătate și succese remarcabile.

Șeful Catedrei *Igienă* a USMF *Nicolae Testemițanu*, dr. hab. șt. med., profesor universitar
Grigore Friptuleac

SERGIU MATCOVSCHI –
PEDAGOGUL CU DĂRUIRE DE SINE

Omagiu la 70 de ani



„A scrie istorie este o obligație pentru omenire,
a o adăugi cu ce ai aflat e o obligațiune pentru fiecare...”
Nicolae Iorga.

Activitatea profesională rezultativă necesită o permanentă instruire, obligație și dăruire de sine. Aceste calități contribuie la formarea unui specialist de forță în domeniul respectiv. Un asemenea exemplu este domnul Sergiu Matcovschi, doctor în medicină, conferențiar universitar la Catedra *Radiologie și Imagistică Medicală* a USMF Nicolae Testemițanu.

S-a născut la 4 februarie 1939 într-o familie de lucrători silvici din satul Hlijeni, raionul Rezina, unde a absolvit școala medie incompletă în 1953, iar peste 3 ani – 10 clase în școala din Șoldănești. În 1958 a absolvit școala medicală din Orhei, activând inițial ca felcer în satul Miguleni, apoi în ambulatoriul medical din Șoldănești și în Spitalul de Psihiatrie din Curchi, Orhei.

Captivat de problemele medicinei și având o dorință profundă de a-și servi poporul, în 1961 a devenit student la Facultatea *Medicină Generală* a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău, pe care l-a absolvit în 1967, urmând apoi aspirantura pe parcursul a 3 ani. Ulterior a fost angajat în calitate de asistent al Catedrei *Radiologie* a institutului.

În 1972 susține teza de doctor în medicină, fiind numit în funcția de șef interimar al catedrei menționate. În 1991 devine conferențiar universitar la această catedră.

E căsătorit. Are 2 copii: fiica Lolita și feciorul Sergiu. Nepoțelul Dumitraș din partea feciorului, născut în 2001, este mândria bunicului Sergiu.

Aportul dlui S. Matcovschi în știința medicală autohtonă este remarcabil. În aspirantură a studiat repercusiunile intoxicațiilor cu pesticide asupra lucrătorilor din mediul rural, temă analizată în lucrarea *Rolul metodelor imagistice în diagnosticul modificărilor sistemului hepatobiliar la bolnavii cu intoxicație cronică cu pesticide*. Are publicate 108 lucrări științifice, este coautor la manualul *Radiodiagnosticul și Radioterapia* pentru studenții Universității de Medicină și la ghidul *Radiodiagnosticul clinic al colagenozelor și artropatiilor seronegative* pentru studenții, rezidenții și medicii-practicieni din domeniu.

În anul 2004 a îndrumat în doctorantură și a fost conducător științific al medicului palestinian Naserallah S. N. Alla la tema *Rolul metodelor radioimagistice în studierea aparatului osteoarticular și sistemului respirator la bolnavii cu artrită reumatoidă și lupus eritematos sistemic*.

Fiind responsabil și perseverent, și-a perfecționat în permanență nivelul de cunoștințe în pedagogia medicală în instituțiile de învățământ superior din Republica Moldova, România și Rusia.

Domnul S. Matcovschi a fost și rămâne adeptul mottoului: "*Educația prin muncă a tinerei generații*", realizând în timpul studenției gărzi nocturne și lucrând în zilele de odihnă în spitalele din Chișinău, iar concediile de vară din anii aspiranturii și în primii ani de activitate le-a petrecut în

calitate de medic-șef în statul major zonal la construcția obiectelor de importanță vitală din Siberia de Vest și Altai (Rusia).

Având un suflet mereu tânăr, dl S. Matcovschi a fost membru activ al echipei TVC a Institutului de Medicină din Chișinău și până în prezent rămâne alături de această echipă.

S. Matcovschi ne impresionează și astăzi cu imensa sa capacitate de muncă, cu dorința de a-și împărtăși vasta sa experiență de viață și pedagogică generațiilor noi de medici.

Măria Sa este un pedagog cu o pregătire profesională excelentă, realizează prelegeri la cel mai înalt nivel, fiind exigent și imparțial, având o reputație bine-meritată printre studenții și colegii săi.

Membrii Societății Științifice Republicane a Medicilor Imagiști Radiologi îl felicită călduros cu frumoasa vârstă de 70 de ani, dorindu-i multă sănătate, fericire și succese remarcabile pe tărâmul pedagogiei.

La mulți ani!

Soarta leahului

Măreață e Doamna cu numele Soartă,
Cea care de grijă în viață ne poartă,
Tot ea într-o zi te aduce să vezi
Cum cei șaptezeci de ani îți serbezi.

Așa-i și cu domnul Matcovschi recent,
Cel ce demult printre noi e prezent,
Colegul de breaslă, un om liniștit,
La vorbe și fapte mereu cântărit.

Din leși se porniră Matcovschi spre noi,
Dar nu din cei răi ce doriră război,
Cei care în Codrii Cosminului fură
De Ștefan bătuți și pe el prinse ură.

Strămoșu-i fu ksendz când la noi poposi,
Pe plaiul lui Ștefan de care-avu dor
Cu gândul la pace, frăție veni,
Pe viață rămas integrat în popor.

De-aici și dom' Sergiu apare-n târziu,
Când tatăl și mama aduse un fiu
În satul natal, ce îi zice Hlijeni,
Cuminte, retras, ca ai săi pământeni.

Acasă crescú în primul șeptar
Cu mama și tata, ce fu pădurar,
Iar școală făcu cu sârg învățând
În satul natal, Șoldăneștii urmând.

Văzându-se mare și zdravăn holtei,
De felcer să-nvețe s-a dus la Orhei,
Iar când lucrător medical deveni,
În ai săi Șoldănești să lucreze veni.

Dar pofta cum vine frecvent la mâncare,
Dori să devină un medic mai mare,
Lucrând pe la Curchi, se visa el mereu
La școala de doctori din Chișinău.

Cum anii se scurg într-o goană nebună,
Veni și-acea zi pentru dânsul mai bună.
Un medic deștept și isteț se făcu,
Cu visu-implinit tot atunci se văzu.

Cât timp a-nvățat, își dădea străduința
Să îmbrățișeze în viață știința,
De aceea, după aspiratură susține
Și teza de doctor în medicină.

Permanent de atunci e un dascăl abil,
Pe studenți îi ajută cu sfatul util,
Și așa cum succesul depinde de Soartă,
Până astăzi catedra pe brațe îl poartă.

Trăit-a în pace, copii-și crescú
Cu soața o viață frumoasă avu.
Precum îl vedeți, azi de viață e plin,
Dorind să lucreze în anii ce vin.

De-aceea, noi astăzi cu toții dorim
Cu car sănătate să îi oferim.

El, domnul Matcovschi, trăiască o mie
De ani pentru sine, mai mulți – pentru glie.

4 februarie 2009

Cu deosebit respect, colegul, președintele
Societății Științifice Republicane a Medicilor Imagiști
și Radiologi din RM, doctorul habilitat în medicină,
conferențiarul universitar **Andrei Roșca**