

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHLOGIE ÎN MEDICINĂ

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT
ÎN MEDICINĂ

revistă științifico-practică

fondată în anul 2003

2(24)/2008

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

**Ion Bahnarel, Ion Mereuță,
Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu**

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Editorial council

<i>Ion Ababii</i>	<i>Constantin Iavorschi</i>	<i>Vasile Procopișin</i>
<i>Constantin Andriuța</i>	<i>Vladimir Kucerenko (Moscova)</i>	<i>Andrei Roșca</i>
<i>Gheorghe Baci</i>	<i>Iuri Lisițan (Moscova)</i>	<i>Gheorghe Russu</i>
<i>Grigore Belostecinic</i>	<i>Boris Melnic</i>	<i>Victor Savin</i>
<i>Grigore Chetrari</i>	<i>Ion Motângă (Moscova)</i>	<i>Aurel Saulea</i>
<i>Dan Enăchescu (București)</i>	<i>Oleg Lozan</i>	<i>Dumitru Sofroni</i>
<i>Ludmila Ețco</i>	<i>Benoit Nautre (Franța)</i>	<i>Silviu Sofronie</i>
<i>Grigore Friptuleac</i>	<i>Nicolai Opopol</i>	<i>Constantin Spânu</i>
<i>Gheorghe Ghidirim</i>	<i>Gheorghe Ostrofeț</i>	<i>Victor Stasiuc</i>
<i>Victor Ghicavâi</i>	<i>Gheorghe Paladii</i>	<i>Boris Topor</i>
<i>Boris Golovin</i>	<i>Valeriu Pantea</i>	<i>Teodor Tulcinschi (Israel)</i>
<i>Eva Gudumac</i>	<i>Ștefan Plugaru</i>	<i>Georghe Țăbârnă</i>
<i>Vladimir Hotineanu</i>	<i>Mihai Popovici</i>	<i>Teodor Țârdea</i>
	<i>Viorel Prisăcaru</i>	<i>Bregitha Vlaicu (Timișoara)</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 – *Alexandrina Zubcu*
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: c.etc@public-health.md

CUPRINS

SĂNĂTATE PUBLICĂ

ALA NEMERENCO; DUMITRU TINTIUC
Evaluarea calității serviciilor de asistență medicală primară 4

MIHAIL GANEA; CONSTANTIN EȚCO; STANISLAV GROPPA
Aspecte neurologice și medico-sociale la invalizii
cu insuficiență vasculară cerebrală posttraumatică 9

NINA IZIUMOV
Aprecierea dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă
premieră și a recruților (15–18 ani) 15

JANA CHIHAI; LARISA BODERSCOVA; LARISA SPINEI
Aspecte istorice de dezvoltare a serviciilor comunitare
de sănătate mintală în Europa de Vest 19

ГЕОРГЕ КРАЧУН
Анализ общественного здоровья населения
на основе классификации множества данных 26

STUDII CLINICO - ȘTIINȚIFICE

MIHAIL GANEA; CONSTANTIN EȚCO; VIOREL GRIGOR
Managementul etapizat al recuperării în ictusul
cerebral sever 32

ANGELA SAVIN-GROȘU
Studiul comparativ al acțiunii antifungice a unor preparate
autohtone de origine vegetală și algală 37

IGIENĂ ȘI EPIDEMIOLOGIE

LUDMILA EȚCO; SERGHEI MARIN; LUDMILA RAILEAN;
LUDMILA ANTON; ALLA MARIN
Bazele supravegherii rezistenței la antibiotice
a microorganismelor și organizarea sistemului
conceptual de utilizare a preparatelor antibacteriene 41

PETRU IAROVOI
Combaterea brucelozei în Republica Moldova 46

REVISTA LITERATURII

ИОН ЦЫБЫРНЭ; ВАСИЛИЙ АНДРЕЕВ
К истории развития (этиология, патогенез) язвенной
болезни желудка и двенадцатиперстной кишки 49

DREPTUL MEDICAL

CONSTANTIN EȚCO; VITALIE MIDRIGAN
Specificul activității medicale. Clasificarea erorilor
comise de către lucrătorii medicali 55

INFORMAȚII

Ordinul Ministerului Sănătății nr. 439 din 29 noiembrie 2007
Cu privire la aprobarea orarului evaluării și acreditării
instituțiilor medico-sanitare publice, centrelor de medicină
preventivă, întreprinderilor medico-sanitare private și
farmaceutice în anul 2008 60

JUBILEE

Șeful Catedrei Igienă generală Gheorghe Ostrofeț
la 70 de ani 72

CONTENTS

PUBLIC HEALTH

ALA NEMERENCO; DUMITRU TINTIUC
Quality evaluation of primary health care services 4

MIHAIL GANEA; CONSTANTIN EȚCO; STANISLAV GROPPA
Neurological medico-social aspect of invalids
with posttraumatic cerebro-vascular insufficiency 9

NINA IZIUMOV
The appreciation of physical development of teenagers
of pre military ages and recruits (15–18 years) 15

JANA CHIHAI; LARISA BODERSCOVA; LARISA SPINEI
Historical development aspects in community mental
health services in Western Europe 19

ГЕОРГЕ КРАЧУН
The analysis of public health of the population
on the basis of splitting set of the data into classes 26

CLINICAL RESEARCH STUDIES

MIHAIL GANEA; CONSTANTIN EȚCO; VIOREL GRIGOR
Stepped management of rehabilitation after severe
cerebral stroke 32

ANGELA SAVIN - GROȘU
The comparative study of antifungal action of a few original
property medicines with vegetal and algal nature 37

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

LUDMILA EȚCO; SERGHEI MARIN; LUDMILA RAILEAN;
LUDMILA ANTON; ALLA MARIN
Basis of supervision over antibiotic resistance
of microorganisms and organization of a systemic
approach to using antibacterial chemicals 41

PETRU IAROVOI
Liquidation of brucellosis in the Republic of Moldova 46

REVIEW OF LITERATURE

ИОН ЦЫБЫРНЭ; ВАСИЛИЙ АНДРЕЕВ
To the history of etiology and the patogeny of ulcerous
disease of stomach and duodenum 49

MEDICAL LAW

CONSTANTIN EȚCO; VITALIE MIDRIGAN
The specific of medical activity. The classification of errors
committed by medical workers 55

INFORMATIONS

Health Department Disposal nr. 439 from
29 November 2007 60

JUBILEES

The chief of the General Hygiene Department
Gheorghe Ostrofeț at his 70th birthday 72


 EVALUAREA CALITĂȚII SERVICIILOR
DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ

Ala NEMERENCO,
IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală
Primară a USMF Nicolae Testemițanu,
Dumitru TINTIUC, USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Luând în considerație schimbările produse în sistemul național de sănătate publică, prioritizarea asistenței medicale primare, acordarea ei prin intermediul medicului de familie, asigurarea rolului de „gate keeper” sau „portar” al întregului sistem de sănătate în condițiile asigurării obligatorii de asistență medicală, activitățile echipei medicului de familie se cer a fi organizate cât mai eficient, astfel încât să poată asigura o accesibilitate maximă a populației la serviciile medicale de bază și continuitate. În același timp, organizarea corectă a serviciilor este una dintre cele mai sigure căi spre îmbunătățirea calității lor și a satisfacerii pacienților [1, 4].

Satisfacția pacienților este unul dintre indicatorii de bază ai aprecierii calității serviciilor medicale oferite. În fostul sistem sovietic al ocrotirii sănătății nu i s-a acordat atenția și importanța cuvenite. Studiul opiniei pacienților oferă instituției medicale posibilitatea de a se autoevalua, de a monitoriza calitatea serviciilor medicale prestate prin prisma managementului instituției, al așteptărilor pacientului, care este persoana principală și în jurul căreia se construiește activitatea întregului sistem de sănătate [2].

Material și metode

Pentru a analiza opinia pacienților referitor la managementul serviciilor de asistență medicală primară a fost efectuată anchetarea lor. Ancheta s-a desfășurat în două instituții din mun. Chișinău cu etapă avansată a reformei: Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară și Centrul ProSan, AMT Botanica (lotul A) și șapte CMF raionale urbane, în care reforma se află într-o etapă incipientă: Ocnița, Telenești, Șoldănești, Orhei, Ialoveni, Ceadâr-Lunga și Cahul (lotul B). În cadrul studiului s-au realizat în total 611 anchetări.

Rezultate

Pentru a asigura uniformitatea opiniilor, a fost studiată frecvența adresărilor la medic pe parcursul ultimului an și s-a stabilit că ponderea pacienților care s-au adresat medicului o singură dată e cea mai mică – a cincea parte din tot contingentul. Totodată, uniformitatea adresărilor în ambele loturi demonstrează adresabilitatea înaltă și cristalizarea necesităților în servicii medicale primare a populației (figura 1).

Pacienții au fost rugați să-și expună opinia referitor la organizarea serviciilor medicale primare, precum și asupra accesibilității informației despre acordarea acestora. În ambele loturi persoanele care nu au avut o părere alcătuiesc circa 13%. 26,3% din pacienții lotului B și 4% din lotul A sunt nemulțumiți de organizarea lucrului în instituție. Comparativ cu anii '80 ai secolului trecut, situația în lotul B s-a înrăutățit: în cadrul studiului efectuat în centrele raionale de ilustrat savant, profesorul Nicolae Testemițanu, s-a relatat că 11% din populație au fost nemulțumite de organizarea serviciului de asistență medicală

Summary

Quality evaluation of primary health care services

This study reflects the opinion of patients towards the management of primary health care services and was done for two different cases: in institutions with advanced reforms in primary health care and others with intermediate reforms. The patient's satisfaction is one of the most important indicators of medical service quality. Such type of study offers to the institution the possibility to evaluate itself and to monitor the quality of services through the expectations of patients. As a result, it increases the patients' satisfaction as a consequence of increasing accessibility; decreasing the wait-time; implementing pre-consultation triage; assuring confidentiality; increasing the competences of medical personnel; increasing accessibility to preventive measures; etc.

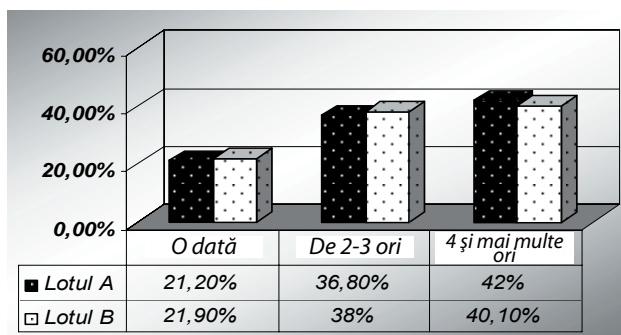


Fig. 1. Adresabilitatea eșantionului pe parcursul unui an

primară din policlinici, dintre care 60% au remarcat capacitatea slabă a policlinicilor raionale de atunci în diagnosticarea maladiilor, 75,8% erau nemulțumite de cozile lungi de așteptare la medici și 37% – de lipsa medicilor [5] (figura 2).

În acest context e necesar de subliniat că plasarea informației vizuale asigură posibilitatea de informare a pacienților despre toate activitățile instituției și modalitatea de organizare a serviciilor medicale. Informația vizuală face parte, de asemenea, din subiectul comunicării medic – pacient, și anume din limbajul spațiului. Rezultatele anchetării ne permit să facem concluzia că în ultimul timp informația vizuală este afișată în majoritatea instituțiilor și există tendința pacientului de a se informa tot mai mult în comparație cu anii trecuți. Dar în cadrul evaluării s-a constatat că, frecvent, în instituțiile lotului B informația este amplasată în locuri greu accesibile pentru citire, prea sus sau prea jos (figura 2).

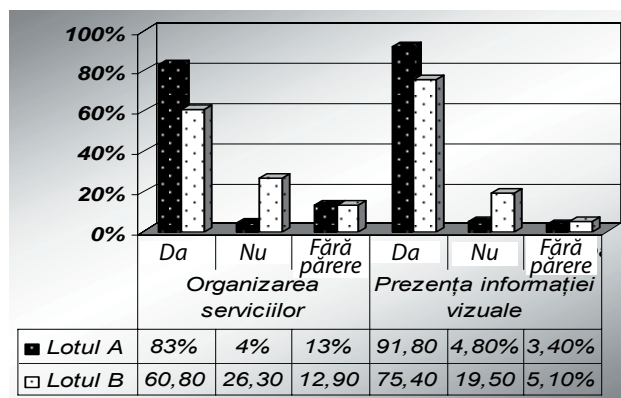


Fig. 2. Organizarea serviciilor primare și informația despre ele

După cum se știe, registratura este punctul de prim contact cu pacientul și, astfel, personalul de la recepție joacă un rol foarte important în organizarea serviciilor prin stabilirea unui contact și unei comunicări reușite cu pacienții, precum și în ghidarea corectă a fluxului de pacienți atât în interiorul instituției, cât și al sistemului. Amabilitatea, competența și rapiditatea luării deciziilor de către personalul de la recepție oferă instituției o bună imagine. Prin ur-

mare, instruirea personalului registraturii în tehnici de comunicare, în cunoașterea tehnologiilor informaționale, menținerea stabilă a unui management reușit de programare a pacienților, de selectare a necesităților populației în servicii medicale, de selectare și înregistrare a vizitelor la domiciliul pacienților, de oferire a informațiilor depline și corecte etc. sunt metode reușite de optimizare a managementului serviciilor primare. Un personal atent față de problema pacientului, care știe să dezvolte un contact vizual, să asculte cu empatie, poate asigura o imagine foarte bună instituției, însă acest capitol rămâne în umbra reformelor promovate în multe instituții. Răspunsurile pacienților demonstrează că la nivelul instituțiilor lotului B există rezerve în organizarea unui serviciu modern de recepție cu aptitudini înalte de comunicare.

Implementarea reformelor în domeniu, și anume schimbările organizaționale înregistrate, instruirea personalului medical, demararea unui șir de proiecte internaționale etc. au pus accent pe schimbarea comportamentului față de pacient și, ca urmare, a crescut satisfacția pacienților. Astfel, în 2007 doar 6,3% din lotul A și 8,8% din lotul B erau nemulțumiți de atitudinea personalului medical, rezultat mai bun decât în studiul efectuat în anul 1977, când 11% din chestionați erau nemulțumiți de atitudinea personalului medical din policlinicile raionale, pe care o considerau „indiferentă” [5] (figura 3).

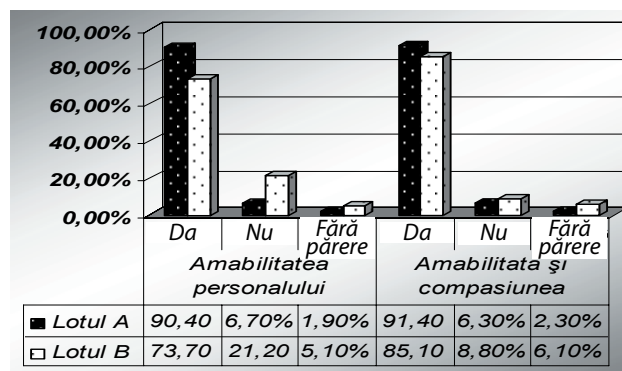


Fig. 3. Atitudinea personalului medical față de pacienți

92,3% din pacienții chestionați din lotul A sunt de acord și susțin implementarea sălii de triaj, deși în sondajele anterioare, petrecute în anii 2004 și 200, doar 65% erau de acord cu aceasta. În lotul B și-ar dori o activitate de triere pre-consultație 78,7%. Pacienții au acceptat avantajele sălii de triaj pe parcursul activității ei și anume: pregătirea pentru consultație, monitorizarea examinărilor profilactice; aplicarea investigațiilor screening etc. Totodată, în lotul B circa 9,6% din pacienți nu au o părere, din cauza că nu cunosc scopul clar al unei săli de triaj (figura 4).

În lotul A 83,4% din pacienții intervievați sunt de acord ca în timpul consultației să nu mai participe o a treia persoană, ci doar medicul de familie, remarcând că această modalitate asigură confidențialitatea consultației și discuției, ce creează o comunicare mai reușită, deoarece pacientul devine mult mai deschis. Totodată, 12,3% din pacienți ar dori ca în timpul consultației să asiste și a treia persoană asistentul medical – și aceste persoane au dreptul la această condiție. Cercetările aprofundate ale acestui grup elucidează ponderea sporită a persoanelor în etate – 78,7%. În același timp, rezultatele înregistrate în lotul B denotă că circa 12,9% din persoane nu au o părere asupra acestei probleme, deoarece nu dispun de informația corespunzătoare, iar alte 30,1% nu doresc confidențialitate, ceea ce nu presupune neapărat dezacordul lor, ci faptul că nu cunosc problema (figura 4).

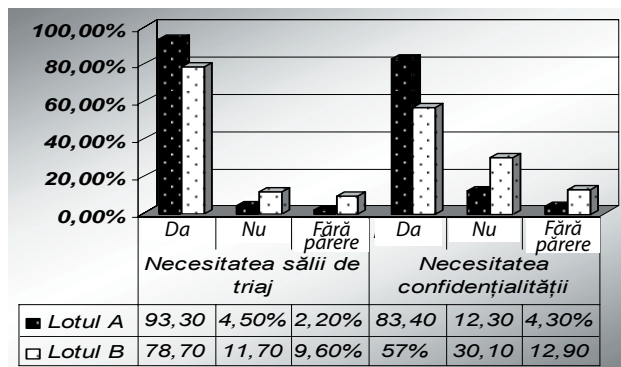


Fig. 4. Necesitatea sălii de triaj și a confidențialității

Circa 90% din pacienții lotului A consideră suficiente 20 de minute acordate pentru o consultație și 9% le apreciază ca insuficiente. În lotul B circa 30% consideră durata consultației insuficientă. Cât privește opinia pacienților referitor la lămuririle oferite de medic în cadrul consultației, în ambele loturi se remarcă o uniformitate a răspunsurilor (figura 5).

Un management corect al consultației, asigurat prin instruirea medicilor de familie, crearea condițiilor de examinare a pacienților, durata suficientă pentru o consultație, reducerea volumului de lucru al medicului prin transferarea lui în seama asistenților medicali etc. îmbunătățesc calitatea consultației, fapt ce se reflectă în aprecierea competențelor medicului de către pacient: 93,7% pacienți satisfăcuți în lotul A față de 79,4% în lotul B (figura 5).

Astăzi pacienții acordă tot mai multă atenție propriei sănătăți și activitățile legate de promovarea sănătății nu le sunt indiferente. Astfel, satisfacția pacienților lotului A (94,6%) vis-à-vis de lotul B (75,4%) este diferită și se explică printr-un șir de activități desfășurate cu persoanele din lotul A: școlile pacienților (școala pacientului cu hipertensiune arterială, cu diabet zaharat, cu astm bronșic; școala

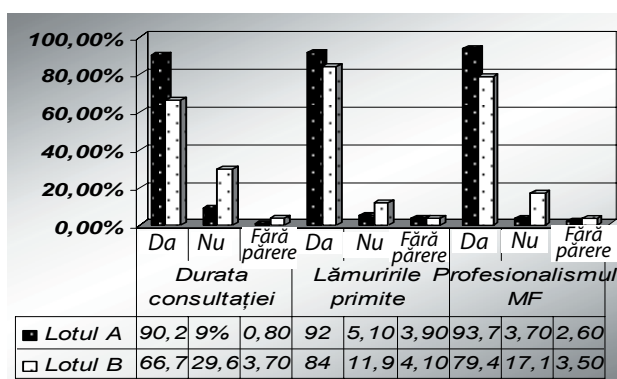


Fig. 5. Durata consultației, lămuririle și profesionalismul MF

tinerei mame, școala femeii în menopauză, școala de abandon a fumatului), activități de screening, monitorizarea examinărilor profilactice, efectuarea la timp a examinărilor de bilanț, în special la copii, atingerea unei cuprinderi înalte cu vaccinări, explicații oferite pacienților pe teme de profilaxie, a modului sănătos de viață și schimbare a comportamentului etc. 22,5% din pacienții lotului B rămân nemulțumiți de atenția acordată problemelor de profilaxie (figura 6).

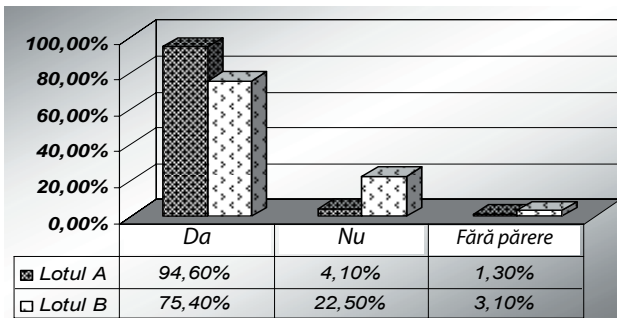


Fig. 6. Opinia referitor la promovarea modului sănătos de viață

Referitor la deprinderile practice pe care le posedă asistenții medicali, satisfacția pacienților din lotul A este mai înaltă și se datorează faptului că asistenții efectuează un spectru larg de manopere (94,5% față de 79,3% în instituțiile lotului B) (figura 7).

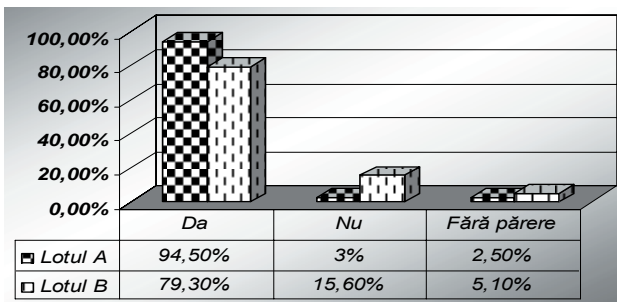


Fig. 7. Opinia referitor la deprinderile practice ale asistenților medicali

În legătură cu faptul că programarea pacienților din lotul A a fost implementată deja de 5 ani, 4

din care prin intermediul unui sistem computerizat, aceștia au avut posibilitatea să estimeze pe parcurs care sunt beneficiile înscrierii la medic; astfel în acest lot procentul susținătorilor programării este destul de mare – 94,6%. În instituțiile lotului B, din cauza că nu este utilizată programarea pacienților, ei se adresează medicului de familie atunci când le convine, astfel creându-se conflicte la ușa cabinetului medical, care influențează negativ atât asupra desfășurării activității medicului, calității serviciilor medicale, cât și asupra satisfacției celorlalți pacienți. Deci, programarea pacienților este o prerogativă obligatorie și esențială a managementului serviciilor de asistență medicală primară.

Conform unui studiu efectuat de Departamentul *Medicină de familie* din Beer Shiva și Universitatea *Ben-Gurion* din Negev, Israel, 31% din toate întreruperile MF în timpul consultației sunt cauzate de intrarea în sala de examinare a pacienților neinvitați și neprogramați [3]. Cu toată experiența acumulată în lotul A pe parcursul a 5 ani, 10,2% din pacienți mai preferă să vină medic fără programare. În lotul B 61,5% preferă „rândul viu” și cauza e că pacienților nu li se oferă o alternativă. Persoanele care se adresează după asistență medicală primară, cu excepția cazurilor de urgență și acute, trebuie programate din timp la medicul de familie, ceea ce induce disciplină, liniște la ușa medicului, oferindu-i acestuia posibilitatea de a face cunoștință din timp cu fișa medicală și istoria bolii pacientului. Lipsa programării în instituțiile lotului B induce refuzul bolnavilor de a se programa, de a accepta regulamentele de activitate a instituției și de a-și schimba comportamentul în unul adecvat condițiilor (figura 8).

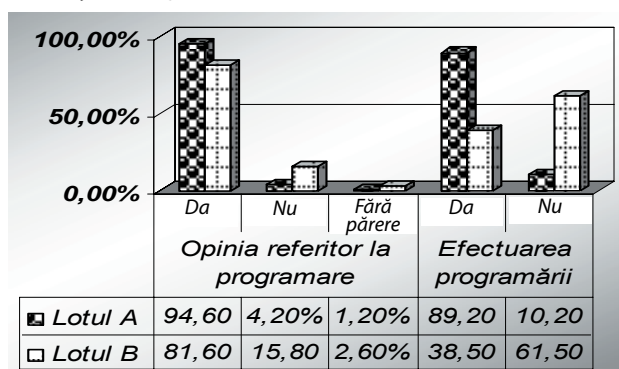


Fig. 8. Programarea pacienților

Durata de așteptare la medic este una dintre problemele care trezește cea mai mare insatisfacție a pacienților. În lotul A 64,4% din pacienți așteaptă până la 15 minute, după care urmează grupul cu durata de așteptare de la 15 la 30 de minute (29%), iar ponderea celor care așteaptă mai mult este de 6,6%: până la 45 minute așteaptă circa 5%, până la o oră – puțin mai mult de un procent și mai mult de o oră – 0,5%. În lotul B ponderea majoră o deține grupul cu timp de așteptare de la 15 la 30 de minute

(42,1%), fiind urmat de cel care așteaptă de la 30 la 45 de minute (28,6%), apoi de cei care așteaptă până la 15 minute (10,0%), fiind aproape echivalent cu grupul care așteaptă până la o oră și mai mult (9% și 9,4%). Toate acestea denotă lipsa programării în instituțiile lotului B, acceptându-se „rândul viu”, care influențează durata de așteptare, creează nervozitatea pacienților și a personalului medical, apariția conflictelor care scad calitatea serviciului și duc la insatisfacția pacienților.

Întrebați cât sunt de satisfăcuți de durata de așteptare la medic, pacienții au dat răspunsuri diferite, care depind de toleranța de așteptare a fiecărui individ. În lotul A este satisfăcut doar grupul persoanelor care așteaptă până la 15 minute (65% din pacienți sunt satisfăcuți și 64,4% pacienți așteaptă până la 15 minute). În lotul B sunt satisfăcuți de durată de așteptare doar 28,6%, din care 10,9% sunt cei care așteaptă până la 15 minute și 17,7% – persoane ce așteaptă mai mult de 15 minute. Aceasta ne vorbește despre o toleranță mai înaltă la așteptare a persoanelor din aceste instituții, precum și despre faptul că în aceste zone pacienții sunt deprinși cu rândurile lungi și nu au de ales. Totalul celor nemulțumiți în lotul B este de 70%, fapt ce ne arată că situația în aceste regiuni nu s-a schimbat cu mult față de anul 1977, când 75,8% din pacienții fostelor policlinici raionale intervievați au remarcat că sunt nemulțumiți de cozile lungi de așteptare la medici (figura 9).

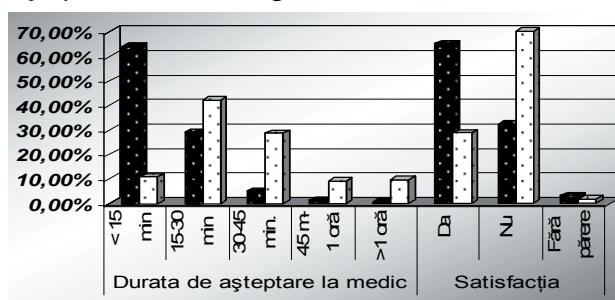


Fig. 9. Durata de așteptare la medic

Întrebarea referitor la alegerea MF a avut ca scop identificarea informației de care dispun pacienții despre dreptul de a-și alege medicul. Majoritatea dintre ei, în pofida diferențelor dintre instituții și reformelor aplicate, acceptă regulile existente în sistem. În lotul A numărul care nu sunt de acord cu modalitatea actuală, ce impune alegerea medicului de familie după criteriile geografice, este mai înalt – 22,5%. Totodată, este mare numărul persoanelor din lotul B care nu au nici o părere, ceea ce denotă faptul că populația nu are cunoștințe despre dreptul și mecanismul de alegere a medicului de familie și acceptă modalitatea existentă de deservire pe principii geografice, așa cum a fost zeci de ani.

Indiferent dacă pacienții sunt sau nu satisfăcuți de multe dintre serviciile medicale primare acordate de instituția și medicul din localitatea în care trăiesc, răspunsul la această întrebare vine să arate că ei sunt

foarte toleranți și preferă medicul la care se află deja la evidență de mai mulți ani. Doar 4% din lotul A și 6,8% din lotul B și-ar dori un medic cu un profesionalism mai înalt. Cu un rezultat egal pentru ambele loturi (circa 7%) pacienții remarcă că unul dintre motivele serioase pentru care și-ar alege un alt medic este lipsa de comunicare cu el. Acest fapt trebuie luat în considerație la alcătuirea curriculumului de studii pentru programele universitar, postuniversitar și de instruire continuă.

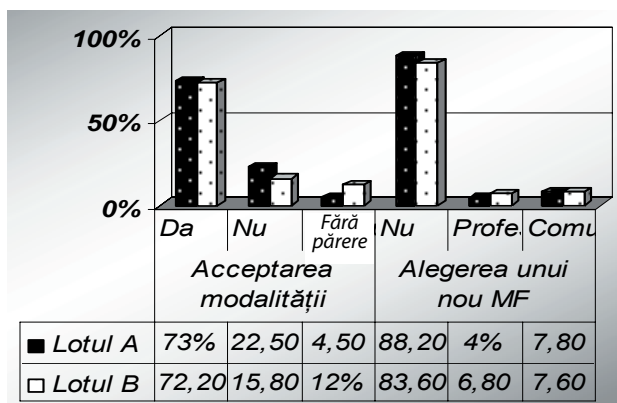


Fig. 10. Alegerea medicului de familie

Calitatea serviciilor trebuie privită prin prisma comparării serviciilor oferite de diferite instituții. Astfel, în răspunsuri găsim atitudinea pacienților față de reformele și schimbările introduse cu care ei, desigur, au interacționat în procesul de consumare a serviciilor medicale primare. 86,5% din lotul A consideră că serviciile MF sunt cele mai bune în comparație cu alte instituții, spre deosebire de lotul B, unde doar 30,4% au această părere. Aproape jumătate din cei intervievați consideră că toate instituțiile lotului B raionale oferă aceleași servicii primare după calitate și 18,9% – că sunt mult mai necalitative decât în alte instituții. 90% din pacienții deserviți în instituțiile din lotul A nu doresc să-și schimbe instituția, ceea ce ne demonstrează satisfacția lor de calitatea serviciilor prestate, spre deosebire de lotul B, în care 31,6% din intervievați și-ar schimba imediat instituția (figura 11).

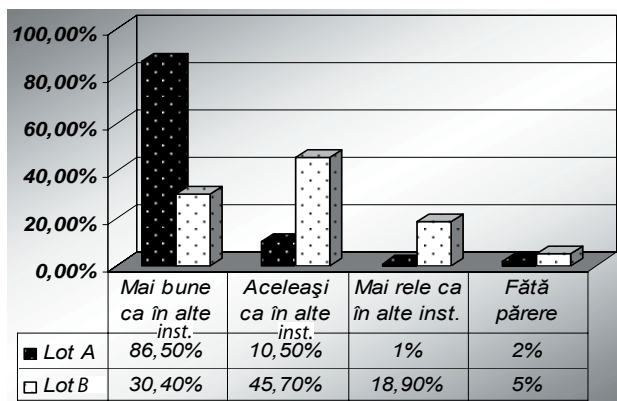


Fig. 11. Opinia pacienților referitor la calitatea serviciilor.

Concluzii

În acest mod, evaluarea opiniei pacienților referitor la nivelul serviciilor medicale primare în condiții de reformă a demonstrat că ei nu sunt indiferenți față de managementul aplicat în medicina de familie și au o atitudine pozitivă față de implementarea formelor noi de management, considerându-le importante în creșterea calității serviciilor. Totodată, studiul opiniei vine să confirme avantajele metodelor implementate în instituțiile cu etapă avansată a reformei, și anume:

1. Lărgirea accesului la medicul de familie în urma majorării timpului total de primire în oficiu și optimizarea duratei consultației.
2. Micșorarea duratei de așteptare la ușa cabinetului medical și evitarea conflictelor în urma programării.
3. Creșterea calității consultației medicului în urma efectuării trierii pacientului la etapa pre-consultație.
4. Creșterea satisfacției pacientului în urma implementării confidențialității vizitei la medic.
5. Creșterea competențelor echipei medicului de familie.
6. Lărgirea accesului la informație.
7. Majorarea accesului la activitățile profilactice prin crearea școlilor pentru pacienți și prin axarea pe activitățile profilactice.
8. Creșterea satisfacției pacientului în baza dezvoltării comunicării reușite dintre personal și pacienți.

Bibliografie

1. Ababii I., Bivol Gr., Curocichin Gh., Nemerenco A., Zarbailov N., *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*, în *Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova, Chișinău, 25-26 octombrie 2006*, p. 3-8.
2. Broemling A., Watson D. et. al., *Measuring the performance of primary health care: existing capacity and future information needs*. University of British Columbia, Centre for Health Services and Policy Research, October 2006, p. 7-37.
3. Peleg R., Froimovici M., Peleg A. et. al., *Interruptions to the Physician-Patient encounter: an intervention program*. Department of Family Medicine, Ben-Gurion University of the Negev and General Health Services Sick Fund, Southern District, Beer Sheva; and Dimona "A" Clinic, General Health services Sick Fund, Dimona, Israel în *IMAJ*, vol. 2, July 2000, p. 520-522.
4. Tintiu D., *Realizările sănătății publice în contextul reformelor sistemului de sănătate*, în *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*, Chișinău, 2005 (2), p. 32-36.
5. Тестемичану Н., Пасечник И., Гутцул В., *Пути сближения уровней амбулаторно-поликлинической помощи городскому и сельскому населению*, Кишинев, 1987.

Prezentat la 24.03.2008

ASPECTE NEUROLOGICE ȘI MEDICO-SOCIALE LA INVALIDII CU INSUFICIENȚĂ VASCULARĂ CEREBRALĂ POSTTRAUMATICĂ

Mihail GANEA, Constantin EȚCO,
Stanislav GROPPA,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Actualitatea temei

Nivelul mortalității populației Republicii Moldova pe medii de proveniență și cauze de deces în anii 2000-2006 la 100.000 populație, cauzate de bolile cerebro-vasculare atât în nivelul rural, cât și cel urban, după cauzele de deces se situează stabil pe locul doi după cardiopatia ischemică, demonstrând tendința de creștere.

Problema necesită o atenție deosebită din partea cercetătorilor, în scopul unor elaborări de diagnostic precoce, tratament și profilaxie a diverselor forme de patologie cerebro-vasculară. O atenție cuvenită se acordă în ultimii ani multiplelor factori de risc care contribuie la apariția și evoluarea patologiei în cauză. Factorilor de risc în patologia vasculară cerebrală – atât celor modificabili și bine documentați, cât și celor nemodificabili – li se acordă rolul decisiv în declanșarea unui ictus cerebral. Elucidarea timpurie a factorilor de risc permite efectuarea măsurilor profilactice necesare.

Analizând sindromologia consecințelor traumatismelor cranio-cerebrale pe parcursul mai multor ani după traumatismele suportate, am depistat o incidență și o prevalență sporite a hipotensiunii arteriale și aterosclerozei cerebrale, care sunt cei mai importanți factori de risc în ictusul cerebral. Influențând apariția și evoluția acestor două patologii, traumatismele cranio-cerebrale pot fi apreciate ele însele drept factori de risc ai insuficienței vasculare cerebrale și ictusului cerebral.

În literatura de specialitate am găsit lucrări importante care ar aprecia la justa valoare rolul traumatismelor cranio-cerebrale în evoluarea insuficienței vasculare cerebrale. Problema este actuală datorită faptului că, fiind apreciat acest factor de risc, ar deveni posibilă efectuarea unor măsuri profilactice pentru stoparea evoluării patologiei.

Concomitent cu afecțiunile directe ale vaselor cerebrale în urma traumatismelor (fistule arterio-venoase, aneurisme, defecte și cicatrice ale vaselor cerebrale, compresiuni ale arterelor și venelor etc.), în perioada tardivă a traumatismelor pacienții manifestă insuficiență vasculară cerebrală – ca distonia vaselor cerebrale, hipertensiunea arterială, atrofia cerebrală, ateroscleroza precoce a vaselor cerebrale, boala cerebro-vasculară, care în scurt timp se soldează cu demență și accidente cerebrale acute. Aceste stări merită un studiu minuțios al mecanismelor patogenetice, al modului de evoluție, al clinicii și posibilităților de profilaxie și tratament. Cele menționate sunt doar unele repere care argumentează actualitatea prezentului studiu.

Materiale și metode de investigare

Începând cu forma inițială a insuficienței vasculare cerebrale, exprimate prin distonia vegetativă la 183 de pacienți, studiul a inclus forme severe de ateroscleroză cerebrală, hipertensiune arterială, combinația lor, diverse forme de accidente vasculare cerebrale (conform tabelor 1 și 2).

Summary

Neurological medico-social aspect of invalids with posttraumatic cerebro-vascular insufficiency

In the article are described the forms of cerebro-vascular dystonia, arterial hypertension, cerebral arteriosclerosis, cerebral stroke occurring during late period of severe cranio-cerebral traumatism. The impact of this forms of pathology over vital capacity of patients is mentioned.

In conclusion we propose modern prophylactic measures for described forms of cerebro-vascular pathology.

Problemele consecințelor tardive ale traumatismelor cranio-cerebrale, inclusiv patogeneza, dispenzarizarea, tratamentul, expertiza, prognosticul nu pot fi rezolvate cu succes fără o examinare și reflectare minuțioasă a modificărilor circulației sangvine cerebrale. Spre deosebire de faza acută a traumatismelor cranio-cerebrale, când debitul sangvin cerebral este alterat de impactul mecanic asupra pereților vaselor sangvine, de edemul cerebral, perioada tardivă este marcată prin insuficiența vasculară cerebrală, cauzată de spasmul și dilatarea vaselor, deteriorarea permeabilității, hipertensiunea arterială, ateroscleroza. Este deja bine cunoscut faptul apariției spasmului vaselor intracraniene care reacționează la traumatism prin contractura musculaturii pereților vasculari. Arterele de calibru mare și mediu – carotidele, arterele cerebrale anterioare, medii, posterioare, sistemul vertebro-bazilar cu o musculatură mai bine dezvoltată – manifestă o vasoconstrucție mai pronunțată, spre deosebire de arterele de calibru mic și arteriole, spasmarea cărora se produce mai slab. În cazurile traumatismelor cranio-cerebrale asociate cu hemoragie subarahnoidiană, vasospasmul este degenerat și poate fi stabilită o corelație între volumul sângelui revărsat și gradul de pronunțare a vasospasmului. Experimental este stabilită fracția spasmogenă care se găsește în trombocite, eliberându-se la distrugerea lor. Deteriorarea posttraumatică a substanței cerebrale provoacă creșterea în lichidul cefalo-rahidian a serotoninei, adrenalinei, noradrenalinei și altor substanțe vasoactive, nivelul cărora de asemenea corelează cu gravitatea traumatismelor cranio-cerebrale, influențând manifestările clinice și prognosticul. Nivelul serotoninei rămâne ridicat și în perioada tardivă a traumatismelor cranio-cerebrale.

Spasmarea posttraumatică a vaselor cerebrale provoacă scăderea debitului sangvin cerebral. Ca urmare apare ischemia de diferit grad, care se poate solda cu focare de infarct cerebral. Deosebit de sensibil reacționează la ischemie structurile diencefalice, care influențează la rândul lor particularitățile clinice și consecințele traumatismului atât în faza acută, cât și în perioada tardivă. Nu poate fi neglijată nici influența vasospasmului asupra structurilor situate în trunchiul cerebral pe parcursul diverselor etape ale evoluției traumatismelor cranio-cerebrale, care se manifestă printr-o labilitate vasomotorie, dereglări neurotrofice, afectarea circulației sangvine în bazinul vertebro-bazilar. Simptomatologia vestibulară înregistrată de noi în peste 90% din cazuri, care împreună cu cefaleea rămân cele mai frecvente manifestări, este rezultatul dereglărilor vasculare la nivelul trunchiului cerebral. Apariția și evoluarea sindromologiei clinice în perioada tardivă a traumatismelor cranio-cerebrale sunt în mare parte manifestările insuficienței cerebrale vasculare, in-

clusiv a instalării timpurii a aterosclerozei cerebrale. Encefalopatia posttraumatică se transformă treptat în encefalopatie discirculatorie, aterosclerotică. Principala cauză a dereglărilor cerebro-vasculare o constituie insuficiența funcțională și epuizarea mecanismelor de reglare a tonusului vascular, mai ales în sistemul simpatico-adrenal, fapt confirmat prin monitorizarea concentrației catecolaminelor în urină și a modificării concentrației lor stabilită prin proba *insulină adrenalină*. La pacienții care au suportat cu 10 ani în urmă traumatisme cranio-cerebrale a fost stabilită cu certitudine prezența unor modificări instrumentale și de laborator a unei simptomatologii clinice tipice atât pentru ateroscleroza cerebrală, cât și pentru cea coronariană. Reieșind din aceste rezultate, propunem tratarea encefalopatiei posttraumatice drept encefalopatie discirculatorie. Ori, luând în considerație simptomatologia clinică, unică pentru ambele nosologii, practic este foarte dificil, dacă nu chiar imposibil, diagnosticul diferențiat în encefalopatia posttraumatică și cea discirculatorie.

Investigarea pacienților cu vârsta până la 30 de ani, care au suportat traumatism cranio-cerebral de la 1 până la 5 ani în urmă, a depistat preponderent dereglări ale circulației venoase, cauzate de creșterea tensiunii intracraniene. La pacienții sub 50 de ani cu traumatisme medii și severe suportate acum 10, 15, 20 și mai mulți ani a fost stabilită o gamă mult mai variată de modificări: scăderea sau creșterea tonusului vascular, asimetriei circulatorii, atenuarea circulației venoase, ateroscleroză obliterantă, scăderea circulației periferice cauzată de depuneri aterosclerotice importante, atenuarea elasticității vaselor periferice.

Astfel, din multitudinea factorilor exogeni și endogeni care determină simptomatologia clinică, evoluția, prognosticul consecințelor tardive ale traumatismelor cranio-cerebrale, diverselor variante de patologie cerebro-vasculară li se poate atribui cel mai important rol.

Au fost analizate datele despre 183 de pacienți cu distonie vegetativă, 300 cu ictus cerebral și 793 de pacienți cu diverse forme de patologie cerebrală vasculară, inclusiv cu ictus cerebral, care aveau în anamneză traumatism cranio-cerebral (tabelele 1 și 2).

Toți bolnavii au fost examinați neurologic și somatic în secții de neurologie cu participarea internistului, cardiologului, oftalmologului, otorinolaringologului, psihiatrului. Faptul traumatismului cranio-cerebral a fost confirmat anamnestic și în documentația comisiilor de expertiză a capacității vitalității. Pentru efectuarea diagnosticului diferențiat s-au efectuat craniografia, EEG, ECG, EcoEG, dopplerografia, CT, RMN. Prin metode biochimice au fost investigate coagulabilitatea metabolismelor lipidic, glucidic, proteic.

Tabelul 1

Formele de patologie cerebrală vasculară la bolnavii investigați

Forma patologiei	Numărul de bolnavi					Total
	până la 50 ani	51-60	61-70	71-80	peste 80 ani	
Hipertensiunea arterială	15	21	20	7	15	78
Ateroscleroza cerebrală	8	18	31	21	15	93
Ateroscleroza cerebrală asociată cu hipertensiune arterială	11	17	17	19	6	65
Ateroscleroza cerebrală asociată cu ateroscleroza aortei și a vaselor coronariene	7	10	22	20	8	67
Ateroscleroza cerebrală asociată cu ateroscleroza vaselor periferice	6	13	14	9	11	53
Ateroscleroza cerebrală asociată cu diabetul zaharat	2	6	16	14	2	40
Ictusul cerebral	27	76	89	82	26	300
Total	76	161	209	174	73	706

Tabelul 2

Forma ictusului și vârsta pacienților investigați

Forma ictusului	Numărul de bolnavi					Total
	până la 50 ani	51-60	61-70	71-80	peste 80 ani	
Ictus ischemic	13	18	32	31	6	100
Ictus hemoragic	7	29	15	13	11	75
Hemoragie subarahnoidiană	3	12	21	15	3	54
Ictus minor	-	7	9	14	2	32
Ictus tranzitoriu	4	10	12	9	4	39
Total	27	76	89	82	26	300

Rezultatele cercetării

Simptomatologia de distonie vasculară a fost prezentă la majoritatea pacienților investigați, mai ales în timpul primelor luni și ani după traumatism. Această formă de patologie ar putea ocupa locul intermediar în perioada imediată după traumatism ca o manifestare inițială a insuficienței vasculare cerebrale, în perioada tardivă transformându-se în hipertensiune arterială, ateroscleroză cerebrală, "encefalopatie discirculatorie". Dereglările vegeto-vasculare purtau caracter paroxistic, paroxismele fiind provocate de stresuri emoționale, efort psihic sau intelectual, factori meteorologici, rareori fără cauze evidente.

Principalele caracteristici ale crizelor vegeto-vasculare sunt oscilațiile tensiunii arteriale, mai ales sistolice, reacțiile de tip hipertensiv la efort fizic și emoțional, cardialgiile asociate cu modificări de ritm cardiac, în special tahicardia, extrasistolia, paliditatea feței și a extremităților, cauzate de angiospasm. În unele cazuri erau prezente diverse manifestări de dereglări respiratorii – dispnee, senzații de asfixie însoțite de febră, frisoane. La 6 pacienți crizele decurgeau cu cefalee pronunțată, dereglări cohleovestibulare, oculostatice, dezvoltând ulterior crize convulsive. Deseori paroxismele purtau caracterul unor afecte, devieri emoționale cu aspecte de isterie.

Pe măsura evoluării hipertensiunii arteriale și a degenerărilor ateromatoase ale vaselor cerebral, manifestările de distonii vegetative cu caracter paroxistic scădeau ca intensitate și frecvență. O treime din pacienții cu distonie vegeto-vasculară manifestă dereglări hipotalamice – obezitate, hiperglicemie, edeme și alte afecțiuni trofice, diverse dereglări de somn. Disomnia merită o atenție deosebită, fiind constatată la 68% din acești pacienți.

La 17 pacienți cu vârsta de 26-43 de ani au fost constatate accese paroxistice cu dereglări afectiv-emoționale și simptomatologia vegetativă polimorfă, care ar putea fi calificate ca atac de panică. Frecvența acceselor, a căror simptomatologie este expusă în tabelul 3, varia de la 1 la 23 pe săptămână. La majoritatea pacienților accesele de panică apăreau spontan, instantaneu, fără semne de aură.

Tabelul 3

Frecvența simptomelor clinice la pacienții cu "atac de panică"

Simptomatologia	Numărul pacienților
Lipsă de aer, dispnee	9
Respirație sufocantă	3
Pulsații cardiace	6
Disconfort în hemitoracele stâng	3
Slăbiciune, senzație de pierdere a conștiinței (lipotimie)	8
Frisoane, tremor	4
Bufeuri de căldură și frig	3
Senestopatii, contractură musculară	5
Dureri localizate sau difuze	6
Senzație de agresiune, irascibilitate	7
Senzație de "nod în gât"	4
Frică de moarte	16
Vertij, grețuri, vomă	7

Au mai fost cazuri unice de dereglări de vedere și auz, crampe dureroase la mâini și picioare, dereglări de mers și vorbire. În perioada intercritică se determinau modificări psihovegetative, depresie.

La pacienții investigați au fost determinate 3 tipuri de dereglări vasculare cerebrale: spastic, hipotonic și distonie (confirmate prin reovasografie). Din punct de vedere clinic, toate aceste 3 tipuri se manifestau subiectiv prin cefalee, vertij, astenizare, dereglări de somn, stări sincopale etc., expuse în tabelul 4. Această simptomatologie, cu caracter paroxismal în majoritatea cazurilor, era condiționată de consumul de alcool, factorii meteorologici, efortul fizic, stările conflictuale etc.

Tabelul 4

Nivelul simptomatologiei subiective la pacienții cu distonie vegetativă

<i>Simptomatologia</i>	<i>Numărul pacienților</i>
Cefalee	171
Vertij	132
Distonii	112
Fatigabilitate	143
Acufene	81
Scăderea memoriei	95
Scăderea capacității de muncă	108
Nervozitate, excitabilitate	73

Principala caracteristică în distonia vegeto-vasculară, după părerea noastră, o constituie devierea tensiunii arteriale: creșterea la vârste sub 30 de ani peste 140/90 mm și sub 50 de ani – peste 149/94 mm Hg. Majorarea tensiunii arteriale peste valorile indicate se asocia cu cefalee pulsatilă, preponderent în regiunea occipitală, vertij, excitabilitate, creșterea tonusului simpatic, paroxisme vegetative cu caracter simpatico-adrenal. Scăderea tensiunii arteriale – hipotonia arterială la vârste sub 30 de ani 100/60 mm și până la 40 de ani 105/60 mm Hg – este o manifestare de disfuncție vegetativă cu caracter paroxistic sau permanent, uneori fiind urmată de perioade de creștere a tensiunii. Examenul neurologic a evidențiat o serie de simptome obiective, expuse în *tabelul 5*.

Tabelul 5

Frecvența simptomelor neurologice obiective la pacienții cu distonie vegetativă posttraumatică

<i>Simptomatologia obiectivă</i>	<i>Numărul pacienților</i>
Hiperreflexie, anizoreflexie	26
Nistagmus, nistagmoid	5
Automatism oral	38
Dereglări de sensibilitate	11
Simptomul Romberg	16
Tremor palpebral și al degetelor mâinilor	37
Hiperhidroză generală	79
Dermografism extins stabil	58
Acrocianoză	14
Crioangiografia extremităților	45
Asimetrie facială	9
Sindromul Horner-C. Bernar	16
Fotoreacție diminuată/exagerată	39
Anizocorie	8
Termoasimetrie	22

Simptomatologia subiectivă și cea obiectivă purtau caracter paroxismal, permanent, simpatic, parasimpatic, simpatico-adrenal, vago-insular, mixt, segmentar, suprasedgmentar. Polimorfismul clinic, combinațiile simptomatice și evolutive nu ne permit o sistematizare bine determinată sau clasificare argumentată în distonia vasculară vegetativă posttraumatică.

Prezentăm un caz clinic. **Pacientul B.**, 38 de ani la internare în Departamentul *Neurologie* acuză cefalee, vertij, scăderea memoriei, dereglări de somn.

În timpul conflictului militar din Transnistria a suportat o contuzie cerebrală de gravitate medie, s-a aflat fără cunoștință timp de câteva ore. A urmat tratament o săptămână, după care s-a întors pe câmpul de luptă. Ulterior a absolvit universitatea, a susținut teză de doctor în științe. Peste 8 ani după traumatism a apărut cefalee legată de suprasolicitări intelectuale. Treptat cefaleea a devenit violentă, cu caracter pulsatil, vertij, acufene, cardialgie. Periodic TA atinge cifrele 170-180/90-100 mm Hg, cu asimetrii de peste 20 mm la mâini. A apărut insomnie noaptea cu somnolență ziua, glicemie sporită, obezitate ușoară.

La internare, în statutul neurologic: anizocorie D>S, mișcările globilor oculari limitate, convergența diminuată, plica nazolabială pe dreapta atenuată, limba deviază spre dreapta. Hipertonus moderat în membre pe drept. Reflexele osteotendinoase puțin exagerate la mâini, D=S, diminuate la picioare. Semnele patologice lipsesc. Fundul de ochi: discurile nervilor optici de culoare roză, arterele îngustate, venele puțin dilatate, REG: majorarea tonusului arterelor preponderent în emisfera dreaptă, asimetria debitului sangvin până la 70%, circulația venoasă diminuată. Proba cu nitroglicerina – posibilități compensatorii satisfăcătoare. EEG: tendința de sincronizare a undelor lente. Hiperventilația provoacă creșterea ritmului alfa și undelor lente în regiunile centrale și frontale preponderent pe stânga.

ECG, analizele biochimice în limitele normei. CT – modificări patologice ale creierului nu s-au depistat.

Diagnosticul: consecințe ale traumatismului crano-cerebral cu simptomatologie reziduală neurologică ușoară, distonie vegeto-vasculară.

Pe fundalul semiologiei de distonie vasculară la 102 pacienți au fost înregistrate crize paroxismale, inclusiv la 43 – cu caracter hipertensiv (simpatico-adrenale), la 32 – cu caracter hipotensiv (vagoinsulare) și la 27 – cu caracter hiper-hipotensiv (mixte).

Crizele simpatico-adrenale se manifestau prin cefalee, toracalgie, tahicardie, creșterea tensiunii arteriale, frisoane, midriază, panică, anxietate, finalizând cu poliurie. Cele vagoinsulare începeau cu vertij, vomă, scăderea TA, bradicardie, extrasistolie, dispnee, stări de dischinezie a tractului digestiv. Paroxismele mixte uneori decurgeau în două faze – ca simpatico-adrenale, continuând ca vagoinsulare.

În unele cazuri pacienții manifestau clinică atipică, care includea o labilitate sporită simptomatică: cefalee, tahicardie, frisoane, hiper- sau hipotensiune arterială, distonie, fenomene respiratorii, vertij, adinamie, parestezii, anxietate, depresii, cardialgii, poliurie, grețuri, vomă, fotopsii, hipertermie, hiperhidroză, acufene etc.

Hipertensiunea arterială posttraumatică

La nivelul cerebral această patologie se manifestă prin encefalopatie hipertensivă care poate fi desemnată prin episoade cerebrale acute, cauzate de edemul acut cerebro-meningeal, și stări cronice de encefalopatie hipertensivă care evoluează sub formă de sindrom pseudobulbar, encefalopatia Bisvanger, dereglări psihice, sindrom Parkinson etc.

Encefalopatia hipertensivă acută prezintă o complicație gravă a HTA cronice sau a unei ascensiuni brutale a TA. Actualmente această complicație este relativ rară datorită eficacității preparatelor hipotensive cu efect neuroprotector. Debutul acestei stări la pacienții noștri se producea când cifra TA diastolice depășea 120 mm, cea sistolică – 200 mm Hg. Ulterior în afectările autoreglării fluxului cerebral, în urma dilatării arterelor cerebrale și hiperperfuziei, apare edemul cerebral care se soldează cu compresiunea capilarelor și diminuarea circulației cerebrale.

Creșterea TA durează câteva ore, fiind asociată cu cefalee pronunțată în creștere, greață, vomă. La debut cefaleea este localizată în regiunea occipitală, treptat devenind generalizată. Anxietatea inițială a pacientului evoluează în adinamie, dereglări de cunoștință. Sunt posibile crize convulsive parțiale motorii sau psihomotorii, generalizate clonico-tonice. Pot apărea semne meningiene – redoare occipitală, simptomul Kernig. Simptomatologia de focar, de regulă, lipsește, cu excepția cazurilor când pacienții aveau defect posttraumatic cerebral ori după un ictus cerebral în antecedente. Erau prezente tulburări vizuale sub formă de ambliopie, edem papilar, cecitate corticală. La examinarea fundului de ochi se constatau semne de angiopatie hipertensivă cu edem papilar pronunțat cu posibil exsudat și hemoragii peripapilare. Tabloul EEG în timpul crizei evidențiază încetinirea ritmurilor cerebrale, predominarea undelor lente, dezorganizarea și diminuarea ritmurilor alfa, descărcări epileptiforme, activizarea undelor beta. Tomografia computerizată vizualizează compresiunea simetrică a ventriculilor laterale, semne de edem cerebral. Analiza biochimică constată creșterea glicemiei, hipercolesterol, leucocitoză cu creșterea neurotrofilelor. Prognosticul encefalopatiei hipertensive acute este variabil, de la deces prin angajare de trunchi cerebral, status convulsiv sau apariția semnelor de focar, până la o regresie totală a simptomatologiei. Succesul terapeutic depinde de eficacitatea măsurilor a căror direcții principale sunt normalizarea TA și combaterea edemului cerebral.

Drept demonstrare a faptelor expuse mai sus poate servi următorul caz clinic. **Pacienta D.**, 58 de ani, internată în clinică cu acuze la cefalee brutală generalizată, grețuri, vomă repetată.

La vârsta de 48 de ani, în urma unui accident rutier a suportat un traumatism cranio-cerebral închis – contuzie cerebrală medie. S-a tratat în staționar timp de 25 de zile, fiind externată în stare satisfăcătoare. Peste aproximativ 5 luni au început să apară periodic stări de cefalee însoțite de creșterea TA până

la 170/100 mm Hg. Inițial aceste stări durau câteva ore, repetându-se 2-3 ori pe lună. Treptat au devenit mai frecvente – 4-5 ori pe lună, cifrele atingând valori de până la 200/100 mm Hg. Pacienta n-a urmat tratament permanent, limitându-se la solicitările echipei de urgență. Părinții, frații și sora n-au suferit de HTA. Starea la momentul spitalizării: cunoștința păstrată, euforie, la întrebări răspunde cu întârziere laconic, execută unele instrucțiuni. Tegumentele palide, TA 230/125 mm Hg, pulsul 52 pe min., ritmic, cordul cu semne de dilatare și hipertrofie a ventriculului stâng. În statutul neurologic: asimetria plicelor nazolabiale, mișcările globilor oculari în limitele normei, nistagmoid care se epuizează. Reflexele tendinoase la mâini D=S, moderate, rotuliene și ahiliene D≥S, diminuate. Dereglări de sensibilitate nu s-au depistat. Simptomul Marinescu-Radovici prezent din ambele părți, redoare occipitală. Fundul de ochi: arterele îngustate, venele dilatate, edem papilar cu mici hemoragii punctiforme. ECG: bradicardie sinusală, modificări hipertrofice în ventriculul stâng. Analiza generală a sângelui și a urinei în ziua internării fără patologie. Tomografia computerizată: îngustarea ventriculelor laterale, șanțurile creierului slab pronunțate, semne de edem cerebral. Roentgenografia coloanei cervicale: semne de osteocondroză la nivelul C₄-C₅ și C₅-C₆, pe partea anterioară a vertebrelor C₄, C₅, C₆ – osteofite.

În prima zi s-a efectuat tratament: diroton 40 mg, lazix 80 mg, platifilină 1,0 ml, panangină 10,0 ml, diazepam 2,0. Starea pacientei s-a ameliorat peste 4 ore după introducerea preparatului lazix, s-a diminuat cefaleea, au dispărut vertijul și grețurile, persistând adinamia și bradicardia. Peste 5 zile TA s-a stabilizat la cifrele 160/90 mm Hg, a dispărut total cefaleea și bradicardia. Hipertensiunea arterială cronică provoacă encefalopatia discirculatorie de diferit grad, se atestă o tendință de creștere latentă a debitului sangvin la nivel cerebral, compensată prin creșterea rezistenței vasculare cerebrale. Paralel cu apariția aterosclerozei are loc micșorarea calibrului lumenului vascular, astfel HTA revenindu-i un rol compensator.

La o creștere stabilă a presiunii arteriale cerebrale mecanismele compensatorii se epuizează, dezvoltând manifestări inițiale ale insuficienței cerebrale vasculare. Debutul și evoluția HTA simptomatice posttraumatice depind direct de vârsta la care a avut loc traumatismul cranio-cerebral. Până la vârsta de 30 de ani prevalează simptomatologia disfuncției vegetative: hiperhidroza, tegumente marmorate, acrocianoză etc. La 40-50 de ani – labilitate emoțională, dereglări vegeto-trofice, instabilitate în poza Romberg, semnele automatismului oral. La 50-60 de ani aceste semne se accentuează, după 60 de ani se vor asocia cu semne neurologice de micro-focar. Criteriile de diagnostic al manifestărilor inițiale ale insuficienței vasculare cerebrale se vor diviza în regionale: dereglări ale hemodinamicii cerebrale, datele oftalmoscopiei, alte date despre modificări ale vaselor intra- și extracerebrale și criterii generale:

dereglări ale funcțiilor cardiace și ale hemodinamicii, modificări ale proprietăților elastotonice a peretelui vascular și dereglări microcirculatorii, alterarea metabolismului lipidic, dereglări coagulopatie și ale funcțiilor reologice ale sângelui. Pot fi evidențiate următoarele variante patogenetice:

1. Angiodistonia, cu semne moderate de dereglări vegetovasculare inițiale ale hemodinamicii cerebrale. Clinic vor avea loc alterarea adaptivității, astenii tranzitorii în urma efortului psihoemoțional. ReoEG va depista creșterea tonusului vaselor cerebrale, scăderea fluxului venos, asimetrie emisferială, labilitatea curbei ReoEG.

2. Varianta hipertensivă în stadiul subclinic se manifestă prin labilitate emoțională și dereglări vegetovasculare, ReoEG depistează creșterea tonusului vaselor de calibr mic și a rezistenței vasculare, dereglări ale funcțiilor cardiace (de repolarizare, aritmii sinusale funcționale etc.).

3. Varianta aterosclerotică – cu afectarea vaselor cerebrale și magistrale, schimbări la nivelul arterelor coronariene și periferice, creșterea lipidelor.

La această etapă evaluarea parametrilor hemodinamici cerebrali se poate efectua prin utilizarea ReoEG, dopplerografiei vaselor cerebrale, EEG, PET, SPECT, RMN.

În clinica encefalopatiei hipertensive cronice se evidențiază 3 perioade. Pentru prima perioadă este caracteristică simptomatologia subiectivă: fatigabilitatea, scăderea capacității intelectuale, a memoriei și posibilității de concentrație, microsimptomatologia neurologică – anizoreflexie, reflexele automatismului oral, redoarea musculară inițială. În perioada a doua apar sindroame neurologice majore – parkinsonism, hemisindroame motorii, sensoriale, dezorientare. În perioada a treia parezele se aprofundează, în urma ictusurilor repetate evoluează în paralizii cu spasticitate, dereglări pseudobulbare majore, afectarea funcțiilor pelviene, degradarea psihică a pacienților. Paralel cu aprofundarea manifestărilor neurologice evoluează modificările patologice poliorganice. Dacă în primele două perioade simptomatologia poartă un caracter variabil, labil, în ultima perioadă deficitul neurologic devine stabil, ireversibil.

Ateroscleroza cerebrală posttraumatică

Este o afecțiune vasculară a arterelor mici și mijlocii cerebrale. Evoluția leziunilor și a complicațiilor aterosclerozei duce la modificări ischemice cerebrale sau la necroză în raport cu severitatea afectării fluxului sangvin. Reprezintă una dintre cauzele cele mai frecvente de deces. Astăzi ea nu este apreciată numai ca o senescență vasculară, ci se socotește o boală cu evoluție progresivă care debutează din anii tinereții și se poate manifesta clinic la adult, dar uneori poate fi asimptomatică perioade lungi sau chiar toată viața.

Clasic se descriu 3 tipuri de leziuni aterosclerotice:

1. Striurile lipidice (fatty streak) reprezintă modificările precoce ale bolii, caracterizate prin apariția

unor proeminențe discrete sub formă de striții gălbui ale peretelui vascular.

2. Placa de fibroaterom reprezintă o leziune aterosclerotică avansată. Plăcile fibroase apar deja în lumenul arterial.

Plăcile fibroase:

a) pot induce modificări vasculare ocluzive parțial cu afectarea minimă a fluxului sangvin;

b) pot să umple total lumenul arterei afectate provocând ischemie severă;

c) pot trece în placa de aterom complicat.

3. Placa de aterom complicat este rezultatul fisurii, rupturii sau ulcerăției unei plăci de aterom. Fisurile și rupturile superficiale pot produce numai tromboze plachetare în interiorul plăcii, iar dacă rupturile sunt mai mari, se constituie hematoame, hemoragii locale sau tromboze. Placa complicată este o leziune care se manifestă clinic prin sindroame neurologice.

Este necesar de menționat că apariția și evoluția patologiei vasculare cerebrale la invalizii cu traumatism cranio-encefal în toate cazurile influențează situația medico-socială a pacienților, scăzând adoptivitatea la mediul ambiant, capacitatea vitală având impact negativ asupra modului de viață.

Concluzii

În perioada tardivă a traumatismelor cranio-encebrale agravarea stării pacienților este condiționată de asocierea patologiei vasculare cerebrale. Inițial apare distonia vasculară care treptat evoluează în hipertensiune arterială, ateroscleroza vaselor cerebrale, asocierea acestor nozologii, modificând statutul neurologic și medico-social al pacienților.

Sunt necesare măsuri de profilaxie prin metode contemporane a patologiei vasculare cerebrale care se poate solda cu diverse forme de ictus cerebral.

Bibliografie

1. Cruz J., *Brain ischemia in head injuri*, în *J. Neurosurg*, 1993, nr. 78: 3, p. 522-523.
2. Hilton G., *Behavioral and cognitive sequelae of head trauma*, în *Orthop. Nurs.*, 1994, nr. 13: 4, p. 25-32.
3. Lynch D.R., Dawson T.M., *Secondary mechanisms in neuronal trauma (Review)*, în *Curr. Opin. Neurol.*, 1994, nr. 7: 6, p. 510-516.
4. Morton M.V., Werman P., *Psychosocial and emotional sequelae of Individuals with traumatic brain injuri: a literature review and recommendations (Review)*, în *Brain Injuri*, 1995, nr. 9: 1, p. 81-92.
5. Myakotnykh V.S., Talankina N.Z., Borovkova T.A., *Журнал невропатологии и психиатрии имени С.С. Корсакова*. Том 102, №4, 2002.
6. Stratton M.C., Gregory R.J., *After traumatic brain injuri: a discussion of consequences (Review)*, în *Brain Injuri*, 1994, nr. 8: 7, p. 631-645.
7. Коновалов А.Н., Потапов А.А., Лихтерман Л.Б. и др., *Патогенез, диагностика и лечение черепно-мозговой травмы и ее последствия*, în *Вопросы Нейрохирургии*, 1994, nr. 4, p. 18-25.

Prezentat la 27.03.2008

APRECIEREA DEZVOLTĂRII FIZICE
A ADOLESCENȚILOR DE VÂRSTĂ
PREMILITARĂ ȘI A RECRUȚILOR (15-18 ANI)

Nina IZIUMOV,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Summary

The appreciation of physical development of teenagers of pre military ages and recruits (15-18 years)

The physical development of 15-18 years old teenagers has been estimated according to the standards of physical development for pre military age and recruits in Republic of Moldova. It was set that the harmonically physical development have somewhere 81,1% of teenagers, the disharmonic physical development weighting less than normal have 14,5 % and disharmonic physical development weighting more then normal have 4,2 %, the retard of the physical development has been determinates as 0,8 % adolescents having between 15-18 years.

According the physiometrical indices, most of teenagers of pre military age and recruits (15-18 years) have a vital lung capacity and muscle resistance of the right hand somewhere (respective 75,0-80,7 % and 70,6-81,9 %), and the muscle power of the right hand – 17,0-36,0% and the middle level (30,5-39,5%).

The evaluation of the physical health level had been revealed that most of teenagers of pre military age and recruits are under the optimal level having between 66,7 % and 97,8 %.

Introducere

O particularitate importantă a stării de sănătate a generației tinere este nivelul dezvoltării fizice sau totalitatea caracteristicilor morfologice și funcționale ale organismului. Dezvoltarea fizică este determinată de legitățile biologice și reflectă procesele de creștere și dezvoltare. Intensitatea schimbărilor depind de vârstă, sex, alimentație etc. Pentru caracterizarea dezvoltării fizice se folosesc indicii antropometrici de bază, care sumar reflectă procesele plastice din organism. G. L. Apanasenko [4] consideră că metodologia aprecierii dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților, bazată numai pe normativele statistice ale indicilor somatometrici, este imperfectă, deoarece, determinând parametrii masei și taliei individului, caracterizează cantitativ procesul de dezvoltare, însă nu evaluează procesele de dezvoltare a unor sau altor sisteme funcționale ale organismului. După G.L. Apanasenko, sănătatea fizică este starea sistemului de geneză, a proceselor de dezvoltare a unor sau altor sisteme (circulator, respirator etc.), care sunt necesare pentru asigurarea vitalității organismului uman în habitat, pentru realizarea lui socială.

Pe parcursul a 50 de ani, în Republica Moldova au fost elaborate repetat standarde locale pentru determinarea individuală a dezvoltării fizice a copiilor și adolescenților prin metoda de regresie (devierile sigmale). Ultimele standarde au fost elaborate în anul 2000 în cadrul Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă [2].

În cadrul comisiilor medico-militare de recrutare-încorporare ale unităților administrativ-teritoriale se efectuează numai măsurări somatometrice (talie și masa corpului), care au ca scop determinarea devierilor în dezvoltarea fizică (obezitate, subnutriție, hipotrofie) și completarea diferitelor genuri de forțe armate, în funcție de talia recruților [1]. În ceea ce privește evaluarea dezvoltării fizice a adolescenților de 15-18 ani, până în prezent ea a fost efectuată conform standardelor elaborate pentru militarii de 18-25 de ani. Aceasta poate duce la evaluarea incorectă a dezvoltării fizice a adolescenților prin creșterea numărului celor cu dezvoltare fizică dezarmonioasă și retard fizic. Reieșind din aceste considerente, au fost elaborate standarde de dezvoltare fizică pentru fiecare vârstă separat, utilizându-se indicii somatometrici și cei fiziometrici.

Metode și materiale

Aprecierea nivelului dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților de 15-18 ani fost efectuată în anii 2004-2006 în mun. Chișinău, raioanele Edineț, Orhei și Cahul din Republica Moldova. Informația a fost acumulată din dosarele personale (*Fișa de examinare medicală a recrutului*) – în total 4209 fișe. Datele acumulate au stat la baza elaborării standardelor dezvoltării fizice a adolescenților pentru fiecare vârstă. Suplimentar au fost determinați indicii fiziometrici ai adolescenților de vârsta respectivă: capacitatea vitală pulmonară

– 609 persoane, puterea musculară – 648, rezistența musculară – 449.

Evaluarea nivelului sănătății fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților a fost efectuată după metodologia propusă de G.L. Apanasenko în baza determinării indicilor antropometrici (indicii Quetlet, vital, al puterii, Robinson etc.) [4, 5].

Rezultate și discuții

Inițial s-a efectuat evaluarea complexă a dezvoltării fizice a fiecărui adolescent de 16 ani conform standardelor folosite de comisiile medico-militare. Datele obținute au relevat că, după aceste standarde, 82,0% din adolescenți au dezvoltare fizică armonioasă. Surplus de masă corporală au un număr redus de adolescenți (0,9%), în același timp, deficitul de masă corporală este destul de frecvent (12,9%), retardul fizic este caracteristic pentru 4,2% din adolescenți.

Conform standardelor elaborate în baza scării de regresie [2], s-a constatat că 75,6% din tinerii de 16 ani au dezvoltare fizică armonioasă, surplus de masă corporală au 14,0% din adolescenți, iar 9,3% au deficit de masă corporală; retard fizic – 1,1%.

Comparând datele obținute, au fost determinate diferențe semnificative în evaluarea dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților ($p < 0,001$). Aceste discordanțe sunt cauzate de faptul că în cadrul comisiilor medico-militare dezvoltarea fizică a adolescenților de 15-18 ani a fost apreciată conform standardelor elaborate pentru militarii de 18-25 de ani. Această situație a impus elaborarea standardelor regionale noi pentru adolescenții de vârstă premilitară și a recruților (pentru fiecare vârstă separat) de către colaboratorii Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă [3] și evaluarea complexă a dezvoltării fizice conform standardelor noi (vezi tabelul 1).

Tabelul 1

Repartizarea adolescenților de 15-18 ani după starea de dezvoltare fizică (conform indicilor somatometrici, %)

Evaluarea dezvoltării fizice	Vârsta (ani)				Valoarea medie, $M \pm m$
	15	16	17	18	
Dezvoltare fizică armonioasă	82,4	80,8	79,7	81,4	81,1 \pm 1,1
Dezvoltare fizică dezarmioasă cu deficit de masă corporală	12,1	14,4	14,4	14,8	13,9 \pm 2,3
Dezvoltare fizică dezarmioasă cu surplus de masă corporală	5,4	1,7	5,9	3,6	4,2 \pm 0,6
Retard fizic (tală joasă)	0,1	3,1	-	0,2	0,8 \pm 2,6

Dezvoltare fizică armonioasă au în medie 81,1% adolescenți din toate grupele de vârstă. Dezvoltare

fizică dezarmioasă cu deficit de masă corporală au în medie 14,5% din adolescenți, cu excepția celor de 15 ani, care constituie 12,1%. Cota tinerilor cu dezvoltare fizică dezarmioasă cu surplus de masă corporală variază de la 1,7% la cei de 16 ani până la 5,9% la cei de 17 ani (în medie – 4,2%). Cota cea mai mare a adolescenților cu retard fizic s-a determinat la cei de 16 ani și constituie 3,1%.

În afară de indicii somatometrici, au fost determinați indicii fiziometrici – capacitatea vitală pulmonară, puterea și rezistența musculară. Pentru aprecierea completă a dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților au fost elaborate standardele indicilor fiziometrici [3] cu o apreciere complexă a lor. Evaluarea complexă a indicilor fiziometrici la adolescenții de 15-18 ani a relevat (vezi tabelul 2) că cota adolescenților cu putere musculară sub valoarea medie este semnificativă și variază între 30,5% la cei de 18 ani și 39,5% la cei de 16 ani.

Tabelul 2

Repartizarea adolescenților de 15-18 ani după indicii fiziometrici (%)

Vârsta (ani)	Indicii fiziometrici		
	Sub valoarea medie	Valoarea medie	Peste valoarea medie
Puterea musculară a mâinii drepte			
15	33,9 \pm 3,1	17,0 \pm 2,5	49,1 \pm 3,3
16	39,5 \pm 3,7	27,3 \pm 3,4	33,2 \pm 3,6
17	36,0 \pm 4,8	36,0 \pm 4,8	28,0 \pm 4,5
18	30,5 \pm 3,7	33,7 \pm 3,8	35,8 \pm 3,9
Rezistența musculară a mâinii drepte			
15	15,8 \pm 3,6	76,3 \pm 4,2	7,9 \pm 2,7
16	13,8 \pm 3,2	81,9 \pm 3,6	4,3 \pm 1,9
17	23,5 \pm 3,9	70,6 \pm 4,2	5,9 \pm 2,2
18	24,8 \pm 4,1	72,6 \pm 4,2	2,6 \pm 1,5
Capacitatea vitală pulmonară			
15	17,0 \pm 2,6	78,2 \pm 2,9	4,8 \pm 1,5
16	20,7 \pm 3,4	75,0 \pm 3,7	4,3 \pm 1,7
17	16,3 \pm 3,2	80,7 \pm 3,4	3,0 \pm 1,5
18	18,0 \pm 3,4	75,8 \pm 3,8	6,2 \pm 2,1

Conform indicilor rezistenței musculare, majoritatea adolescenților au valori medii, iar cota celor cu indici înalți ai rezistenței musculare este mică și scade odată cu vârsta ($p > 0,05$). Aceeași situație s-a depistat și la indicii capacității vitale pulmonare: majoritatea au valori medii, iar cota adolescenților cu indici sub valoarea medie se încadrează între 16,3% și 20,7%. Se determină valori joase ale puterii și rezistenței musculare, precum și ale capacității vitale pulmonare. Presupunem că această stare de lucruri este condiționată de faptul că tinerii nu sunt pregătiți din punct de vedere fizic.

Evaluarea expresă a nivelului de sănătate fizică a adolescenților de 15 ani după metoda G.L. Apanasenko

ko în baza fiecărui indice a relevat (vezi tabelul 3) că după indicele Quetlet (al masei corpului) majoritatea adolescenților au nivel scăzut al sănătății fizice, ceea ce este condiționat de un anumit deficit al masei corpului. Indicele vital (CVP): nivel jos a fost caracteristic pentru 43,6% adolescenți, sub mediu – pentru 17,9% adolescenți, 20,5% – nivel mediu și numai 12,8% și 5,2% – au nivel peste mediu și, respectiv, nivel înalt al sănătății fizice. Un indice înalt al puterii a fost determinat la 92,2% adolescenți. După indicele Robinson, toți adolescenții au nivel peste mediu și nivel înalt – 2,6% și 97,4%. Majoritatea adolescenților (48,7%) au nivel mediu al timpului de restabilire a pulsului după efort fizic dozat (20 de așezări), nivel peste mediu – 43,6% și nivel sub mediu – 7,7% din adolescenți.

Tabelul 3

Repartizarea adolescenților de 15-18 ani după nivelul sănătății fizice conform indicilor antropometrici (%)

Indicii antropometrici	Nivelele sănătății fizice				
	jos	sub mediu	mediu	peste mediu	înalt
15 ani					
Quetlet (M (kg) / H ² (m))	59,0	11,9	20,5	2,6	-
Vital (CVP (ml) / M (kg))	43,6	17,9	20,5	12,8	5,2
Puterii (Puterea musculară / M)	2,6	2,6	2,6	-	92,2
Robinson (Ps x TA sist. / 100)	-	-	-	2,6	97,4
Timpul de restabilire a Ps	-	7,7	48,7	43,6	-
16 ani					
Quetlet (M (kg) / H ² (m))	38,7	16,1	32,2	6,5	6,5
Vital (CVP (ml) / M (kg))	25,8	22,6	22,6	12,9	16,1
Puterii (Puterea musculară / M)	6,5	-	3,2	12,9	77,4
Robinson (Ps x TA sist. / 100)	-	-	-	-	100,0
Timpul de restabilire a Ps	16,1	48,4	25,8	9,7	-
17 ani					
Quetlet (M (kg) / H ² (m))	15,3	23,9	54,3	6,5	-
Vital (CVP (ml) / M (kg))	6,5	39,1	43,5	10,9	-
Puterii (Puterea musculară / M)	2,2	2,2	2,2	19,5	73,9
Robinson (Ps x TA sist. / 100)	4,3	15,3	23,9	45,6	10,5
Timpul de restabilire a Ps	10,9	43,5	41,3	4,3	-
18 ani					
Quetlet (M (kg) / H ² (m))	13,3	13,3	69,0	4,4	-
Vital (CVP (ml) / M (kg))	15,5	26,7	22,3	24,4	11,1
Puterii (Puterea musculară / M)	-	-	-	8,9	91,1
Robinson (Ps x TA sist. / 100)	6,7	55,5	31,1	6,7	-
Timpul de restabilire a Ps	13,3	37,8	46,7	2,2	-

Notă: M – masa corpului; H – talia (înălțimea) corpului; CVP – capacitatea vitală pulmonară; Ps – pulsul; TA sist. – tensiunea arterială sistolică.

Printre adolescenții de 16 ani de asemenea s-a determinat o cotă înaltă cu nivel jos după indicii Quetlet și cel vital. După indicele puterii, 77,4% din tineri au nivel înalt al sănătății fizice. Toți adolescenții au nivel înalt (100%) al indicelui Robinson. Timpul de restabilire a pulsului după efort fizic s-a repartizat în felul următor: 16,1% adolescenți de 16 ani au nivel jos, 48,4% – nivel sub mediu, 25,8% – nivel mediu și 9,7% – nivel peste mediu, iar nivel înalt nu are nimeni.

Evaluarea nivelului de sănătate fizică la adolescenții de 17 ani după fiecare indice a relevat că după indicele masei corpului majoritatea dintre ei au nivel mediu al sănătății fizice (54,3%) și nivel sub mediu (23,9%). Aceeași situație este și la indicele vital, unde majoritatea tinerilor au nivel mediu (43,5%) și nivel sub mediu (39,1%) al sănătății fizice. După indicele puterii, 73,9% din adolescenți au nivel înalt al sănătății fizice. După indicele Robinson, 45,6% și 10,5% adolescenți au nivel peste mediu și, respectiv, nivel înalt al sănătății fizice. Repartizarea adolescenților după timpul de restabilire a pulsului după efort fizic dozat a evidențiat o deplasare spre stânga – majoritatea adolescenților au nivel mediu și nivel sub mediu al sănătății fizice.

Evaluarea nivelului sănătății fizice a adolescenților de 18 ani după fiecare indice a relevat că cota tinerilor cu nivel mediu după indicele masei corpului este mare, cu nivel peste mediu este mică, iar cu nivel înalt nu au fost depistați. Indicele vital: 35,5% din adolescenți au nivel peste mediu și nivel înalt al sănătății fizice. Indicele puterii – ca și în grupele precedente de vârstă: marea majoritate au nivel peste mediu și nivel înalt. După indicele Robinson majoritatea au nivel sub mediu (55,5%) și nivel mediu (31,1%). Conform reacției la efortul fizic dozat, majoritatea adolescenților au nivel mediu (46,7%), 37,8% – nivel sub mediu, 13,3% – nivel jos și 2,2% – nivel peste mediu al sănătății fizice.

Repartizarea adolescenților de 15 ani după nivelul sănătății fizice este următoarea: 61,5% din adolescenți au nivel mediu al sănătății fizice, 33,3% – nivel peste mediu și 5,2% – nivel sub mediu. Nivel jos și nivel înalt nu s-au determinat. Sub nivelul optim al sănătății fizice se află în total 66,7% adolescenți de 15 ani.

Printre tinerii de 16 ani 58,1% au nivel mediu al sănătății fizice, 25,8% au nivel sub mediu, 12,9% – nivel peste mediu și 3,2% – nivel jos. Adolescenți cu nivel înalt nu s-au depistat. Sub nivelul optim al sănătății fizice se află în total 87,1% adolescenți de 16 ani.

Printre adolescenții de 17 ani 45,7% au nivel mediu al sănătății fizice, 26,1% au nivel sub mediu, 23,9% – nivel jos și 4,3% – nivel peste mediu. Nivel

înalt nu s-a depistat. Cota tinerilor de 17 ani cu nivel jos de sănătate fizică este mare. Sub nivelul optim al sănătății fizice se află în total 95,7% adolescenți de 17 ani.

Analiza nivelului sănătății fizice a adolescenților de 18 ani a relevat că 46,7% au nivel mediu al sănătății fizice, 37,8% au nivel sub mediu, 13,3% – nivel jos și numai 2,2% – nivel peste mediu. Adolescenți cu nivel înalt nu s-au depistat. Cota tinerilor cu nivel jos este mare. Sub nivelul optim al sănătății fizice se află în total 97,8% adolescenți de 18 ani.

Concluzii

1. Aprecierea dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților, bazată pe normativele statistice ale indicilor somatometrici pentru militari (18-25 ani), este imperfectă și nu poate fi aplicată adolescenților de 15-18 ani.

2. Conform indicilor somatometrici, majoritatea adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) au dezvoltare fizică armonioasă.

3. Conform indicilor fiziometrici, majoritatea tinerilor de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) au capacitate vitală pulmonară și rezistență musculară a mâinii drepte la valoare medie, iar puterea musculară a mâinii drepte – la valoare medie și sub medie.

4. Majoritatea adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani), conform indicilor antropometrici (determinați prin metoda Apanasenko), se află sub nivelul optim al sănătății fizice. Se observă o tendință de creștere a cotei tinerilor sub nivelul optim al sănătății fizice de la 15 ani (66,7%) până la 18 ani (97,8%).

Recomandări

1. Aprecierea dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) trebuie

efectuată conform *Standardelor dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) din Republica Moldova* (aprobate prin hotărârea Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății și Protecției Sociale din 2 noiembrie 2006), care includ indicii somatometrici (tală și masa corpului) și indicii fiziometrici (capacitatea vitală pulmonară, puterea și rezistența musculară).

2. Pentru evaluarea cantitativă a stării sănătății fizice, care permite de a determina starea de sănătate și capacitățile funcționale ale organismului adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) și, deci, depistarea grupului celor aflați sub nivel optim al sănătății fizice, se recomandă de utilizat indicii antropometrici (indicii Quetlet, vital, al puterii, Robinson și timpul de restabilire a pulsului după efort fizic dozat). Aceasta va servi drept suport pentru elaborarea măsurilor necesare de asanare și prevenire a maladiilor și de fortificare a sănătății.

Bibliografie

1. Pîsla M., *Problemele sănătății și dezvoltării adolescenților: priorități ale Organizației Mondiale a Sănătății*, în *Analele științifice ale USMF "N. Testemițanu"*, Chișinău, 2005, vol. II, p.140-142.
2. Voina Tatiana, Gutțul A., Calin V., Mihalaș Angela et al., *Standardele dezvoltării fizice a copiilor (3-16 ani)*, în *Starea sănătății și a dezvoltării copiilor din Republica Moldova*, Chișinău, 2001, p. 40-111.
3. Voina Tatiana, Iziumov Nina, Popovici Vara, Marfin Andrei. *Standardele dezvoltării fizice a adolescenților de vârstă premilitară și a recruților (15-18 ani) din Republica Moldova*, Chișinău, 2006, 20 p.
4. Апанасенко Г.Л., *Здоровье человека в условиях ИТР. Методические аспекты*, Новосибирск, 1989, с. 107.
5. Апанасенко Г. Л. *Оценка физического здоровья детей и подростков*, în *Научно-практический журнал «Медицинский Всесвіт»*, 2002, nr. 1, с. 20.

Prezentat la 14.02.2008

ASPECTE ISTORICE DE DEZVOLTARE
A SERVICIILOR COMUNITARE DE
SĂNĂTATE MINTALĂ ÎN EUROPA DE VEST

Jana CHIHAI, Larisa BODERSCOVA,
Larisa SPINEI,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Historical development aspects in community mental health services in Western Europe

The reform of Mental Health Services is nowadays an important problem in developed countries as well as in some countries of Central and Eastern Europe. The process of reconstruction of Mental Health Services represents a reform, which has two senses: it is a profound change of values, which determine the way treatment and care of people suffering mental diseases should be furnished, it is also a radical change of the physical form and services pattern.

The Matrix model can be used as a means which helps to understand the historical development of Mental Health Services in the last 150 years.

The 1st period describes the development of asylum, between 1880 and 1950.

The 2nd is the dawn of asylum, between 1880 and 1950.

The 3rd period refers to the reforms of Mental Health Services, beginning with 1980 approximately.

As it was demonstrated, the usage of the matrix model implies the usage of two principle dimensions. The first one is geographical, involving national/regional, local and individual levels. The second dimension is temporal, including entries, processes and effects.

Introducere

Reforma serviciilor de sănătate mintală este o problemă importantă în țările cele mai dezvoltate, precum și în unele țări din Europa Centrală și de Est.

Procesul de remodelare a serviciilor de sănătate mintală constituie o reformă în două sensuri: 1) este o schimbare profundă a valorilor ce determină modul în care trebuie să fie furnizate tratamentul și îngrijirea persoanelor care suferă de boli psihice; 2) este, de asemenea, o schimbare structurală radicală a formei fizice și a paternului serviciilor.

Materiale și metode

Am efectuat o analiză narativă a surselor științifice publicate despre istoricul dezvoltării serviciilor comunitare de sănătate mintală în Europa de Vest începând cu anul 1994 până în prezent. Selectarea surselor științifice a fost realizată cu ajutorul bibliotecii electronice *Medline* cu respectarea următoarelor etape:

- Formularea problemei;
- Căutarea sursei;
- Selecția și generalizarea;
- Aprecierea critică a surselor.

Rezultate și discuții

Un model conceptual este strict necesar pentru a formula scopurile serviciilor și pașii necesari pentru implementarea acestora. Pentru a fi util, un asemenea model trebuie să fie simplu. Scopul acestui model este să ajute specialiștii în diagnosticarea punctelor forte sau „de rezistență” și a celor slabe ale serviciilor din zona lor și să formuleze planuri clare de acțiune pentru îmbunătățirea serviciilor. Cele două dimensiuni ale acestui cadru conceptual sunt dimensiunea geografică și dimensiunea temporală.

Tabelul 1

Modelul matriceal al sănătății mintale [15]

Dimensiunea geografică	Dimensiunea temporală		
	(A) Faza intrărilor	(B) Faza proceselor	(C) Faza efectelor
(I) nivel național/regional	1A	1B	1C
(II) nivel local	2A	2B	2C
(III) nivel pacient	3A	3B	3C

Prima dintre ele se raportează la trei niveluri: (I) național/regional, (II) local și (III) pacient. A doua dimensiune se referă la trei faze temporale: (A) intrări, (B) procese și (C) efecte. Folosind aceste două dimensiuni, construim o matrice 3x3, pentru a atrage atenția asupra punctelor critice pentru serviciile de sănătate mintală. Modelul matriceal ne permite, pentru prima dată, să folosim aceste două dimensiuni în mod

simultan, iar cadrul 3x3 rezultat este destinat să clarifice analiza problemelor și a soluțiilor apărute în dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală. Un astfel de cadru conceptual stabilește limitele în interiorul cărora pot fi articulate modele explicative utile și, în același timp, oferă un context pentru definirea termenilor-cheie specifici unei anumite perioade istorice [10]. Modelul propus nu este conceput pentru a fi în vreun fel prescriptiv, ci trebuie să fie luat ca un instrument explicativ – în primul rând, pentru înțelegere, apoi pentru acțiune – în vederea îmbunătățirii serviciilor.

Modelul matriceal poate fi utilizat ca un cadru ce ar ajuta la înțelegerea dezvoltării istorice a serviciilor de sănătate mintală în ultimii 150 de ani.

Perioada 1 descrie dezvoltarea ospiciului, între 1880 și 1950;

Perioada 2 este cea a declinului ospiciului, de prin 1950 până la 1980;

Perioada 3 se refera la reforma serviciilor de sănătate mintală începând cu aproximativ 1980. Aceste trei perioade sunt rezumate în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Caracteristicile principale ale primelor două perioade de dezvoltare istorică a sistemelor de îngrijire a sănătății mintale [6]

Perioada 1 (1880-1950)	Perioada 2 (1950-1980)
Se construiesc aziluri	Azilurile sunt neglijate
Se creează numărul de paturi	Scăderea numărului de paturi
Un rol redus al familiei	Rolul familiei crește, dar nu este pe deplin recunoscut
Investiții publice în instituții	Investiții publice în servicii de sănătate mintală
Personal: doar medici și asistente	Apar specialitățile de psiholog clinic, terapeut ocupațional și asistent/lucrător social
	Apar metode de tratament eficiente, începe evaluarea tratamentelor și standardizarea sistemelor de diagnostic; influența crescândă a psihoterapiei individuale și de grup
Personal mai centrat pe comunitate și accent pe lucrul în echipă	Focalizare asupra controlului farmacologic și resocializării; pacienții cu mai puține dizabilități sunt externați din aziluri

Așadar, modelul matriceal implica folosirea a două dimensiuni principale. Prima este cea geografică, cuprinzând nivelurile național/regional, local și individual, iar cea de-a doua este temporală, incluzând intrările, procesele și efectele. Este util să înțelegem că, în cele trei perioade menționate, accentele au fost puse diferit pentru ambele dimensiuni. În termenii dimensiunii geografice, asistăm la un proces de descentralizare, cu deplasarea furnizării serviciului dinspre nivelul național/regional spre nivelul local

și, mai recent, în a treia perioadă – spre particularizarea tratamentului și îngrijirii individuale în cadrul serviciului local (*tabelul 3*).

În perioada a doua (1950-1980) s-a acordat mai multă atenție proceselor de tratament, fără accentuarea suficientă a importanței măsurării efectelor îngrijirilor. De exemplu, în psihiatria pentru adulți în această perioadă s-a pus un accent puternic pe procesul de reabilitare [5, 15]. Un concept frecvent folosit în acea vreme a fost acela al modelului de reabilitare „în scară”, ceea ce înseamnă că se putea aștepta că pacienții să beneficieze de pe urma intrării în serviciul, realizând revenirea gradată la funcționarea deplină, normală după un episod de boală mintală.

În perioada a treia (din 1980 până în prezent) au fost aduse în centrul atenției toate celelalte faze ale dimensiunii temporale (*tabelul 4*). Pentru prima dată, relațiile dintre intrări, procese și efecte pot fi considerate în ansamblul lor la nivelul pacientului individual.

Perioada 1. Dezvoltarea azilului (1880-1950)

Perioada 1 cuprinde aproximativ anii 1880–1950. În multe dintre țările mai dezvoltate economic se caracterizează prin construcția și extinderea marilor aziluri, îndepărtate de orașele care le alimentau cu pacienți, oferind în principal control custodial și asigurarea necesităților de bază pentru supraviețuire ale unor persoane cu o gamă largă de anormalități clinice și sociale.

În termeni economici, a fost nevoie de investiții considerabile; în ultimele două decenii ale secolului al XIX-lea au fost construite numeroase instituții mari. De fapt, alegerea pentru aziluri a unor locuri izolate se potrivea și cu nevoia de a îndepărta pericolul perceput la adresa siguranței publice și era, de asemenea, în concordanță cu ideile de pe atunci asupra igienei mintale, idei ce susțineau că vindecarea este favorizată de locurile liniștite, de la țară.

Caracteristicile și stadiile acestei creșteri progresive a numărului de paturi de spital au făcut subiectul unor analize detaliate.

De-a lungul acestei dezvoltări s-au evidențiat considerațiile clinice, umanitare și economice. A existat, de asemenea, și un aspect moral important al dezbaterilor în privința azilurilor.

Numărul de pacienți era cu mult peste dimensiunea proiectată inițial. În 1850, de exemplu, fiecare spital avea în medie 297 de pacienți, în 1900 această medie crescuse la 961. Dr. Granville, scriind în 1877 despre dublarea capacității Azilului Hanwell din Londra de vest, la aproape 2000 de persoane, se plângea de pierderea „acelui caracter special care izvora din gestionarea în mod direct a unui număr limitat de cazuri” [7].

Tabelul 3

Nivelul geografic al modelului matricial și dezvoltarea istorică diferențiată a sistemelor de îngrijire a sănătății mintale (8).

Nivelul geografic	Perioada 1 (1880-1950)	Perioada 2 (1950-1980)	Perioada 3 (1990-prezent)
Național/ regional	Accent pe concentrarea unor pacienți nediferențiați (săraci, handicapați mintal sau fizic, demenți și psihotici) în aceleași spitale psihiatrice izolate, unde erau clasificați după comportament și după sex.	Azilurile mai mari păstrează o responsabilitate diferențiată pentru pacienții pe termen lung, incluzându-i pe cei mai perturbați din punct de vedere comportamental sau care nu răspund la tratament și pe handicapații mintal.	Număr descrescând de paturi pentru adulții spitalizați pe termen lung în facilitățile serviciilor de sănătate. La nivel regional rămân unități axate pe servicii medico-legale.
Local		Diferențierea spitalelor/secțiilor specializate pentru pacienții medico-legali. Apariția secțiilor de psihiatrie în spitalele generale, pentru pacienți în faze acute, diferențierea unor spitale/centre de zi, ateliere protejate și a altor facilități de reabilitare locale.	Număr crescând de centre și echipe comunitare de sănătate mintală. Proliferarea facilităților rezidențiale nespitalicești locale, incluzând locuințe de grup, sanatorii, apartamente/locuințe protejate. Scăderea accentului pus pe facilitățile separate destinate reabilitării.
Individual			Elaborarea de programe de tratament interorganizaționale individualizate, implicând echipe multidisciplinare, organizațiile de voluntari, medicii-generalști, serviciile sociale, Biserica și societățile de binefacere etc. Mai puțină separare între tratament și reabilitare, accent asupra prevenției secundare a recăderilor și, de asemenea, asupra îmbunătățirii calității vieții. Psihoterapii bazate pe date.

Tabelul 4

Fazele temporale ale modelului matricial și dezvoltarea istorică diferențiată a sistemelor de îngrijire a sănătății mintale [15]

Faze temporale	Perioada 1 (1880-1950)	Perioada 2 (1950-1980)	Perioada 3 (1990-prezent)
Intrări	Atenție acordată în primul rând clădirilor. Slaba selecție și pregătire a personalului, legislație de sănătate mintală și de asistență socială pentru reglementarea folosirii instituțiilor	Construirea de centre ocupaționale și de reabilitare, modernizarea cadrului politic și legal, dezvoltarea legăturii dintre psihiatrie și alte discipline medicale, înființarea unor noi discipline și subspecialități înrudite în cadrul psihiatriei; noi medicamente antipsihotice și antidepresive.	Apar centrele comunitare de sănătate mintală, evaluarea nevoilor la nivelul familiilor și al populației, echipe de tratament la domiciliu, noi medicamente antipsihotice și antidepresive, tratamente farmacologice și psihosociale integrate, tratamentul cognitiv-comportamental, auto-ajutor și pledare în favoarea pacienților, modernizarea legislației de sănătate mintală în unele țări. Atenție crescută din partea mass-media. Accent pus pe controlul cheltuielilor din fondurile publice.
Procese		Influența teoriei psihodinamice asupra serviciilor de sănătate mintală este în apogeu. Scăderea duratei spitalizării și apariția modelului „ușilor turnante” în utilizarea serviciilor. Număr micșorat de paturi în aziluri, costurile spitalicești nu se reduc. Redirecționarea pacienților acuți către spitalele pentru acuți. Atenție acordată proceselor de grup în „mediul terapeutic”, comunitățile terapeutice și psihoterapia de grup. Monitorizarea modelelor de contractare a serviciului, folosind registre de cazuri.	Concentrare asupra continuității în timp a îngrijirilor acordate de către aceeași echipă și asupra coordonării dintre diferite organizații, folosind, de exemplu, managementul de caz. Direcționarea serviciilor către pacienții mai complicați. Atenție sporită pentru evaluarea riscurilor. Dezvoltarea auditului în practica clinică. Introducerea principiilor de piață (separarea rolurilor de cumpărător și de furnizor, pentru îmbunătățirea calității prin intermediul competiției).
Efecte			La nivel național și local folosire limitată a indicatorilor (ratele mortalității, suicidului și persoanelor fără locuință). La nivel individual măsurători standardizate ale efectelor prin studii de cercetare, iar în unele servicii clinice – prin evaluări de către personal, utilizatori și familiile utilizatorilor.

Este important să menționăm că, deși sugerăm că au apărut succesiv, momentele de început și de sfârșit a celor trei perioade istorice au variat mult în diferite țări. În Italia, de exemplu, numărul de paturi psihiatrice a rămas stabil până în 1963 [6], apoi s-a diminuat brusc după legislația introdusă în 1978. Deci, în Italia Perioada 2 a început cu un deceniu mai târziu decât în Anglia.

În afară de diferențele de desfășurare în timp, există variații între țări în ceea ce privește contururile fiecărei perioade istorice. În Italia, pe parcursul Perioadei 1 segregarea profesioniștilor din sănătatea mintală împreună cu pacienții lor, a fost contrabalansată de creșterea puterii psihiatrilor în anumite domenii specifice în aceasta epocă. Medicii azilurilor și, în special, directorul de „*manicomio*” (azil), erau singurii autorizați să aprobe internarea sau externarea pacienților, erau pe deplin răspunzători de bugetul spitalului și de toate problemele disciplinare în legătură cu personalul sau cu bolnavii.

Perioada 2. Declinul azilurilor (1950-1980)

Argumentele în favoarea dezinstituționalizării și justificarea transferului pacienților pe termen lung din marile spitale psihiatrice se bazează pe schimbările sociologice, farmacologice, administrative și legale [5].

Barton a susținut cu încredere că „*reabilitarea rezolvă aceste probleme*”. Extinzând acest punct de vedere, Goffman (1961) a formulat conceptul „*instituției totale*”, pentru care este esențială „*manevrarea multor nevoi umane prin organizarea birocratică a unor întregi grupări de oameni*”. Wing și Brown (1970) au întărit acest punct de vedere în descrierea lor referitoare la „*instituționalismul*” pacienților cronici. Pe baza studiului lor asupra pacienților pe termen lung din trei spitale britanice, Wing și Brown au acceptat ipoteza conform căreia „*condițiile sociale în care trăiesc pacienții (în mod particular, insuficiența mediului social) sunt de fapt cauza unei părți a simptomatologiei (mai ales, a simptomelor negative)*” [2].

Prevederile legale din Marea Britanie în legătură cu bolnavii mintali au fost unificate în *Legea Sănătății Mintale* din 1959. Aceasta a înființat Tribunale de Revizie pentru Sănătatea Mintală, a dizolvat Biroul de Control și a delimitat responsabilitățile guvernului central de cele ale autorităților locale. Legea a extins prevederile tutelei deficientului mintal asupra tuturor persoanelor cu tulburări mintale și a permis internarea voluntară, cu condiția că pacientul să nu obiecteze în mod expres față de tratament, facilitând, prin aceasta, o foarte mare reducere a proporției pacienților spitalizați obligatoriu [5].

Pentru cea mai mare parte a acestei perioade, dezinstituționalizarea a fost lăsată nedefinită. În 1975, directorul de atunci al Institutului Național de Sănătate Mintală din SUA descria trei componente

esențiale ale unei asemenea abordări: prevenirea internărilor inadecvate în spitalele psihiatrice prin furnizarea de facilități comunitare, trimiterea în comunitate a tuturor pacienților instituționalizați care au beneficiat de o pregătire adecvată și înființarea și menținerea sistemelor de sprijin comunitar pentru pacienții neinstituționalizați [5]. Bachrach (1976) a definit mai succint dezinstituționalizarea ca fiind restrângerea așezămintelor instituționale tradiționale, cu extinderea concomitentă a serviciilor din comunitate.

În Italia, numărul maxim de paturi psihiatrice a fost atins în 1963 (91.868 de internați, adică 1,61 la 1000 de locuitori), iar în 1981 scăzuse la mai puțin de jumătate (38.358, adică 0,68 la 1000 de locuitori).

Punctul culminant al evoluției numărului de paturi psihiatrice din Anglia a fost atins în 1954 și a coincis cu introducerea de către dl. Kenneth Robinson a unei moțiuni parlamentare în Camera Comunelor: „Camera [...] își exprimă preocuparea în legătură cu serioasa supraaglomerare a spitalelor psihiatrice” [15].

Scăderea prezisă a numărului de paturi pentru pacienți psihiatrici internați a continuat progresiv în cei 40 de ani care au urmat [5].

Perioada 3. Reformarea serviciilor de sănătate mintală (1980-1998)

În timpul Perioadei 2, politica guvernului britanic, inițial formulată în Carta Albă *Servicii mai bune pentru bolnavul mintal* (DHSS, 1975), a stabilit o țintă de 47.900 de paturi psihiatrice, după terminarea programului de închidere a spitalelor psihiatrice, obiectiv de reducere a paturilor care a fost acum atins.

În mod asemănător, după primii 30 de ani ai programului de închidere a spitalelor, cei 67.000 pacienți psihiatrici ramași internați în 1984 reprezentau 45% din reducerea totală propusă pe întregul deceniu (Social Services Committee, 1985). La acea dată, cele 6800 de locuri rezidențiale disponibile constituiau 41% din creșterea țintă propusă, iar cele 17.000 de locuri din spitalele de zi reprezentau doar 17% din cifra-țintă. Cele 9000 de locuri din centrele de zi însemnau o creștere de doar 26%, față de scopul final de 28.200 [9].

În consecință, au continuat dezbaterile în legătură cu numărul optim de paturi psihiatrice care este necesar [1, 5, 6, 10]. Carta Albă din 1975 sugera drept țintă 50 de paturi în spitalele generate districtuale la 100.000 locuitori, alături de încă 35 de paturi pentru vârstnicii cu infirmitate mintală severă și de 17 paturi pentru „noi” pacienți pe termen lung. Raportul din 1985 al Comitetului pentru Servicii Sociale al Camerei Comunelor asupra Asistenței Comunitare nota că „*se consideră că acum este necesar un număr mai mic de paturi pentru spitalizare în serviciile psihiatrice*”

generale, pentru că durata medie a spitalizării a continuat să descrească”.

Facilitățile pentru pacienții de lung sejur („cronici”), acum mai adesea descriși cu exactitate ca pacienți pe termen lung, sunt doar o componentă a unei întregi game de servicii locale. Au fost făcute câteva estimări ale necesarului de paturi, pe baza trecerii în revistă a literaturii disponibile asupra nivelurilor de nevoi și a variației nevoilor în funcție de categoriile principale de îngrijire și tratament [6].

În fiecare stadiu survin multiple contradicții și fiecare țară are exemple de faze de evoluție și involuție. Într-adevăr, apar paralele uimitoare, măcar în forma, dacă nu în conținut, atunci când comparăm temele centrale ale serviciilor de sănătate mintală din secolul al XIX-lea cu cele din secolul XX (tabelul 5).

Tabelul 5

Caracteristica serviciilor de sănătate mintală de la sfârșitul secolului al XIX-lea și cele de la sfârșitul secolului al XX-lea

Faza	Secolul al XIX-lea	Secolul al XX-lea
Faza de optimism	mișcarea pentru igiena mintală	abordarea comunitară a sănătății mintale
Faza de construcție	instituții mari, spitale psihiatrice, care operează ca niște comunități autosuficiente și izolate	centre comunitare de sănătate mintală și facilități rezidențiale de dimensiuni mai mici, centre de zi
Faza de manifestare a disfuncțiilor	supraaglomerarea cu pacienți care se acumulează	scandaluri, anchete și reacții ale publicului
Faza de control	încercarea de a diferenția pacienții „curabili» de cei „incurabili”	încercarea de a diferenția pacienții „nepericuloși» de cei „cu risc”

Definirea nivelului național/regional

În domeniile social și politic, în fiecare țară există un echilibru care trebuie păstrat între preocupările pentru datoria de a îngriji pacienții și gradul de importanță acordat libertăților lor civile, pe de o parte, și, pe de altă parte, așteptările legitime ale publicului larg că pacienții trebuie să primească tratament prompt și adecvat, dar și că societatea trebuie protejată de perturbări și vătămări din partea pacienților.

Problemele economice la nivel național influențează organizarea și dezvoltarea serviciului și practica clinică. Dacă ne referim la cheltuielile publice pentru servicii de sănătate mintală, nivelul general de dezvoltare economică (împreună cu importanța relativă acordată sănătății mintale în raport cu alte specialități medicale) are un efect profund asupra amplitudinii și calității serviciilor clinice disponibile și asupra cheltuielilor de capital disponibile pentru construcția de facilitățile de sănătate și pentru întreținerea lor.

Un alt set de probleme la nivel național/regional sunt preocupările în legătură cu profesioniștii sănătății mintale, incluzând standardele de îngrijire și niveluri convenite ale încadrării de personal („baremurile” sau ratele personal/pacienți, instruirea, acreditarea și educația continuă a personalului).

O a doua responsabilitate acceptată, de obicei, de către profesioniștii sănătății mintale la nivelul național/regional este *examinarea și acreditarea* lor, prin care se intenționează

asigurarea unor standarde minime de competență profesională.

O a treia datorie pentru profesioniști este să participe la *planificarea pe termen lung a forței de muncă*. Scopul acesteia este să estimeze capacitatea cerută în viitor pentru fiecare profesiune și să planifice un număr suficient (și nu excesiv) de cursanți care să se califice, pentru a acoperi necesarul estimat.

O a patra funcție care se situează, de obicei, la nivel național/regional este fixarea și monitorizarea *standardelor minime de îngrijire*. Acestea se pot referi la numărul nursingelor care ar trebui să fie prezente într-o secție de spital, la numărul doctorilor pentru fiecare arie standardă de arondare, la producerea formularelor (listelor de medicamente) acceptate la nivel național, la adoptarea sistemelor diagnostice standarde sau la regulile care guvernează documentația sau contactele clinice cu pacienții.

Definirea nivelului local

Prin nivel local înțelegem aria de arondare pentru care poate fi asigurat un sistem integrat de îngrijiri pentru serviciile generale de sănătate mintală. Numărul populației variază în funcție de țări și regiuni, dar se situează, în general, între 50.000 și 250.000 de locuitori.

Acolo unde serviciile locale sunt organizate pe baza unor zone de arondare la nivel local, acestea sunt adesea numite sectoare. Conceptul de sector a pus stăpânire pe dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală comunitară. După apariția primelor sectoare în Franța, în 1947, în 1961 fuseseră înființate peste 300. În SUA, *Legea Centrelor de Sănătate Mintală Comunitară* (1963) a introdus principiul zonelor de arondare pentru fiecare astfel de centru, iar în 1975, 40% din populație beneficia de servicii sectorizate. În Europa, pe parcursul anilor '70, dezvoltarea sectorului a progresat, dar dimensiunile sectoriale au variat de la țară la țară [1]. Germania are o mărime a sectorului undeva în jurul a 250.000 de locuitori, Olanda – în jur de 300.000, în timp ce zonele de arondare din țările scandinave sunt mai mici: Danemarca înregistrează medii de 60-120.000, Finlanda – 100.000, Norvegia – 40.000 și Suedia – 25-50.000. Totuși, dintre toate țările, Italia a adaptat conceptul în modul cel mai cuprinzător, în virtutea Legii nr.

180, votate în 1978, care a înființat sectoare având în raza de acțiune populații de 50-200.000 de locuitori. Alegerea mărimii sectorului poate fi influențată și de o serie de alți factori (tabelul 6).

Tabelul 6

Factorii care influențează mărimea sectorului [9]

Factori care țin de populație
1. Compoziția sociodemografică a populației
2. Indicii de deprivare socială
3. Compoziția etnică
4. Structura pe sexe și vârste
5. Cunoașterea morbidității populației
6. Modelele existente de utilizare a serviciilor
Factori care țin de organizarea serviciilor
1. Granițele serviciilor sociale
2. Organizarea asistenței primare
3. Amploarea amenajării de locuințe protejate
4. Numărul vechilor și noilor pacienți pe termen lung
5. Prezența unei mari instituții
6. Prezența unui spital general districtual
7. Forța de muncă și alți parametri ai resurselor
Factori care țin de zona locală
1. Structuri geografice semnificative
2. Structuri proprii comunității
3. Prezența zonelor în construcție sau în dezvoltare

De ce ne referim la nivelul local ca la „lentila” care trebuie să concentreze politicile și resursele de la nivel național/regional în mod eficace, în beneficiul pacienților individuali?

Primul motiv este că, de obicei, nivelul local reprezintă cel mai bun nivel la care să fie luate în considerație componentele sistemului de sănătate mintală generală pentru adulți, organizarea și integrarea lor unele cu altele. Cum este mai bine să fie organizate serviciile – cu echipe generale sau cu echipe specializate separate? Cât de mult este sau nu este necesar ca serviciile spitalicești să fie integrate organizațional cu cele comunitare? Trebuie oare ca funcționalitățile de criză și de urgență, care vor include și servicii de noapte și de week-end, să fie separate de echipele clinice obișnuite? În sfârșit, componentele principale ale serviciilor de sănătate mintală pentru adulți sunt interșanjabile, de exemplu, crearea de echipe de sănătate mintală pentru tratament la domiciliu duce oare la scăderea necesarului de paturi în spital?

În al doilea rând, nivelul local oferă, de obicei, scara funcțională cea mai relevantă pentru formularea unei strategii a serviciului care să ia în considerație următoarele tipuri de interferențe cu serviciul de psihiatrie generală pentru adulți: legăturile cu serviciile de sănătate mintală specializate, cum sunt gerontopsihiatria, psihiatria judiciară, serviciile pentru dizabilitați de învățare și cele pentru abuzul de substanțe; legăturile cu serviciile de sănătate generală, incluzând cele de asistență primară și

secundară, cum ar fi medicii de familie și serviciile spitalelor generale; legăturile cu o serie de servicii nonclinice, ca departamentele de servicii sociale și locative, grupurile reprezentative ale pacienților, politicienii locali, ziarele și stațiile de radio/TV locale, grupurile ce reprezintă familiile, persoanele care îngrijesc bolnavii în mod direct și voluntarii.

În al treilea rând, cunoașterea caracteristicilor sociodemografice ale fiecărei zone locale poate să ghideze evaluarea nevoilor de servicii și poate să ajute la amplasarea facilităților, prin folosirea unor indicatori populaționali specifici, atât variabile, directe de recensământ, cât și scoruri compozite de deprivare socială.

Un al patrulea considerent este faptul că plasarea accentului pe nivelul local poate să inverseze tendința de dislocare forțată a pacienților departe de casele lor și de comunitățile lor locale, tendință ce a constituit o caracteristică a perioadei în care instituțiile erau concepute și construite pentru zone mari de arondare. Avantajul scoaterii în evidență a serviciilor locale este acela că direcția acestui proces se inversează: în loc să forțeze pacienții să se mute în locuri îndepărtate, serviciile sunt cele forțate să se mute în zona locală a pacienților.

Definirea nivelului pacientului

Prin nivelul pacientului înțelegem domeniul terapeutic ce include tratamentul, îngrijirea și sprijinul acordate pacienților individuali sau grupurilor de bolnavi care împărtășesc probleme sau caracteristici comune, precum și intervențiile destinate membrilor rețelelor lor sociale mai largi, inclusiv familiile și persoanele de îngrijire directă.

În psihiatrie, perspectiva profesională preferată a fost mult timp cea văzută din direcția spitalului de psihiatrie: o perspectivă ce include episoade singulare de tratament, doar pentru acei indivizi afectați care sunt cunoscuți medicului. Această viziune tradiționalistă, bazată pe spital, comite patru erori: 1 – desconsideră numitorul și, deci, nu poate estima adevărata proporție a morbidității care este tratată; 2 – nu poate aprecia măsura în care cazurile tratate sunt sau nu reprezentative pentru toate cazurile curente și, prin urmare, nici tendințele de selecție din procesul terapeutic; 3 – exclude considerarea contextului social mai larg al pacientului; 4 – această viziune tinde să sublinieze doar episodul curent al îngrijirilor.

Pacientul ca partener în cadrul tratamentului

Primul pas în stabilirea relației terapeutice dintre clinician și pacient, relație care este una de acțiune unită împotriva efectelor tulburării, constă în a-i furniza pacientului informații utile și inteligibile despre tulburarea de care suferă, despre evoluția probabilă și prognosticul acesteia și despre opțiunile

de tratament care îi stau la dispoziție. Toate acestea trebuie făcute din motive etice, pacienții având dreptul la informații inteligibile, precum și din motive bazate pe date, care demonstrează că, în acest mod, crește complianța la recomandările terapeutice [5]. Atunci când pacienții sunt astfel informați, devine posibilă privirea lor ca *negociatori* ai propriului lor tratament. Aceasta permite, de exemplu, ca în cazul bolnavilor psihotici, care au avut experiența efectelor adverse ale medicației antipsihotice și care ezită să le mai ia, să existe un număr de opțiuni terapeutice: să se cadă de acord asupra unei doze a medicației care să reprezinte un punct de mijloc între cele propuse inițial de ambele părți.

Poziția de negociere se aplică și altor tipuri de tratament, cum ar fi participarea la activități în cadrul unui program la un centru de zi sau la aplicațiile pentru angajare.

O asemenea atitudine negociantă este pragmatică deoarece, după experiența noastră clinică, este probabil ca ea să crească șansele ca pacienții să adere la regimul terapeutic.

Este necesar ca fiecare program de tratament să fie adaptat persoanei individual, ca un proces dinamic ce ia în considerație contextul social al pacientului (de exemplu, evenimentele de viață importante), recomandările clinice și preferințele sale.

Anumite forme de psihoterapie, îndeosebi tratamentele comportamentale și cognitiv-comportamentale, au făcut explicită și au sistematizat participarea activă a pacientului. La cealaltă extremă se situează intervențiile cum ar fi terapia electroconvulsivă și psihochirurgia, care, în momentul când au loc procedurile, sunt total lipsite de participarea activă a bolnavului.

Procesul de informare a pacienților și, ulterior, de negociere a planului de tratament consumă timp și poate fi privit de clinicieni drept o risipă. Punctul nostru de vedere este acela că, de fapt, este vorba de un tip de investiție în viitor, care, de regulă, va economisi timp într-un stadiu ulterior, cel mai tipic – atunci când starea unui pacient se acutizează, punct în care convenirea asupra oricărui plan de tratament este probabil mult mai dificilă.

Membrii familiei unei persoane care suferă de o boală mintală pot să constituie o resursă valoroasă, alături de care să se lucreze în cadrul serviciilor de sănătate mintală.

Există trei interpretări greșite în practică și care împiedică clinicienii și familiile să colaboreze eficient, pentru a-i ajuta pe pacienți: (1) convingerea personalului că familiile sunt cauza bolii mintale, (2) rezistența personalului clinic față de recunoașterea problemelor de sănătate mintală la persoanele care îngrijesc direct bolnavul și (3) interpretarea de către membrii personalului a confidențialității clinice ca limitând informațiile pe care ei le pot da familiilor.

Practica clinică modernă impune luarea în considerație simultan a factorilor biologici, psihologici și sociali, precum și interacțiunea lor. Putem considera acești factori ca fiind în principal interni (biologici și psihologici) sau în principal externi (sociali).

Concluzii

1. În dezvoltarea serviciilor comunitare de sănătate mintală sunt definitivate trei perioade: I – Dezvoltarea azilului (1880-1950), II – Declinul azilului (1950-1980), III – Reformarea serviciilor de sănătate mintală (1980-prezent);

2. Pentru acordarea calitativă și comprehensivă a serviciilor de sănătate mintală, sunt descrise următoarele nivele: regional sau național, local și nivelul pacientului.

3. Aceste trei nivele pe verticală în asociere pe orizontală cu trei faze: de intrare, proces și ieșire, alcătuiesc Modelul matriceal al sănătății mintale;

4. Un rol deosebit în prestarea eficientă a serviciilor comunitare de sănătate mintală este atribuit stabilirii relației dintre clinician și pacient, relație care reprezintă o interacțiune empatică, colaborativă, comprehensivă și egală.

Bibliografie

1. Alois Gherguț, *Managementul serviciilor de asistență psihopedagogică și socială: ghid practic*, Iași, Polirom, 2003, 208 p.
2. Enachescu Constantin, *Tratat de igienă mintală*, în *Collegium Polirom*, 2004, ediția a III-a, p. 43-51, 110-124, 305-314, 362-374.
3. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Advocacy pentru sănătatea mintală*, p. 19-22.
4. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Cadrul legal pentru sănătatea mintală și drepturile omului*, p. 21-25.
5. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Contextul Sănătății Mintale*, p. 16-18, 34-45.
6. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Finanțe pentru sănătatea mintală*, p. 48-52.
7. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Îmbunătățirea accesului și utilizarea medicamentelor psihotrope*, p. 19-34.
8. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Îmbunătățirea calitativă pentru serviciile de sănătate mintală*, p. 31-38.
9. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Planificare și bugetare pentru livrarea serviciilor pentru sănătatea mintală*, p. 21-28.
10. *Ghid de servicii*, OMS, 2003, *Politica pentru sănătatea mintală; politici și programe*, p. 20-58.
11. Mănoiu Florica, *Asistența socială în România*, București, 1997.
12. Tansella M. (1986), *Community psychiatry without mental hospitals – the Italian experience*, în *Journal of the Royal Society of Medicine*, nr. 79, p. 664-669.
13. Thornicroft G., Strathdee G (1994), *How many psychiatric beds*. *British Medical Journal*, nr. 309, p. 970-971.
14. Thornicroft G., Tansella M. (1996), *Mental Health Outcome Measures*, Heidelberg: Springer Verlag.
15. Thornicroft Graham, Tansella Michele, *Modelul matriceal al sănătății mintale*, Ed. Medicală Cambridge, prima publicare 1999, p. 15-28.
16. *Tratat de asistență socială*, vol. coord. de George Neamțu, Iași, Polirom, 2003, 1113 p.

Prezentat la 11.02.2008

АНАЛИЗ ОБЩЕСТВЕННОГО
ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ НА ОСНОВЕ
КЛАССИФИКАЦИИ МНОЖЕСТВА ДАННЫХ

Георге КРАЧУН,
Приднестровский государственный
университет им. Т. Г. Шевченко

Summary

The analysis of public health of the population on the basis of splitting set of the data into classes

For the purposes of the analysis of public health the method of splitting of set of the data on the classes (categories), describing health of the population is offered. As a result of splitting "the tree of decisions", incorporated all complex of the statistical data structured in the hierarchical image (on character of the co-ordinated attributes) is formed. For the analysis of characteristics of public health the analysis of time numbers{lines} for the first time is entered into structure of a method, and the method of modeling of time numbers{lines} has been applied for construction of forecasts with use the regressions analysis. In work the algorithm of the developed method and examples of its practical realization is resulted. The offered method is recommended to be used for the analysis and construction of the forecast of public health, can be optimized in a direction of creation electronic products.

Одной из современных проблем исследования общественного здоровья является разработка компьютерных информационных технологий, направленных на выявление динамических закономерностей, определяющих изменения в народонаселении страны (региона, города и т.д.). Решение указанной проблемы позволяет осуществить разработку соответствующих прогнозов и на их основе – построение государственных программ по развитию и улучшению жизни людей. Таким образом, фундаментальные исследования в контексте изучения общественного здоровья являются важным инструментом в совершенствовании социально-экономических отношений и систем.

Одним из методов анализа вышеназванной проблемы является предлагаемый нами метод распределения множества данных на классы (категории). Метод ранее нашёл применение в анализе статистических данных, обработке и анализе разнотипных экспериментальных данных [5, 6].

Метод представляет собой один из способов разбивки множества данных на классы или категории, в результате которого формируется *дерево решений*. «Корень» дерева неявно содержит все квалифицируемые данные, а «листья» – определенные классы после выполнения соответствующей классификационной градации данных. Промежуточные «узлы дерева» представляют пункты принятия решения, по которым будем производить дальнейшее разделение данных в этих «узлах».

Метод предусматривает построение соответствующего *дерева решений*, вобравшего в себя весь комплекс статистических данных, структурированных иерархическим образом. В случае, если статистические данные не структурированы, первой задачей исследователя является выбор вида иерархии, т.е. построение иерархического *дерева решений*, которое основывается на имеющихся статистических данных [1].

Указанный метод нами усовершенствован в направлении аппроксимации его к показателям общественного здоровья на основе применения временных рядов [2, 7, 8, 9]. При этом отдельные этапы методики были усовершенствованы применительно к специфике анализируемых процессов. Так, например, *дерево решений* для численности населения нами построено в следующем виде, ранее не используемом в науке для целей анализа явлений и процессов в медико-демографических системах (рисунок 1).

Как следует из рис. 1, *дерево решений* представляет собой достаточно стройную и определенную иерархию. Его глубина может быть достаточно объемной, а число листьев – не ограничено.

Поскольку исходные статистические данные характеризуют определенные промежутки времени, для анализа смертности населения с использованием *деревьев решений* нами впервые

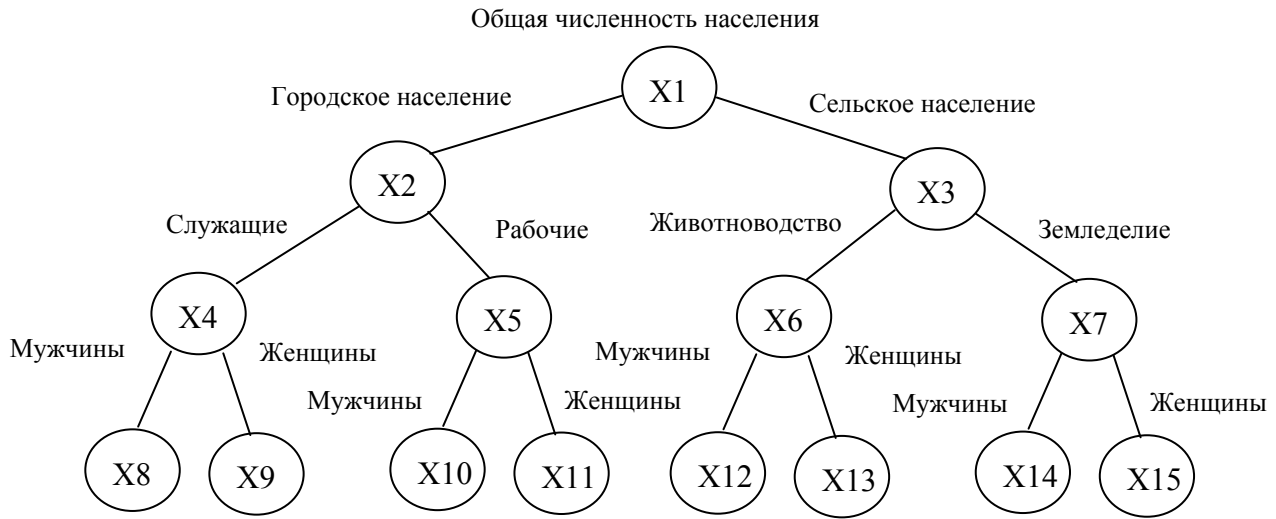
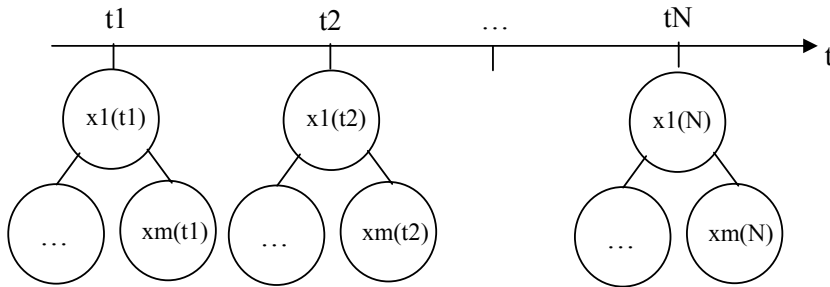


Рис. 1. Иерархическое «дерево решений»



целью моделирования исследуемых процессов и построения прогнозов нами применён один из методов регрессионного анализа, а именно – метод наименьших квадратов [3].

По экспериментальным данным подбирается такая теоретическая кривая, для которой выполняется условие:

Рис. 2. Временной ряд с «деревьями решений»

$$\sum_{i=1}^n (\tilde{Y}_i - Y_i)^2 \rightarrow \min \quad (1)$$

введён в структуру методики анализ временных рядов. Временной ряд представляет собой временную линию, на которой через заданные промежутки времени tN будут располагаться N деревьев решений, аналогичных иерархическому дереву решения (рис. 1), где N – число промежутков времени, через которые были получены статистические данные. Таким образом, выявится следующий набор данных – «лес» из N деревьев решений с глубиной распространения m (рис. 2).

где, \tilde{Y}_i – теоретические, а Y_i – экспериментальные значения.

Известны теоретические кривые в виде: прямой, параболы, экспоненты и др. Для построения модели изучаемого процесса большой класс кривых сглаживается функциями с двумя параметрами (a, b). К ним относится прямая:

$$Y = aX + b. \quad (2)$$

Построение деревьев решений одинаково и каждый «лист» однозначно определяет значение «корня». В этой связи достаточно построить адекватные модели по однотипным «листьям», что даст возможность получить ожидаемые значения «листьев», на основе которых выстраивается прогнозируемое дерево решений. Узлы и вершина этого дерева дадут искомые значения.

Для выполнения условия 1 и учета ошибки аппроксимации, необходимо найти коэффициенты a, b и квадрат среднего квадратического отклонения σ^2 , которые определяются по системе уравнений:

Для построения прогнозируемого дерева решений была применена методика моделирования временных рядов [4, 7].

$$\begin{cases} a = \frac{\sum XY - \bar{X} \sum Y}{\sum X^2 - \bar{X} \sum X}; \\ b = \bar{Y} - a\bar{X}; \\ \sigma^2 = \frac{1}{N} [\sum Y^2 - b \sum Y - a \sum XY] \end{cases} \quad (3)$$

Временной ряд представляет собой последовательность числовых значений $X_1(t), X_2(t), X_3(t), \dots$, зависящих от времени t . Такие ряды в литературе анализируются различными методами [2, 8, 9]. С

Перед нахождением аналитической зависимости между величинами X и Y следует определить, существует ли связь между этими двумя параметрами. Для проверки наличия связей

между двумя величинами необходимо рассчитать выборочный коэффициент корреляции r_{XY} :

$$r_{XY} = \frac{\sum(X_i - \bar{X})(Y_i - \bar{Y})}{\sqrt{\sum(X_i - \bar{X})^2 \sum(Y_i - \bar{Y})^2}}, \text{ (при } n > 50) \quad (4)$$

$$r_{XY} = \frac{\sqrt{n+36} - \sqrt{n}}{6}, \text{ (при } n < 50) \quad (5)$$

Полученные значения r_{XY} сравнивают с табличным значением для заданной доверительной вероятности α и числа экспериментальных данных n . Доверительную вероятность α выбираем со значением 0.95. Если рассчитанный r_{XY} больше соответствующего табличного значения коэффициента корреляции (для заданных n и α), то связь между величинами X и Y значима с вероятностью α , и на этом основании можно проводить дальнейший анализ статистических данных.

В качестве примера применения разработанной нами методики приведём анализ статистических данных численности населения СССР за период с 1956 по 1977 год (таблица 1).

Таблица 1

Численность населения СССР

Год	Всего, млн. чел.	Вид	Кол-во, млн. чел.	Пол	Кол-во, млн. чел.
1956	197,9	Городское	88,2	Муж.	39,4
				Жен.	48,8
		Сельское	109,7	Муж.	49,0
				Жен.	60,7
1957	201,4	Городское	91,4	Муж.	40,9
				Жен.	50,5
		Сельское	110,0	Муж.	49,3
				Жен.	60,7
1958	204,9	Городское	95,6	Муж.	42,9
				Жен.	52,7
		Сельское	109,3	Муж.	49,1
				Жен.	60,3
1959	208,8	Городское	100,0	Муж.	45,0
				Жен.	55,0
		Сельское	108,8	Муж.	49,0
				Жен.	59,9
1960	212,4	Городское	103,6	Муж.	46,8
				Жен.	56,8
		Сельское	108,8	Муж.	49,2
				Жен.	59,6
1961	216,3	Городское	107,9	Муж.	48,9
				Жен.	59,0
		Сельское	108,4	Муж.	49,1
				Жен.	59,3

1962	220,0	Городское	111,2	Муж.	50,5
		Жен.	60,7		
1963	223,5	Городское	114,4	Муж.	49,4
				Жен.	59,4
		Сельское	109,1	Муж.	52,0
				Жен.	62,3
1964	226,7	Городское	117,7	Муж.	49,6
				Жен.	59,5
		Сельское	108,9	Муж.	53,7
				Жен.	64,0
1965	229,6	Городское	120,7	Муж.	49,7
				Жен.	59,3
		Сельское	108,9	Муж.	55,2
				Жен.	65,6
1966	232,2	Городское	123,7	Муж.	49,8
				Жен.	59,1
		Сельское	108,5	Муж.	56,7
				Жен.	67,1
1967	234,8	Городское	126,9	Муж.	49,7
				Жен.	58,8
		Сельское	107,9	Муж.	58,3
				Жен.	68,7
1968	237,2	Городское	129,8	Муж.	49,5
				Жен.	58,4
		Сельское	107,4	Муж.	59,6
				Жен.	70,2
1969	239,5	Городское	132,9	Муж.	49,3
				Жен.	58,1
		Сельское	106,6	Муж.	61,1
				Жен.	71,8
1970	241,7	Городское	136,0	Муж.	49,0
				Жен.	57,6
		Сельское	105,7	Муж.	62,7
				Жен.	73,3
1971	243,9	Городское	139,0	Муж.	48,7
				Жен.	57,0
		Сельское	104,8	Муж.	64,1
				Жен.	74,9
1972	246,3	Городское	142,5	Муж.	48,3
				Жен.	56,5
		Сельское	103,8	Муж.	65,9
				Жен.	76,7
1973	248,6	Городское	146,1	Муж.	47,9
				Жен.	55,8
		Сельское	102,5	Муж.	67,5
				Жен.	78,6
1974	250,9	Городское	149,6	Муж.	47,4
				Жен.	55,2
		Сельское	101,3	Муж.	69,3
				Жен.	80,3
1975	253,3	Городское	153,1	Муж.	46,9
				Жен.	54,4
		Сельское	100,2	Муж.	71,0
				Жен.	82,1

1976	255,5	Городское	156,6	Муж.	72,7
				Жен.	83,9
		Сельское	98,9	Муж.	45,9
				Жен.	53,0
1977	257,9	Городское	159,6	Муж.	74,2
				Жен.	85,4
		Сельское	98,3	Муж.	45,7
				Жен.	52,6

20	1975	71,0
21	1976	72,7
22	1977	74,2

Анализ начинается с распределения данных по годам в пределах соответствующих *деревьев решений*. Например, для 1956 г. *дерево решений* примет следующий вид:

Проведём анализ полученного «леса деревьев» с 1956г. по 1977 г. по ветке: *Общая численность населения > Городское население > Мужчины* (далее – *городские мужчины*). Построим таблицу для значений «леса деревьев» по ветке *городские мужчины* (табл. 2).

Таблица 2

Городские мужчины

№	Год(X_i)	Кол-во, млн. чел.(Y_i)
1	1956	39,4
2	1957	40,9
3	1958	42,9
4	1959	45,0
5	1960	46,8
6	1961	48,9
7	1962	50,5
8	1963	52,0
9	1964	53,7
10	1965	55,2
11	1966	56,7
12	1967	58,3
13	1968	59,6
14	1969	61,1
15	1970	62,7
16	1971	64,1
17	1972	65,9
18	1973	67,5
19	1974	69,3

Для установления взаимосвязи численности городских мужчин в зависимости от года, определим коэффициент корреляции по формуле (5). Он равен $r_{xy} = 0,487$.

Выберем показатель доверительной вероятности $\alpha = 0,95$. Для $n = 22$ и $\alpha = 0,95$ – коэффициент корреляции $r_{xy} = 0,4226$. Расчетный $r_{xy} = 0,487$ больше табличного. Следовательно, существует значимая (на уровне $\alpha = 0,95$) связь между численностью «городских мужчин» и временем показателем.

Таким образом, применяя метод наименьших квадратов, можно выявить теоретическую кривую, описывающую аналитическую зависимость между численностью *городских мужчин* и динамикой времени (годы). Для нахождения этой зависимости необходимо решить систему уравнений по вышеприведенной формуле (3). В итоге получаем следующее линейное уравнение:

$$Y = 1,626X - 3140,443.$$

Оценив связь между численностью *городских мужчин* и годами, а также выявив линейное уравнение связи, можно оценить степень аппроксимации линейного уравнения. Решение данной задачи осуществляется путём расчёта среднеквадратического отклонения теоретических значений \hat{Y} от экспериментальных данных Y по формуле:

$$S_Y^* = \sqrt{\frac{\sum (\tilde{Y}_i - Y_i)^2}{n-1}} \quad (6)$$

Затем рассчитываем погрешность аппроксимации (ξ_Y^*) по критерию Стьюдента, предварительно задав надёжность α :

$$\xi_Y^* = \frac{t_{\alpha} S_Y^*}{\sqrt{n}} \quad (7)$$

Рассчитываем значение ξ_Y^* и S_Y^* для зависимости $Y = 1,626X - 3140,443$.

Вычислим S_Y^* по формуле (6). Получим: $S_Y^* = 0,408$.

Выберем $\alpha = 0,95$ и по таблице Стьюдента для $n = 22$ найдём $t_{\alpha n} = 2,08$.

По формуле (7) вычислим величину ξ_Y^* . Получим: $\xi_Y^* = 0,18$.

Итак, уравнение описывает экспериментальную



Рис. 3. «Дерево решений» по численности населения СССР на 1956 г.

зависимость числа *городских мужчин* от года с погрешностью 0,18 для доверительной вероятности $\alpha=0,95$. Поскольку $S_Y^* = 0,408$ не превышает $\sigma^2=106,5$, то модель признается адекватно приемлемой.

Подобный же анализ выполняется для других ветвей, в результате чего получаются следующие линейные уравнения связи:

Городские мужчины: $Y=1,626X-3140,443$.

Городские женщины: $Y=1,706X-3287,85$.

Сельские мужчины: $Y=-0,151X+345,79$.

Сельские женщины: $Y=-0,374X+792,69$.

Следует подчеркнуть, что, задавая в данных моделях год X_i , прогнозное значение численности населения \tilde{Y}_i будет рассчитываться для следующего года X_{i+1} .

Для оценки достоверности данного метода по полученным моделям рассчитываем теоретическую численность населения (в млн. чел.). Расчетные данные сводим в *таблица 3*.

Таблица 3

Численность населения (в млн. чел.)

Год (X_i)	Гор. муж.	Гор. жен.	Сел. муж.	Сел. жен.	Гор. насел.	Сел. насел.	Всего нас. (\tilde{Y}_i)
1957	40,120	49,730	50,134	61,591	89,850	111,725	201,575
1958	41,746	51,436	49,983	61,217	93,182	111,200	204,382
1959	43,372	53,142	49,832	60,843	96,514	110,675	207,189
1960	44,998	54,849	49,680	60,469	99,847	110,149	209,996
1961	46,625	56,555	49,529	60,096	103,180	109,625	212,805
1962	48,251	58,261	49,378	59,722	106,512	109,100	215,612
1963	49,877	59,968	49,227	59,348	109,845	108,575	218,420
1964	51,503	61,674	49,076	58,974	113,177	108,050	221,227
1965	53,129	63,380	48,925	58,601	116,509	107,526	224,035
1966	54,755	65,087	48,774	58,227	119,842	107,001	226,843
1967	56,381	66,793	48,622	57,853	123,174	106,475	229,649
1968	58,007	68,499	48,471	57,479	126,506	105,950	232,456
1969	59,633	70,206	48,320	57,106	129,839	105,426	235,265
1970	61,259	71,912	48,169	56,732	133,171	104,901	238,072
1971	62,885	73,618	48,018	56,358	136,503	104,376	240,879
1972	64,511	75,325	47,867	55,984	139,836	103,851	243,687
1973	66,137	77,031	47,716	55,610	143,168	103,326	246,494
1974	67,763	78,737	47,564	55,237	146,500	102,801	249,301
1975	69,389	80,444	47,413	54,863	149,833	102,276	252,109
1976	71,015	82,150	47,262	54,489	153,165	101,751	254,916
1977	72,641	83,856	47,111	54,115	156,497	101,226	257,723
1978*	74,267*	85,563*	46,960*	53,742*	159,830*	100,702*	260,532*

Вычисляем S_Y^* по формуле (6). Получаем – $S_Y^* = 0,95$.

Используя критерий Стьюдента $\alpha=0,95$, выбираем, для $n=22$ находим $t_{an}=2,08$.

По формуле (7) вычисляем величину $\xi_Y^* = 0,905$. Поскольку $S_Y^* = 0,95$ не превышает $\sigma^2 = 317,2$, можно считать данный метод достоверным.

Разработанный вышеуказанным путём метод можно применять и для прогнозирования показателей характеристик медико-демографических процессов. Иными словами, метод обеспечивает корректное прогнозирование исследуемой характеристики на ближайшую перспективу во времени.

Рассчитаем прогноз численности населения на 1978 г. на базе имеющихся данных (*табл. 1*) и полученных нами математических моделей, что в итоге будет реально отражать достоверность разработанного нами метода.

Согласно имеющимся статистическим данным, численность населения СССР в 1978 г. составила 260,0 млн. человек, а по полученным нами расчётным данным – численность населения составила 260,532 млн. человек. В том числе:

Городских мужчин:

$Y=74,267$ млн. чел.;

Городских женщин:

$Y=85,563$ млн. чел.;

Сельских мужчин:

$Y=46,960$ млн. чел.;

Сельских женщин:

$Y=57,742$ млн. чел.;

Поскольку погрешность расчёта, равная 0,532, не превышает $\xi_Y^* = 0,905$, данная методика для прогнозирования общественного здоровья населения (на примере его численности) признается достоверной и эффективной.

Разработанная нами методика анализа медико-демографических процессов с использованием *деревьев решений* имеет следующие основополагающие принципы, которые мы сочли нужным представить в виде алгоритма:

1. Имея определённый статистический материал, необходимо построить начальное иерархическое *дерево решений*. Последнее может иметь достаточно большую глубину и разветвленность, приобретая черты многоуровневого «леса».

2. Выстраиваем «лес» однотипных *деревьев решений*. Каждое *дерево решений* из данного «леса» представляет собой набор статистических данных за конкретный промежуток времени (или выявленных применительно к конкретному моменту времени). Можно не строить «лес», а использовать только совокупности «листьев» *деревьев решений*. Полученное построение даёт определённую иерархию совокупностей признаков. Внутри иерархии имеются группы («ветви») соподчинённых признаков.

3. По однотипным «листьям», расположенным на конкретной параллели, по методу наименьших квадратов строим математические модели.

4. Для оценки качества модели используем индекс корреляции i . Чем он выше, тем выше качество модели, т. е. математическая модель обладает всеми признаками достоверности.

5. Выполняем пункты 3 и 4 алгоритма для всех наборов «листьев» *деревьев решений*.

6. С помощью полученных математических моделей находим прогнозируемые значения «листьев» искомого «дерева решений».

7. Осуществляем построение искомого *дерева решений* аналогично иерархической структуре *дерева решений*, построенного в вышеуказанном пункте 1 алгоритма.

8. Вершины *дерева решений*, полученного в пункте 7 настоящего алгоритма, будут содержать искомые значения.

В заключение подчеркнём, что статистический материал, касающийся медико-демографических процессов, в своей сущности представляет собой множество данных, которые можно подразделить на классы или категории. Внутри последних можно выделить иерархические группы по характеру соподчинённых признаков. В этой связи возникает возможность построения математических моделей с помощью метода наименьших квадратов (регрессионный анализ). Качественная характеристика модели с точки зрения ее достоверности проверяется с помощью индекса корреляции i . Полученные модели характеризуют особенность медико-демографического процесса (например, смертность мужчин) в определенные промежутки времени

(например, за 1997-2007 гг.). В этой связи нами введен в методику анализ временных рядов, который в совокупности с полученными моделями позволяет осуществить построение прогноза динамики медико-демографического процесса на перспективу.

Разработанный нами метод рекомендуется использовать для анализа и построения прогноза медико-демографических процессов, а также может быть существенным образом оптимизирован в направлении создания электронных продуктов.

Литература

1. Бериков В. Б., *Анализ статистических данных с использованием деревьев решений*. Доступно из URL: <http://www.math.nsc.ru/AP/datamine/decision-tree.htm> (20 августа 2004 г., стр. 1-38).
2. Бриллинджер Д., *Временные ряды. Обработка данных и теория*. Перевод с англ. А. В. Булинского и И. Г. Журбенко. Под. Ред. А. Н. Колмогорова, Москва, Изд-во Мир, 1980, 536 с.
3. Долгов Ю. А., *Статистическое моделирование*. – Тирасполь: РИО ПГУ, 2002. – 280 с.
4. Крачун Г. П., Менчер Э. М., Леонова Н. Г., Поляков К. А., Долгов Ю. А., *Программа для ЭВМ «Прогноз здоровья населения на базе математического моделирования»*. Свидетельство № 274. Зарегистрировано 25 декабря 2003 года. Номер регистрации 630.
5. Лбов Г. С., *Методы обработки разнотипных экспериментальных данных*, Новосибирск, Изд-во Наука, 1981, 161 с.
6. Лбов Г. С., *Анализ данных и знаний: учебное пособие*, Новосибирск, Изд-во НГТУ, 2001, 90 с.
7. Менчер Э. М., Крачун Г. П., Леонова Н. Г., *Методика математического моделирования временных рядов для исследования медико-демографических процессов*, в *Вестник Приднестровского университета. Серия "Медико-биологические и химические науки"*, 2003, nr. 2 (18), p. 3-6.
8. Менчер Э. М., Спасов Ю. И., Руссу Д. И., Охременко В. Ф., Гоцонога В. В., *Методика моделирования временного ряда и многокритериального выявления наилучших моделей*, в *Модели и алгоритмы АСУ*, Кишинёв, Изд-во Штиинца, 1986, p. 136-144.
9. Отнес Р., Эноксон Л., *Прикладной анализ временных рядов. Основные методы*. Перевод с англ. В. И. Хохлова. Под. ред. И. Г. Журбенко, Москва, Изд-во Мир, 1982, 428 с.

Представлена 7.11.2007 г.



MANAGEMENTUL ETAPIZAT AL
RECUPERĂRII ÎN ICTUSUL CEREBRAL SEVER

Mihail GANEA, Constantin EȚCO,
Viorel GRIGOR,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Argumentarea studiului

Creșterea numărului maladiilor vasculare cerebrale care duc la dereglări de vorbire, motilitate, comportament, în rezultatul cărora bolnavii devin nu numai inapți de muncă, dar și, deseori, nu se pot autoservi. Ne-am străduit să sistematizăm viziunile asupra acestei probleme existente în literatura modernă de specialitate, reflectând în același timp și experiența noastră.

Noțiunea *reabilitare* sau *recuperare*, referitoare la pacienți, este utilizată de diferite surse științifice, exprimând măsurile identice. Totuși, după părerea noastră, termenul *reabilitare* exprimă mai precis complexitatea eforturilor din domeniile medical, fizic, psihologic, pedagogic, social, profesional, care au drept scop evitarea invalidizării bolnavului și reîntoarcerea lui la un mod de viață normal.

Cauza principală a handicapului bolnavilor după accidente vasculare cerebrale (AVC) în majoritatea cazurilor o constituie hemiplegia. Aceasta necesită măsuri deosebite de recuperare neuromotorie. Fiind în mare măsură dependentă de localizarea leziunii, posibilitățile reabilitării sunt realizabile luând în considerație o multitudine de factori, cum ar fi vârsta, starea psihică, maladiile concomitente etc.

Material și metode de investigare

Evaluarea gradului de handicap și al recuperării pacienților cu AVC este efectuată clinic prin testarea după scara Rankin, scară 5-graduală, care creează impresia generală despre situația pacientului și reprezintă un instrument de comparare a eficacității diferitelor strategii de tratament în managementul stroke-ului.

Repartizarea pacienților după scara de handicap Rankin

	Gradul I	Gradul II	Gradul III	Gradul IV	Gradul V
Ischemie	52	81	20	44	20
Hemoragie	8	37	24	16	15

Summary

Stepped management of rehabilitation after severe cerebral stroke

The article is consecrated to one of most actual problems of modern neurology – rehabilitation of patients after severe cerebral stroke. Based on literature data and self experience some rehabilitation methods of motor handicape are systematized.

Importance of complexity of recovery methods and active participation of patient in rehabilitation process are accentuated.

Rezultatele cercetărilor

Principii de reabilitare

Diversitatea mijloacelor și metodelor de reabilitare a bolnavului cu insuficiență motorie (hemiplegie sau hemipareză) este bazată pe principii unice:

1. În funcție de starea somatică și revenirea bolnavului în stare de conștiență, reabilitarea începe cât mai devreme posibil.
2. Reabilitarea se efectuează în etape, evaluarea fiind atât calitativă, cât și cantitativă, în conformitate cu starea bolnavului.
3. Măsurile de reabilitare se efectuează sistematic, durata lor fiind dependentă de severitatea handicapului și starea somatică.
4. Complexitatea reabilitării impune aplicarea tratamentului medicamentos, fizioterapeutic, a masajului, terapiei ocupaționale și ergoterapiei, reeducării tulburărilor de vorbire.

5. Bolnavul participă cât mai activ la efectuarea programului preconizat.

Experiența noastră în tactica de tratament al bolnavilor hemiplegici, corelarea ei cu ideile din literatura modernă de specialitate ne-au permis următoarele concluzii:

- ◆ procesul de recuperare diferă în funcție de etapa maladiei;
- ◆ caracterul procesului vascular – hemoragie sau ischemie - se reflectă la evaluarea mecanismelor de recuperare a funcțiilor lezate;
- ◆ integritatea recuperării depinde de factorii care influențează evoluția ictusului;
- ◆ efectuarea cât mai precoce și completă a măsurilor recuperatorii permite obținerea rezultatelor scontate;
- ◆ eficacitatea proceselor recuperatorii este maximă pe parcursul primelor 5-6 luni, fiind apoi în treptată scădere, pentru a atinge minimul la un an și jumătate după accident.

Fiecare caz particular necesită o reabilitare individuală cu luarea în considerație a caracterului procesului vascular, particularităților patologiei, gradului de pronunțare a sindroamelor neurologice etc. Exprimând principiile unice de reabilitare a bolnavilor cu accidente vasculare, vom insista de fiecare dată asupra unui plan de activitate strict individual.

Recuperarea precoce a bolnavului grav

Recuperarea bolnavilor cu accidente vasculare trebuie începută din primele ore, când pacientul este internat în reanimare sau secția de terapie intensivă. Scopul recuperării la această etapă este prevenirea complicațiilor posibile.

Bolnavul comatos sau conștient este întors în diferite poziții, ritmic, la un interval de 2-3 ore, pentru a preveni escarele și leziunile de decubit și a asigura drenajul bronșic. Efectuarea mișcărilor pasive în articulații de 2-3 ori pe zi previne redorile articulare și anchilozele. Dacă starea sa permite, bolnavul este poziționat ortostatic prin ridicarea unei porțiuni de pat ori așezarea în fotoliu – zilnic bolnavul este supus toaletei sau unei băi parțiale. Se aplică proceduri fizioterapeutice respiratorii cu aerosoli. Concomitent, bolnavul este stimulat psihic prin adresări blânde verbale și adecvate gradului de conștiință. Excitanții dureroși, ciupitul, zgâriatul, înțepatul, pentru trezirea bolnavului trebuie limitate. Pentru a evita retracțiile musculo-tendinoase de mai târziu în poziții defavorabile a segmentelor interesate în paralizie, se folosesc saci mici cu nisip ori alte materiale convenabile, care mențin poziția corectă. Se evită poziția de flexie a genunchilor și ecvinismul labei piciorului, rotația externă a coapsei, răsucirile capului și trunchiului.

Recuperarea în etapa de convalescență

Etapă de convalescență poate dura la unii bolnavi până la 2 ani. Ea începe cu o stabilizare a stării, după care urmează remisiunea progresivă a deficiențelor psihoorganice, afatice, motorii. Însă evoluția progresivă nu decurge întotdeauna liniar, ci mai des prin salturi calitative, cărora le pot urma perioade de stagnare. De obicei, cele mai importante succese se obțin în primele 2 luni.

Scopul final al echipei de reabilitare depinde de gravitatea deficiențelor. Dacă în cazurile fruste reabilitarea bolnavului poate fi totală, în cazurile grave, severe poate fi calificată drept succes obținerea posibilității de deplasare și autoservire. Dificile pentru reabilitare sunt cazurile cu dereglări sfincteriene, sindroame confuzionale, stări de depresie. În stările de gravitate intermediară în reabilitare se pot obține atât performanțe, cât și insuccese. Principala direcție a recuperării o constituie reeducarea funcțiilor de autoservire, cum ar fi îmbrăcarea, dezbrăcarea, spălatul, alimentarea, mersul, executarea unor funcții casnice, gospodărești. Unii autori propun stimularea pacienților prin hobby-uri în funcție de restanțele funcționale (filatelia, lectura, modelatul etc.). După perioada de cooperare (timp de 2 ani) a cuplului bolnav – echipa de reabilitare în domeniile terapiei medicamentoase, terapiei ocupaționale, ergoterapiei, logopediei și altor eforturi, când posibilitățile recuperatorii se epuizează, urmează perioada sechelară.

Perioada sechelară

În pofida consumării posibilităților de reabilitare, această etapă nu poate fi considerată un handicap total ireversibil. Mai pot fi luate măsuri chirurgicale și ortopedice, se cere combătută spasticitatea. Bolnavului i se induce un mod de viață igienic, cu o alimentație dietetică, fără consum de alcool. Este importantă gimnastica medicală zilnică pentru evitarea accentuării spasticității, apariției redorilor articulare. Modelul cumpătat de viață, evitarea suprasolicitărilor fizice și psihice, atitudinea binevoitoare a familiei și societății minimizează riscul repetării accidentului sau decompensarea.

Particularități de reabilitare a bolnavilor cu patologie asociată

Reabilitarea unui hemiplegic necesită din partea lui eforturi fizice și psihice considerabile. Luând în considerație apariția accidentelor cerebrale, în marea majoritate a cazurilor pe fondul unei patologii cardio-vasculare (boală hipertonică, ateroscleroză, reumatism etc.), deseori și a vârstei înaintate, în fața echipei de reabilitare se pune întrebarea: în ce măsură patologia somatică va influența procesul de reabilitare?

Analizând literatura de specialitate și experiența noastră, am putea aprecia drept contraindicații absolute următoarele forme de patologie asociată:

1. infarct miocardic, suportat cu mai puțin de jumătate de an în urmă;
2. boala ischemică a cordului cu accese frecvente de stenocardie, mai ales stenocardia de repaus;
3. hipertensiunea arterială gr. III cu semne de insuficiență renală;
4. insuficiența circulației sangvine de gr. III;
5. procesul reumatic activ.

Aplicarea celor mai ușoare metode de recuperare la acești bolnavi provoacă decompensarea activității cardiace și agravarea stării generale. Pacienții necesită în primul rând o asistență terapeutică, pentru a reveni mai târziu la posibilitatea reabilitării.

La gama de contraindicații relative se referă: formele decompensate de diabet zaharat, infecția cronică a căilor urinare, obezitatea, maladiile cu insuficiență pulmonară, infarctul miocardic suportat cu peste 6 luni în urmă, stenocardia de efort, boala hipertonică de gr. I-II, viciile cardiace fără proces reumatic activ, aritmiile, tromboflebita.

Vârsta înaintată a bolnavului nu este o contraindicație pentru reabilitare. Ea dictează o prudență deosebită și luarea în considerație a aspectelor specifice psihice, endocrine, farmacoterapeutice. Printre particularitățile reabilitării la vârste înaintate putem numi:

1. administrarea preparatelor cu efect antisclerotic; vitaminoterapia;
2. terapia patologiei asociate;
3. individualizarea strictă a metodelor de gimnastică; fizioergoterapia;
4. ședințele de gimnastică curativă se vor repeta mai des, dar cu o durată mai scurtă;
5. acordarea unei atenții deosebite metodelor psihoterapeutice și sugestive.

Aprecierea gradului de handicap

Inițierea activității recuperatorii va fi precedată de aprecierea deficitului neurologic, psihologic și social al bolnavului. În acest scop se vor efectua teste motorii simple și globale, studii de bilanț psihic, de integrare socială, de evaluare a mediului ambiant, de independență economică. La momentul actual, există o multitudine de testări graduale, care permit o apreciere analitică integrală a stării pacientului. După părerea noastră, cea mai reușită și complexă schemă de apreciere, care conține date concrete referitoare la mobilitatea, autoservirea, munca și odihna, integrarea socială, conceperea mediului ambiant, independența economică a bolnavului este așa-numita "*scară londoneză*", sau "*chestionarul*"

pentru aprecierea gradului de handicap la pacienți cu accidente vasculare cerebrale. Fiind executate la începutul recuperării și pe parcurs, testele permit aprecierea stării bolnavului nu numai la un moment dat, dar și în evoluție.

Constituind în mare măsură tabloul clinic al accidentului vascular, hemiplegia reprezintă o dereglare tonico-musculară, cauzată de leziunea neuronului motor central, situându-se contralateral focarului când leziunea este situată deasupra decusației piramidale și ipsilateral în caz de leziune sub acest nivel.

Calea piramidală este formată din axonii celulelor gigantice Betz, situate în circumvoluția frontală ascendentă, parcurgând traseul până la formarea sinapsei cu motoneuronii alfa din coarnele anterioare ale măduvei spinării de partea opusă. Afectarea acestei arii sau porțiuni de traseu provoacă imposibilitatea efectuării mișcărilor voluntare și dereglări ale tonusului muscular contralateral leziunii. Afectarea a 10% din musculatura ipsilaterală nu are practic semnificație clinică.

Se afirmă că fibrele neuronului motor central se conectează nu numai cu celulele alfa, ci și cu gama. Datorită implicării multiplelor formațiuni pe parcursul tractului piramidal de la cortex până la măduva spinării se poate stabili diagnosticul topografic precis al leziunii.

Posibilități și limite de recuperare

Referindu-se la recuperarea hemiplegicului, T. Vlad și L. Pendefunda menționează că hemiplegia are aspecte particulare în funcție de specializarea emisferică a encefalului, în care tulburările de vorbire sunt atribuite emisferei dominante, pe când tulburările praxice, gnozice și somatognozice se atribuie emisferei opuse. Ultimele sunt, în primul rând, de ideeție și, în al doilea rând, motorii. Învățarea este un proces atribuit emisferei minore, cea dominantă având un rol moderator cu nuanțe analitice. Dereglările în emisfera minoră se asociază deseori cu anozognozie, adică neștiința propriei paralizii, bolnavii considerându-se sănătoși (suferă în special de "*apraxia îmbrăcatului*").

Practica de recuperare a bolnavului hemiplegic din ultimii ani, confirmată și de cercetările științifice, permite prognozarea unor bilanțuri favorabile în fiecare caz particular. Este dovedită existența unor fenomene de regenerare și reorganizare în sistemul nervos. Prin regenerarea axonală, prin factorii de creștere nervoasă, prin intermediul substanțelor neurohumorale pot fi reluate funcțiile lezate. Această plasticitate neuronală acționează din momentul leziunii până în termene de aproximativ doi ani, punând în acțiune multiple mecanisme de recuperare.

Leziunea neuronilor unor funcții specifice creează situația pentru implicarea funcțională a altor sinapse, stimulând regenerarea morfologică și implicând o gamă largă de neurotransmițători. Faptul este important, fiindcă aceste structuri reacționează și la metodele fizioterapeutice. Neurotransmițătorii reprezentați de polipeptide stimulează țesuturile adiacente focarului, implicându-le treptat în procesul de regenerare. Se presupune și posibilitatea activării lor cu substanțe farmaceutice. Printre neurotransmițătorii stimulatori se pot enumera acetilcolina, glutamatul și derivații săi. Serotonina, dimpotrivă, inhibă procesul de regenerare. Cunoștințele obținute în această direcție nu permit încă utilizarea largă a preparatelor farmaceutice în procesul de recuperare, aceasta rămânând o direcție importantă de perspectivă.

Spasticitatea

O piedică importantă în reducerea motorie a bolnavului hemiplegic o constituie spasticitatea. Definindu-se ca o creștere a tonusului muscular, condiționată de hiperactivitatea buclei gama, asociindu-se paraliziei, spasticitatea împiedică mișcarea în mai mare măsură decât ultima. Clinic, se manifestă prin exagerarea reflexului de întindere tonic (semnul lamei de briceag), reflexul muscular la excitațiile cutanate, sincinezii, reflexul Hoffman. Uneori spasticitatea se instalează din faza de debut a hemiplegiei, alteori mai târziu. Spasticitatea este mai pronunțată în mușchii mai bine dezvoltăți flexori în membrul inferior. Aceasta condiționează și postura specifică a hemiplegicului. Cu toate că spasticitatea este o piedică serioasă pentru activitatea pacientului, în cazurile de epuizare a posibilităților de recuperare poziția specifică a membrelor permite mersul și agățarea cu mână a oricărui obiect.

În ultimul timp se discută rolul neurotransmițătorilor și neuromodulatorilor în instalarea și menținerea spasticității. Se menționează inhibarea aminoacizilor excitatori (glutamatului), aspartatului, homocisteatului, cisteinei pe fondul căreia GABA reglează echilibrul dintre dopamină și acetilcolină, hiper- și hipotonina în sistemele neuronale alfa și gama. Spasmul muscular se amplifică la durere și sub activitatea factorilor nociceptivi, cum ar fi excitarea vezicii urinare, a colonului, ulcerațiile de decubit, cicatricele dureroase, infecția, calculoza, sonda etc. Toate cele expuse trebuie luate în considerație în cel mai serios mod la efectuarea măsurilor de recuperare.

La întocmirea planului de reabilitare se va conta pe trei direcții principale. În primul rând, se vor educa deprinderile de autoservire – îmbrăcatul, dezbrăcatul, spălatul, alimentația etc., adică activitățile de evitare a sociodependenței. A doua direcție va fi

asigurarea unei preocupări plăcute, a unui hobby, cum ar fi lectura, muzica, filatelia, lucrul manual, gravura etc.

Scopul suprem al procesului de reabilitare va fi asigurarea reîntoarcerii la funcțiile îndeplinite până la îmbolnăvire, adică procesul de profesionalizare sau reprofesionalizare. Numai în acest caz procesul de reabilitare poate fi considerat complet și finalizat. Alte variante vor fi performanțe parțiale și pe tot parcursul perioadei de reconvașcență, care atinge aproximativ doi ani, eforturile recuperatorii vor fi bine-venite. Peste doi ani, potențialul recuperator se consideră epuizat, sechelele neuromotorii după acest termen devenind stabile.

În perioada sechelară se poate recurge la unele măsuri chirurgicale, ortopedice și reparatorii.

Una dintre direcțiile principale în managementul hemiplegicului este tratamentul postural, care urmărește încă din faza acută așezarea bolnavului într-o poziție funcțională bună. Pentru membrul superior este preferabilă poziția brațului în ușoară abducție, antebrațul în extensie completă sau ușor flectat cu semipronație, articulația pumnului în ușoară extensie cu degetele în flexie. Pentru prevenirea blocării articulațiilor interfalangiene se folosesc proteze drepte, diferențiate pentru fiecare deget aparte, care se aplică de circa 2-3 ori pe zi. Membrului inferior i se opune tendința de rotație externă, poziția labei în varus-ecvin. Prin intermediul planșetelor de lemn, sacilor de nisip, gutierelor de ghips, materialului plastic se fixează laba piciorului sub unghi drept sau în ușoară dorsiflexie.

În timpul nopții se recomandă alternarea poziției de decubit dorsal cu decubitul lateral pe partea sănătoasă, cu membrele plegice așezate pe perne. Pozițiile membrelor se schimbă peste 2-3 ore.

Măsuri de mobilizare

La început mobilizarea se efectuează pasiv de către kinetoterapeut, zilnic cu mișcări de "du-te vino" de amplitudine maximă în ambele sensuri. Manevrelor bruște sau prea energice în mobilizarea hemiplegicilor sunt interzise, pentru a evita spasticitatea, întinderile, rupturile musculo-ligamentare, hidartroza, fracturile. La efectuarea mișcărilor, în nici un caz nu trebuie depășit gradul de sensibilitate dureroasă. Durerea poate provoca contracturi musculare reflexe, atitudinea negativă a bolnavului ca reacție de apărare, apariția pozițiilor nefuncționale antalgice ale membrelor. Durata unei ședințe de mobilizare pasivă, cu condiția lipsei contraindicațiilor, variază între 10 și 30 de minute. În caz de dureri în segmentul preconizat mobilizării, în prealabil se recomandă ședințe de masaj, fizioterapie cu scop analgic și de relaxare.

Chiar și în formele grave de hemiplegie deficitul motor nu poate fi considerat total irecuperabil datorită căii piramidale directe și unor structuri subcorticale care au un rol favorabil în recăpătarea deficitului motor al căii piramidale încrucișate.

Mișcările de reeducare funcțională a bolnavului hemiplegic se efectuează pe baza respectării cu strictețe a principiilor antrenamentului fizic. Complexele de exerciții trebuie să elimine efortul fizic sporit. În gama caracteristicilor mișcării (forța, viteza, rezistența și îndemânarea) forța este cel mai puțin solicitată, pentru a evita creșterea spasticității. Exercițiile de forță se combină și cu blocarea parțială a respirației care, la rândul ei, împiedică circulația cerebrală venoasă.

În funcție de gradul paraliziei, recuperarea motorie parcurge un timp îndelungat și migălos, având ca scop final revenirea profesională sau reprofesionalizarea. Există o diversitate impunătoare de metode de reinstalare a motilității active, niciuna din ele nerezolvând însă toate problemele de reeducare funcțională a hemiplegicului. Metodele existente au ca idee faptul că mușchii antagoniști sunt în dependență funcțională, acțiunea unuia facilitând-o pe a celuilalt, și că mersul se reinstalează ca la un nou-născut, prin evoluția filogenetică: ihtioid, amfiban, reptilian, cvadripodal și, în final, biped. Constituind obiectul activității specialistului-kinetoterapeut, ne vom referi aici numai la unele principii ale acestor metode.

Metodele de facilitate presupun un mecanism sinergic, în care influxul cortical motor ineficient ca acțiune este potențat de o intervenție reflexă periferică. Spre exemplu, se întinde la maximum un mușchi plasat în afara segmentului de contracție, adăugându-se contribuția voluntară, contând pe reflexul miotatic declanșat. Pe măsura recuperării motilității active, facilitarea se diminuează treptat, trecându-se la alte metode. Cele mai rezultative metode de facilitare pot fi socotite la momentul actual Kabat, Frenkel, Phelps, Brunstrom. Aparent diferite, toate sunt bazate pe utilizarea mecanismelor reflexelor elementare, utilizarea diferențiată a sincniziilor, utilizarea modificărilor de repartiție tonică prin schimbări ale poziției capului.

Metodele de inhibiție, din punct de vedere fiziopatologic, reies din considerentul că deficitul motor al hemiplegicului se datorează unor scheme anormale de postură ieșite de sub controlul centrilor nervoși superiori. Aceste mișcări perturbate sunt influențate și de centrii nervoși inferiori – cerebelul și trunchiul cerebral. Drept urmare, coordonarea inferioară plus impulsarea anormală superioară aduc la mișcări și postură tipică hemiplegicilor cu caracter

stereotip. Tulburările de sensibilitate intervin nefast în reeducarea funcțională a mișcărilor. Spasticitatea avantajează instalarea la bolnav a unor reflexe primitive.

Tehnica de inhibiție Bobath are drept scop diminuarea activității tonice reflexe, care a perturbat schema normală a motilității active. Conform acestui program, kinetoterapeutul se ocupă nu cu recuperarea forței, ci redă segmentului posturi opuse celor patologice deja existente. Aceste poziții diminuează progresiv tonusul muscular. Programul reflectă ordinea pozițiilor reflex-inhibitoare, care încep totdeauna cu cea a capului și cea a gâtului, continuând cu trunchiul, bazinul și numai în final – cu membrele. Metoda Bobath conține o mare varietate de poziții fundamentale și interacțiuni reflexe. Meritul acestei metode este că ea poate începe de la "nimic", stimulând cele mai mici resurse latente.

Metoda Tardien se aplică mai mult la pacienții de vârstă tânără și are ca punct de plecare obținerea prealabilă a relaxării musculare, pe care se educă deprinderile motorii. Se admit și corecții chirurgicale și ortopedice. Atenție deosebită se acordă activităților recreative, jocului și terapiei ocupaționale.

Tehnicile de relaxare utilizate în reabilitarea bolnavului hemiplegic includ metode active (yoga, relaxarea activă, safirologia, relaxarea senzorială) și pasive (hipnoza, trainingul autogen, retroacțiunea electromiografică).

Concluzii

În funcție de starea somatică și revenirea în cunoștință, recuperarea pacientului cu ictus cerebral sever va începe cât mai devreme posibil. Măsurile de recuperare se vor efectua pe etape, evoluarea fiind atât calitativă, cât și cantitativă. Complexitatea reabilitării impune aplicarea tratamentului medicamentos și celui fizioterapeutic, masajului, terapiei ocupaționale și ergoterapiei, reeducării tulburărilor de vorbire. Bolnavul participă cât mai activ la efectuarea programului preconizat.

Bibliografie

1. Ganea M., *Recuperarea și expertiza capacității vitale la bolnavii după ictus cerebral*, Chișinău, 1998.
2. Quandt I., *Neurologische krankheiten. Grundlagen der Artlichen Begutachtung*, Berlin, 1987, p. 139-168.
3. *Revista Română de Stroke. Prima Conferință națională de Stroke. Rezumate. Sesiunea a X-a. Recuperarea în Stroke*, București, 1998, p. 115-124.
4. Shelli E. Liss, *Stroke. Medical Rehabilitation*, New York, 1985, p. 193-208.
5. Vlad Tiberiu, Pendefunda Liviu, *Recuperarea bolnavului hemiplegic adult*, Iași, 1992.
6. Белов А.Н., *Нейрореабилитация*, Москва, 2003.

Prezentat la 08.04.2008

STUDIUL COMPARATIV AL ACȚIUNII
ANTIFUNGICE A UNOR PREPARATE
AUTOHTONE DE ORIGINE VEGETALĂ ȘI ALGALĂ

Angela SAVIN-GROSU,
Institutul de Microbiologie și Biotehnologie al
Academiei de Științe din Republica Moldova

Summary

The comparative study of antifungal action of a few original property medicines with vegetal and algal nature

The present study was undertaken to investigate the antifungal action of spirulina native hidroalcoolic extract, hidroperoxid and enoxil against types of fungus pathogenic for human.

*The 22 types of fungus were selected, including *Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton gypseum*, *Trichophyton mentographtes*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton tonsurans*, *Candida albicans*, *Epidermophyton floccosum*.*

The comparative study of the investigation drugs does evaluate that antifungal action of spirulina native hidroalcoolic extract is significantly superior to hidroperoxid and enoxil.

Introducere

După trecerea în revistă a unor date din literatura de specialitate privind fungii patogeni – agenți cauzali ai dermatomicozelor –, ne-am propus să studiem activitatea antifungică a preparatelor autohtone: extractul de spirulină, enoxilul și hidroperoxidul.

Pentru obținerea preparatelor medicamentoase sunt explorați diferiți compuși chimici, în centrul atenției cercetărilor fiind substanțele bioactive din diverse surse vegetale. Un rol deosebit se acordă cianobacteriilor și microalgelor.

Una dintre cele mai solicitate este spirulina, datorită multiplelor sale efecte farmaco-terapeutice. Spirulina, algă cianofită microscopică cu filamente helicale sau spiralate, pe parcursul experienței civilizației umane a căpătat o largă utilizare în calitate de produs alimentar, valoarea ei nutrițională fiind rezultatul unui conținut mai mult decât considerabil de proteină cu valoare deplină, datorat aminoacizilor esențiali.

Cercetările asupra beneficiilor terapeutice manifestate de biomasa de spirulină și unele extracte din aceasta, destul de numeroase, constată diverse efecte pozitive, în special antivirale, anticancerigene și imunomodulatoare.

Spirulina nu produce și nu elimină toxine, prioritate farmacologică importantă care o plasează printre sursele principale de materie primă pentru obținerea unor medicamente (V. Rudic, 2007).

Cercetările științifice realizate pe parcursul anilor în laboratorul interdepartamental de cercetări științifice *Ficobiotehnologie* au demonstrat prezența la unele preparate din spirulină a activității antifungice, însă cercetări speciale în această direcție nu au fost realizate. La propunerea academicianului V. Rudic, au fost inițiate cercetări microbiologice pentru a investiga proprietățile antifungice ale extractului hidroalcoolic de spirulină. Activitatea antifungică a fost apreciată după numărul de colonii pe geloza *Sabouraud*.

Scopul studiului a fost evaluarea acțiunii antifungice a extractului hidroalcoolic nativ de spirulină (ES-nativ), a hidropieroxidului și enoxilului; cercetarea acțiunii in vitro a ES-nativ, hidroperoxidului și enoxilului asupra agenților micotici patogeni pentru om.

Material și metode

În studiu au fost luate speciile de fungi ce provoacă dermatofitii și levurile ce provoacă candidoze. Materialul patologic recoltat direct de la bolnavi a fost cultivat pe mediul nutritiv *Sabouraud*. Au fost izolate 22 de tulpini ce includ speciile: *Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton gypseum*, *Trichophyton mentagrpohytes*, *Trichophyton tonsurans*, *Trichophyton violaceum*, *Candida albicans*, *Epidermophyton floccosum*, *Nocardia asteroides*.

Caracterele morfologic și cultural au fost studiate după Cojocaru I., 1979; Leșienco V, 1982; Colțoiu M., 1993; Sotton D., 2001.

Studiul acțiunii antimicotice a ES-nativ

În studiu au fost luate 22 de tulpini de dermatofiți: *Trichophyton rubrum* – 7, *Microsporum canis* – 4, *Trichophyton violaceum* – 1, *Trichophyton mentagrophytes* – 2, *Trichophyton tonsurans* – 2, *Epidermophyton floccosum* – 1, *Nocardia asteroides* – 1 și levuri: *Candida albicans* – 2.

A fost utilizat extractul hidroalcoolic de spirulină 10 mg/ml, pentru a aprecia in vitro acțiunea lui asupra tulpinilor de dermatofiți. Preparatul menționat a fost diluat până la 1 mg/ml, 0.5 mg/ml 0.25 mg/ml, mediul solid (geloză) *Sabouraud* a fost preventiv topit și răcit până la 40-45°C și turnat în cutii Petri, fiind ulterior inoculat cu fungii respectivi și incubat la 37°+ 1°C în termostat pentru 5-21 de zile. Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul 1.

Tabelul 1

Rezultatele acțiunii ES-nativ asupra creșterii unor dermatofiți

Nr. d/o	Agentul patogen, tulpina	ES-nativ, mg/ml			Martor (mediul nutritiv Sabouraud)
		0.25	0.5	0.1	
1.	M. canis 0,1	+++	+++	+++	+++
2.	M. canis 0,2	+++	+++	+++	+++
3.	M. canis 0,3	+++	+++	+++	+++
4.	M. canis 0,4	+++	+++	+++	+++
5.	Tr. gypseum 0,1	+++	+++	+++	+++
6.	Tr. gypseum 0,2	+++	+++	+++	+++
7.	Tr. rubrum 0,1	+++	++	+	+++
8.	Tr. rubrum 0,2	+++	++	+	+++
9.	Tr. rubrum 0,3	+++	++	+	+++
10.	Tr. rubrum 0,4	+++	++	++	+++
11.	Tr. rubrum 0,5	+++	++	+	+++
12.	Tr. rubrum 0,6	+++	++	++	+++
13.	Tr. rubrum 0,7	+++	++	+	+++
14.	Tr. violaceum 0,1	+++	++	-	+++
15.	Tr. mentagrophytes var. interdigitale 0,1	+++	++	++	+++
16.	Tr. mentagrophytes var. interdigitale 0,2	+++	++	++	+++
17.	Tr. tonsurans 0,1	+++	+++	+++	+++
18.	Tr. tonsurans 0,2	+++	+++	++	+++
19.	E. floccosum 0,1	+++	+++	+++	+++
20.	C. albicans 0,1	+++	+++	+++	+++
21.	C. albicans 0,2	+++	++	++	+++
22.	N. asteroides 0,1	+++	+++	+++	+++

Notă: „-” – 0 colonii (total); „+” – până la zece colonii (parțial); „++” – ½ cutie (subtotal); „+++” – toată cutia.

Extractul de spirulină (ES-nativ) în concentrație 1 mg/ml a avut efect de inhibiție subtotală asupra a 7 tulpini de *Trichophyton rubrum*. Inhibiției parțiale au fost supuse 2 tulpini de *Trichophyton rubrum* în concentrație de 1 mg/ml și 7 tulpini în concentrație de 0,5 mg/ml. Tulpina de *Trichophyton violaceum* a fost inhibată total în concentrația 1 mg/ml.

Tulpinile de *Trichophyton mentagrophytes* și una dintre tulpinile de *Trichophyton tonsurans* au fost inhibate subtotal în concentrație de 0,5 mg/ml și 1 mg/ml. Concentrația de 1 mg/ml și 0,5 mg/ml a manifestat inhibiție subtotală asupra unei tulpini de *Candida albicans*. Preparatul ES-nativ a fost inactiv în cazul cultivării tulpinilor de *Microsporum canis* (4), *Trichophyton gypseum* (2), *Trichophyton tonsurans* (1), *Epidermophyton floccosum* (1) și *Nocardia asteroides*.

Așadar, putem concluziona că extractul hidroalcoolic nativ de spirulină posedă acțiune de inhibiție parțială și subtotală asupra tulpinilor *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Candida albicans* și *Trichophyton violaceum*. Astfel, experiențele au demonstrat o acțiune antifungică moderată a preparatului ES-nativ.

Studiul acțiunii antifungice a preparatului hidroperoxid

Terpenoidele constituie una dintre cele mai importante clase de compuși naturali. Interesul sporit față de compuși terpenici persistă în ultimele decenii, fiind condiționat de bioactivitatea deosebită a acestora, care determină valoarea lor practică [3]. Deși terpenoidele au fost depistate în diverse surse naturale, conținutul lor în acestea este de regulă mic, ceea ce împiedică studiul proprietăților lor practice și a bioactivității.

Consultând literatura consacrată activității compușilor naturali, ne-am propus să studiem acțiunea unor terpenoide – derivații terpenici din seria drimanului ce se obțin din industria uleiurilor eterice [3]. Pentru investigații am utilizat preparatul hidroperoxid: 12- hidrox-8α, 12-epoxi-11-bishomodrimanului [2], elaborat printr-o metodă eficientă și simplă de academicianul Vlad Pavel și coautorii (brevet de invenție BOPI, nr. 12, 2004).

Pentru aprecierea acțiunii antifungice in vitro, preparatul hidroperoxid a fost diluat până la concentrația 10,0-5,0-2,5 și 1,25 mg/ml, utilizând mediul agarizat *Sabouraud*, preventiv topit și răcit până la 45-50°C. În experiențe a fost utilizată soluția de hidroperoxid solubilizată în dimetilsulfoxid. Rezultatele experimentului sunt prezentate în tabelul 2.

Tabelul 2

Rezultatele acțiunii hidroperoxidului asupra creșterii unor dermatofiți

Nr. d/o	Agentul patogen, tulpina	Hidroperoxid, mg/ml				Martorul (mediul nutritiv Sabouraud)
		1,25	2,5	5,0	10,0	
1.	M. canis 0,1	+++	++	-	-	+++
2.	M. canis 0,2	+++	++	-	-	+++
3.	Tr. gypseum 0,1	+++	++	+	-	+++
4.	Tr. gypseum 0,2	+++	++	+	-	+++
5.	C. albicans 0,1	+++	++	++	-	+++
6.	C. albicans 0,2	+++	+++	++	-	+++
7.	Tr. rubrum 0,1	++	+	-	-	+++

Notă: vezi tabelul 1.

În studiu au fost luate 7 tulpini de dermatofiți: *Microsporum canis* (2), *Trichophyton gypseum* (2), *Trichophyton rubrum* (1) și levuri: *Candida albicans* (2).

Preparatul în concentrație de 10,0 mg/ml a inhibat total cele 7 tulpini de dermatofiți. Hidroperoxidul a manifestat inhibiție totală și în concentrația 5,0 mg/ml asupra a 2 tulpini de *Microsporum canis* și asupra tulpinii de *Trichophyton rubrum*.

În concentrație de 5,0 mg/ml hidroperoxidul a inhibat subtotal tulpinile de *Candida albicans*, iar în concentrație de 2,5 mg/ml – tulpinile de *Microsporum canis*, *Trichophyton gypseum*, *Candida albicans*. Preparatul a avut inhibiție subtotală, în concentrație de 2,5 mg/ml, asupra culturii de *Trichophyton rubrum*. Deci, putem menționa că concentrația minimală antifungică a preparatului ES-nativ este de 10 ori mai mică decât a hidroperoxidului.

Studiul acțiunii antifungice a preparatului enoxil

Actualmente în lume și în Republica Moldova se înregistrează o continuă depreciere a nivelului imunității, însoțită de ascensiunea afecțiunilor micotice și bacteriene ale tegumentului [2].

Efectul slab, reacțiile adverse și prețul înalt al unor remedii medicamentoase au determinat intensificarea cercetărilor științifice cu privire la valorificarea unor surse noi de substanțe biologice active. Este cunoscut faptul că taninurile vegetale posedă proprietăți antimicrobiene. Semănțele de struguri sunt o sursă importantă de obținere a substanțelor fenolice, care după realizarea proceselor de curățire și uscare pot forma tanin (endotanin).

Preparatul enoxil, obținut prin tehnologii originale de profesorul Tudor Lupașcu în rezultatul modificărilor endotaninurilor, s-a dovedit a fi un compus care posedă proprietăți antibacteriene evidente. În scopul valorificării acțiunii antifungice a preparatului enoxil am efectuat acest studiu, în care am utilizat soluție alcoolică enoxil 25-50-100-150 mg/ml în 20° etanol. Rezultatele obținute sunt prezentate în tabelul 3.

Analiza rezultatelor ne demonstrează că soluția enoxil în concentrații 25 mg/ml (în diluții de 1,25 mg/ml și 2,5 mg/ml) a avut acțiune parțial inhibitoare asupra creșterii tulpinilor *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton gypseum*, *Microsporum canis*, *Trichophyton violaceum*. Aceste serii ale preparatului nu au inhibat creșterea tulpinilor *Candida albicans*.

Soluția alcoolică enoxil 50 mg/ml a manifestat inhibiție totală în diluție 5,0 mg/ml și subtotală în diluție 2,5 mg/ml a creșterii tulpinilor menționate însă nu a acționat asupra creșterii tulpinilor de *Candida albicans*.

Utilizarea soluției alcoolice enoxil 100 mg/ml în diluții 2,5 mg/ml și 5,0 mg/ml a demonstrat aceeași capacitate de inhibiție și la fel nu a influențat creșterea tulpinilor de *Candida albicans*.

Sub influența preparatului enoxil standard soluție 100 mg/ml în alcool 48° (tabelul 4), s-a observat inhibiție parțială la o tulpină de *Candida albicans* în concentrație de 10 mg/ml. Inhibiție totală a creșterii tulpinilor *Microsporum canis* (2 tulpini) și *Trichophyton rubrum* (2 tulpini) a avut preparatul dat în toate diluțiile 2,5-5,0 și 10 mg/ml.

Tabelul 3

Rezultatele acțiunii enoxilului asupra creșterii unor tulpini de dermatofiți

Nr. d/o	Tulpina	Sol. alc. enoxil 25 mg/ml			Sol. alc. enoxil 50 mg/ml			Sol. alc. enoxil 100 mg/ml			Martor mediul nutritiv Sabouraud)
		2.5	1.25	0.025	5.0	2.5	1.25	10	5	2.5	
1.	M. canis 0,1	++	++	+++	-	+	+++	-	-	+++	+++
2.	M. canis 0,1							-	-	+++	+++
3.	Tr. rubrum 0,1	++	++	+++	-	+	+++	-	+	+++	+++
4.	Tr. rubrum 0,2	++	++					-	-	+++	+++
5.	Tr. gypseum 0,1	++	++	+++	-	+	++	-	-	+++	+++
6.	Tr. violaceum 0,1	++	++	+++	-			-	-	+++	+++
7.	C. albicans 0,1	+++	+++	+++				+++	+++	+++	+++
8.	C. albicans 0,2	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++	+++

Notă: vezi tabelul 1.

Tabelul 4

Rezultatele acțiunii soluției enoxil standard asupra creșterii unor tulpini de dermatofiti

Nr. d/o	Agentul patogen	Soluția enoxil standard 100 mg/ml «Enoconsalting» în 48° alcool				Martor (mediul nutritiv Sabouraud)
		10	5	2,5	0,125	
1.	C. albicans 0,2	++	+++	+++	+++	+++
2.	C. albicans 0,3	+++	+++	+++		+++
3.	M. canis 0,2	-	-	-		
4.	M. canis 0,3	-	-	-	+	+++
5.	Tr. rubrum 0,3	-	-	-	-	+++
6.	Tr. rubrum 0,4	-	-	-	-	+++

Notă: vezi tabelul 1.

Soluția enoxil alcoolică „Enoconsalting” 100 mg/ml în alcool 48° (tabelul 5) a inhibat total creșterea tulpinii *Microsporium canis* (2), *Trichophyton rubrum* (2) în toate diluțiile și a inhibat total creșterea *Candida albicans* în diluție 10,0 mg/ml și parțial în 5,0 mg/ml. Diluția 1,25 și 2,5 mg/ml nu a influențat creșterea tulpinilor *Candida albicans*.

Tabelul 5

Rezultatele acțiunii enoxilului în soluție alcoolică „Enoconsalting” asupra creșterii unor tulpini de dermatofiti

Nr. d/o	Agentul patogen	Enoxil soluție alcoolică „Enoconsalting” 10,0mg/ml în alcool 48%				Martor (mediul nutritiv Sabouraud)
		10,0	5,0	2,5	1,25	
1.	C. albicans 0,2	-	+++	+++	+++	+++
2.	C. albicans 0,3	-	-	-	+	+++
3.	M. canis 0,2	-	-	-	+	+++
4.	M. canis 0,3	-	-	-	+	+++
5.	Tr. rubrum 0,3	-	-	-	+	+++
6.	Tr. rubrum 0,4	-	-	-	-	+++

Notă: vezi tabelul 1.

Stutiul comparativ al acțiunii antifungice a preparatelor ES-nativ, hidroperoxid și enoxil

Pentru aprecierea priorităților preparatelor investigate, am efectuat un studiu comparativ (tabelul 6).

Concluzii

Analiza rezultatelor studiului comparativ al preparatelor luate în experiment a demonstrat că extractul hidroalcoolic nativ de spirulină posedă acțiune antimicrobică in vitro mult mai pronunțată decât hidroperoxidul și enoxilul.

ES-nativ a manifestat acțiune inhibitoare asupra tulpinilor de *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton gypseum*, *Trichophyton violaceum*, *Trichophyton mentagrophytes*, *Microsporium canis* și *Candida albicans* în concentrație mult mai mică (1mg/ml și 0,5mg/ml) comparativ cu hidroperoxidul (10 mg/ml și 5 mg/ml) și enoxilul (10,0 și 5,0 mg/ml).

Bibliografie

1. Cojocaru I., *Elemente de dermatomicologie*, București, Editura medicală, 1979, 162 p.
2. Diaconu D.-J., Popescu M.-A., Nica D., Frotea C.-C., *Micoze cutaneo-mucoase, în Dermato-venerologie*, București, 1999, p. 114-137.
3. Duca Gh., Lupașcu T., Vlad P., Kulcički V., R. Nastas, *Studie son the water solubilization processes of oenotannins and their phisico-chemical properties*, în *Chemistry Journal of Moldova*, nr. 1, 2006, p. 74-80..
4. Feier V., *Dermatomicoze, în Dermato-venerologie*, Timișoara, 1998, p. 103-120.
5. Macovei Or., Macovei I., *Candidozele cutaneo-mucoase, în Dermato-venerologie*, Piatra-Neamț, 2006, p. 50-56.
6. Țolea I., *Dermatoze provocate de paraziți vegetali. Dermatomicoze, în Dermatovenerologie clinică*, Craiova, 2002, p. 103-121.
7. Лещенко В. М., *Лабораторная диагностика грибковых заболеваний*, Москва, Изд-во Медицина, 1982, 142 с.
8. Саттон Д., Фотергилл А., Финальди М., *Определитель патогенных и условно-патогенных грибов*, Москва, Изд-во Мир, 2001, 468 с.

Prezentat la 26.01.2008

Tabelul 6

Rezultatele studiului comparativ al acțiunii antifungice a preparatelor ES-nativ, hidroperoxid și enoxil

Nr. d/o	Agenul patogen	ES- nativ				Hidroperoxid				Enoxil			Martor (mediul nutritiv Sabouraud)
		0,25	0,5	1,0	1,25	1,5	5,0	10,0	2,5	5,0	10,0		
1	M. canis 01	+++	+++	+++	+++	++	-	-	+++	-	-	+++	
2	M. canis 02	+++	+++	+++	+++	++	-	-	+++	-	-	+++	
3	Tr. rubrum 01	+++	++	+	++	++	+	-	+++	-	-	+++	
4	Tr. rubrum 02	+++	++	+	+++	+	+	-	+++	+	-	+++	
5	Tr. rubrum 03	+++	++	+	++	+	-	-	+++	-	-	+++	
6	Tr. violaceum 01	+++	++	-	+++	+	-	-	+++	-	-	+++	
7	Tr. gypseum 01	+++	++	+	+++	+	+	-	+++	-	-	+++	
8	Tr. gypseum 02	+++	++	+	+++	++	+	-	+++	-	-	+++	
9	C. albicans 01	+++	+++	+++	+++	++	++	-	+++	-	-	+++	
10	C. albicans 02	+++	+++	+++	+++	++	++	-	+++	-	-	+++	
11	Tr. mentagrophytes 01	+++	++	++	+++	+++	++	-	+++	+	-	+++	

Notă: vezi tabelul 1.

BAZELE SUPRAVEGHERII REZISTENȚEI
LA ANTIBIOTICE A MICROORGANISMELOR
ȘI ORGANIZAREA SISTEMULUI CONCEPTUAL
DE UTILIZARE A PREPARATELOR ANTIBACTERIENE

Ludmila EȚCO, Serghei MARIN, Ludmila RAI-
LEAN, Ludmila ANTON, Alla MARIN,
IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul
Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Summary

Basis of supervision over antibiotic resistance of microorganisms and organization of a systemic approach to using antibacterial chemicals

Permanently extending use of antimicrobial chemicals generates a number of serious problems. The most topical of them is a massive, irrational and often ungrounded administration of antibacterial medication which leads to the selection of microorganism cultures resistant to antibiotics. In this way, treatment becomes inefficient, the period of hospitalization extends significantly, the amount of applied medications and medical procedures increases – factors which, correspondingly, condition the cost of treatment to go up.

Taking into consideration that antibiotics are most intensely used in child and obstetrical hospital departments, there is a pressing need for developing and implementing some basic principles of their use which should become the restrictive mechanism for the formation of antibiotic resistance. The development and implementation of such policy would allow for a higher quality of healthcare services offered to patients, decrease treatment expenses, as well as prevent the generation and spreading of poly-resistant nosocomial cultures, which is a significantly positive factor for the national health and for medical institutions' budgets.

The work carried out allows us to recommend a rational approach to antibacterial therapy with the administration, at the initial treatment stage, of the most efficient antibiotics of choice, and, ultimately, a correction by means of reserve medications based on laboratory data and the clinical finding.

We also suggest soundly determining the types and amount of antibiotics of choice and reserve to be purchased, taking into account their efficiency and cost, which will ensure a qualitative and, at the same time, economical use of antibacterial therapy; as well as constantly monitoring antibiotic resistance of microorganisms isolated from patients with different diagnoses for an operative specification of the list of antibiotics of choice and reserve antibiotics recommended.

Introducere

Dezvoltarea tehnologiilor medicale, condițiile actuale de acordare a asistenței medicale pacienților, implementarea unor noi preparate antibacteriene au condiționat transformări evolutive imense a microorganismelor, responsabile îndeosebi de îmbolnăvirile septico-purulente nespecifice. Aceasta, la rândul său, nu putea să nu influențeze asupra manifestării formelor clinice, duratei și gravității bolilor provocate de aceste bacterii și, mai ales, asupra creșterii morbidității nosocomiale. Lărgirea permanentă a spectrului de preparate antimicrobiene folosite creează un șir de probleme. Cea mai importantă este indicarea masivă, irațională, deseori nefondată a preparatelor în cauză, care duce la selectarea tulpinilor spitalicești de microorganisme antibio rezistente [3, 6, 8].

În majoritatea cazurilor antibioticele sunt administrate fără o analiză concretă a structurii etiologice și rezistenței la antibiotice a microorganismelor izolate de la pacienți cu diferite diagnoze. Totodată, este regretabil faptul că terapia antibacteriană nu se corectează nici după obținerea rezultatelor investigațiilor respective de laborator. În asemenea cazuri tratamentul devine formal, inefficient, se măresc vădit termenii de spitalizare, crește volumul aplicat de preparate medicamentoase și manipulări medicale, condiționând scumpirea tratamentului [3, 4, 8].

Paralel crește rezistența microorganismelor la tot mai multe antibiotice, inclusiv la antibiotice cu spectru larg de acțiune și noi preparate apărute pe piața farmaceutică, dictând necesitatea lărgirii permanente a arsenalului de preparate antimicrobiene [8].

Luând în considerație faptul că actualmente rezultatele studiului rezistenței la antibiotice pot fi obținute doar peste 48-96 de ore, devine importantă determinarea și analiza microflorei frecvent izolate de la pacienți. Aceasta permite elaborarea nomenclatorului de antibiotice electiv și de rezervă, care urmează a fi recomandate staționarului concret, într-un timp concret și, uneori, la nosologia concretă [4-7].

Deoarece antibioticele sunt folosite pe larg în staționarele de copii și cele obstetricale, devine stringentă elaborarea și implementarea principiilor de bază de folosire a lor, care trebuie să prezinte un mecanism de reținere a formării rezistenței respective. Elaborarea și implementarea unei politici la acest compartiment va permite ameliorarea calității proceselor curative și micșorarea costului tratamentului, de asemenea va reduce formarea și răspândirea tulpinilor polirezistente, devenind un criteriu important pentru sănătatea pacienților și pentru bugetul instituției medicale [4, 6, 7, 8].

Materiale și metode

În studiul prezent au fost folosite rezultatele investigațiilor microbiologice asupra pacienților Institutului, spitalizați în diferite secții cu diagnoze diferite, efectuate în laboratorul bacteriologic al IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului în anii 2004-2007. Rezistența microorganismelor a fost determinată la 21 de antibiotice. Nomenclatorul de antibiotice a fost stabilit conform cerințelor Ordinului MS nr. 281 din 27.10.2000 *Cu privire la utilizarea rațională a medicamentelor* și nr. 262 din 08.09.2003; de asemenea, ale Ordinului pe IMSP ICȘDOSMC nr. 01-19/108 din 03.11.2004 *Despre aprobarea formularului farmaceutic pe ICȘDOSMC*, care se suplimenta și se concretiza, ținând cont de preparatele achiziționate și folosite în Institut [1, 2, 5]. Prelucrarea datelor s-a

efectuat conform registrelor de investigare microbiologică a substratelor biologice (f. nr. 252/e) și conform registrelor determinării sensibilității microorganismelor la preparatele chimioterapeutice (f. nr. 254/e). S-au folosit metode de analiză epidemiologică. În procesul de analiză au fost studiate structura etiologică și rezistența la antibiotice a 11989 tulpini de microorganisme patogene și condiționat-patogene a 32 de specii izolate de la 15642 pacienți spitalizați în secțiile cu profil pediatric, obstetrical și chirurgical.

Rezultate și discuții

Mai frecvent, în 9636 cazuri (80,4%) s-au depistat tulpinile a 7 specii de microorganisme: *Streptococcus viridans* – 2217 (23%), *Enterococcus* – 1923 (20%), *Escherichia coli* – 1802 (18,7%), *Staphylococcus epidermidis* – 1799 (18,7%), *Staphylococcus aureus*

Tabelul 1

Aprecierea comparativă a rezistenței unor microorganisme față de diferite preparate antibiotice (2004-2007)

	<i>St. aureus</i>			<i>St. epidermidis</i>			<i>E. coli</i>			<i>Ps. aeruginosa</i>			<i>Enterococcus</i>			<i>St. viridans</i>			<i>H. influenzae</i>		
	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere	Cercetate	Rezistent	Pondere
Penicilină	71	70	98,6	63	58	92,1							360	236	65,6	718	418	58,2			
Ampicilină	374	345	92,2	384	344	89,6	508	383	75,4	32	31	96,9	468	160	34,2	1152	562	48,8	258	211	81,8
Oxacilină	337	204	60,5	337	224	66,5										46	36	78,3			
Cefazolină	829	186	22,4	974	283	29,1	553	210	38,0	21	21	100	614	402	65,5	1171	377	32,2	179	128	71,5
Cefuroxim	446	150	33,6	547	201	36,3	224	131	58,8	36	35	97,2	339	253	74,6	559	214	38,3	188	152	80,9
Cefotaxim	747	234	31,3	869	354	40,7	546	134	24,4	67	50	74,6	593	353	59,5	1125	352	31,3	258	199	77,1
Cefalexină							34	24	70,6												
Cefoxitină							32	17	53,1												
Ceftazidim	178	55	30,9				153	42	27,5	46	28	60,9							69	48	69,6
Gentamicină	774	185	23,9	760	314	41,3	495	210	42,4	64	21	32,8	594	526	88,6	1082	713	65,9	255	114	44,7
Doxiciclină	257	100	38,9	287	189	65,9	280	243	86,8	11	10	90,9	169	152	89,9	394	243	61,7	113	52	46,0
Tobramycină	113	15	13,3	153	75	49,0	107	46	43,0	39	23	59,0	65	57	87,7	74	65	87,8	53	31	58,5
Erithromicină	728	349	47,9	789	531	66,5	108	104	96,3	11	11	100	637	477	74,9	1016	518	51,8	128	115	89,8
Azitromicină	798	459	57,5	922	641	69,5	323	308	95,4	31	30	96,8	601	531	88,4	723	411	56,8	251	177	70,5
Clindamicină	28	8	28,6	56	21	37,5							65	62	95,4	45	11	24,4			
Claritromicină	337	166	49,3	326	193	59,2							65	53	81,5	47	21	44,7	69	52	75,4
Lincomicină	536	260	48,5	638	402	63,0							254	216	85,0	735	327	44,5			
Vancomicină	49	34	69,4	71	35	49,3							153	93	60,8	66	12	18,2			
Levomice-tină	416	361	86,8	400	353	88,3	435	189	43,4	31	31	100	169	165	97,6	531	419	78,9	259	81	31,3
Ciprofloxa-cină	799	172	21,5	954	314	32,9	739	90	12,2	86	11	12,8	635	592	93,2	1199	801	66,8	258	40	15,5
Ofloxacină	39	8	20,5	67	22	32,8	54	12	22,2	2	0	0	6	0	0	58	36	62,1	3	1	33,3

– 1283 (13,2%), *Haemophilus influenzae* – 393 (4,1%), *Pseudomonas aeruginosa* – 219 (2,3%) (tabelul 1). Anume studiul acestor 7 specii de microorganisme stă la baza analizei efectuate atât pe instituție, cât și pe subdiviziunile de profil obstetrical, chirurgical și pediatric, de asemenea pe diagnozele de bază. Menționăm că cel mai frecvent în subdiviziunile institutului a fost izolat *Streptococcus viridans*, care avea cea mai mică rezistență față de ceftriaxon (11,8%), vancomicină (18,2%), cefotaxim (26,9%) și cefuroxim (31,4%).

Frecvent a fost depistat și *Staphylococcus epidermidis*, cu cea mai mică rezistență față de cefazolină (30,6%), ciprofloxacina (32,7%), ofloxacina (32,7%). Apoi urmează *Staphylococcus aureus* cu rezistență joasă la ceftriaxon (16,1%), cefazolină (22,4%), ciprofloxacina (27,4%). *Enterococcus* s-a dovedit a fi sensibil numai la ampicilină (34,2%). *Escherichia coli* a manifestat rezistență mică la ciprofloxacina (9,6%), ceftriaxon (11,0%), cefotaxim (17,1%), ofloxacina (22,2%); *Pseudomonas aeruginosa* și *Haemophilus influenzae* – la ciprofloxacina (11,5% și 13,6% respectiv).

Aceste date ne-au permis să determinăm un grup mai eficient de antibiotice cu spectru larg de acțiune în unele boli cauzate de microorganisme izolate de la pacienții instituției. Acestea sunt: ciprofloxacina – eficientă la afecțiuni provocate de *Haemophilus influenzae*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Staphylo-*

coccus epidermidis; ceftriaxonul – eficient în cazul afecțiunilor provocate de *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus viridans*, *Escherichia Coli*; cefazolina – eficientă împotriva *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus viridans*; cefotaximul – eficient la *Escherichia coli*, *Streptococcus viridans*; ampicilina – eficientă numai împotriva tulpinei *Enterococcus*.

Astfel, cele mai frecvent folosite antibiotice actualmente – penicilina, oxacilina, lincomicina, erytromicina, gentamicina, doxiciclina, ceftazidimul, tobramicina, azitromicina, claritromicina, vancomicina, cefuroximul și altele sunt neeficiente față de majoritatea tulpinilor de microorganisme izolate de la pacienții Institutului (până la 98%).

Cel mai înalt nivel de investigare bacteriologică și cea mai mare cotă de izolare a tulpinilor de microorganisme se atestă în secțiile cu profil pediatric: *Streptococcus viridans* – 28,1%, *Enterococcus* – 17,5%, *Escherichia coli* – 16,9%, *Staphylococcus epidermidis* – 16,4%, *Staphylococcus aureus* – 12,5%, *Haemophilus influenzae* – 5,9% (tabelul 2).

Analiza tulpinilor de microorganisme izolate ne permite să determinăm diferențial cea mai eficientă și universală antibioterapie. Astfel, la diagnozele de reumatism, pneumonie, bronhopneumonie, astm bronșic preponderent (în 74,5%) se izolează tulpinile de *Streptococcus viridans*, *Staphylococcus aureus*, care sunt înalt sensibile la ceftriaxon, cefazolină și cefotaxim.

Tabelul 2

Structura etiologică a microorganismelor izolate de la pacienți cu diferite diagnoze în secțiile pediatrie ale IMSP ICȘDOSMC în anii 2004-2007

	Reumatism		Pneumonie			Infecție intrauterină		Astm bronșic	Pneumonie congenitală	Vulvovaginită	Piodermie	Conjunctivită	Sepsis	Omfolită	Mucoviscidoză	Pielonefrită		Altele						Total microorganisme izolate			
	faringe	sânge	spută	faringe	sânge	sânge	faringe ochi	spută	faringe	sânge	vagin	puroi	ochi	sânge	ombilic	faringe	spută	urină	vagin	sânge	faringe	spută	vagin		ochi	piele	sânge
St. Aureus	221		41	1		2	2	36	4		60	3			4	55	14	6		37	11	1	3	1			504
St. epidermidis	10	1	15	4	28	251	1		1	20	151	2	17	10	3		3	66	12	4	3	1	9	3	4	41	660
E. coli	5		15	4	1	14	2	2			134	1	1	1	1	8	455	11	3	1	5	7				10	682
Ps. aeruginosa	3		7			2	1	3					1		1	2	38	42	2			3	3			2	110
Enterococcus	81	3	21	6	2	53	5	18	2	3	201	1	9	4	3	1	10	220	22	1	8	8	5	3	3	10	703
St. viridans	500		142	22	1	4	3	111	8		138		4			10	47	10	21		69	36	4			1	1131
H. influenzae	67		38	1	1			24	7		6					31	27	1			18	15	1				237
Total	887	4	279	38	33	326	14	194	22	23	690	7	34	15	8	49	188	808	74	8	136	79	30	9	8	64	4027

La infecțiile intrauterine și alte afecțiuni septico-purulente (conjunctivită, omfalită, piodermită, sepsis, pneumonie) se izolează tulpinile de *Staphylococcus epidermidis* (68,6%) și *Enterococcus* (18,1%), sensibile la cefazolină (30,6%) și ampicilină (32,6%).

La infecțiile inflamatorii ale rinichilor, în 53% cazuri a fost depistată și izolată *Escherichia coli*, sensibilă la ceftriaxon și ciprofloxacina, iar în 27,5% cazuri a fost izolat *Enterococcus*, sensibil la ampicilină.

Este necesar de a evidenția că *Haemophilus influenzae*, izolat preponderent la pacienții cu diagnoze de mucoviscidoză, astm bronșic, reumatism, este sensibil numai la ciprofloxacina.

Analiza datelor despre rezistența la antibiotice a microorganismelor izolate în secțiile pediatrie ale ICȘDOSMC confirmă oportunitatea folosirii următoarelor antibiotice: ceftriaxon, ciprofloxacina și cefazolină.

În secțiile de profil obstetrical mai frecvent au fost investigate gravidele – 66,0%, de asemenea, pacientele cu afecțiuni septico-purulente ale sferei sexuale sau cu suspecție la aceste afecțiuni – 16,7% (tabelul 3). În 34,9% cazuri la gravide și în 38,3% la pacientele cu boli septico-purulente au fost izolate tulpinile de *Enterococcus*. În 32,4% cazuri la gravide și 24,1% la paciente cu boli septico-purulente a fost izolată *Escherichia coli*. La pacientele cu afecțiuni septico-purulente s-a izolat *Staphylococcus epidermidis* în 18,2% cazuri.

Astfel, luând în considerație datele rezistenței la antibiotice, mai eficiente în tratamentul și profilaxia îmbolnăvirilor septico-purulente în secțiile obstetricale sunt următoarele antibiotice: ceftriaxonul, ciprofloxacina și cefotaximul, de asemenea ampicilina (în afecțiunile cu *Enterococcus*).

În bolile septico-purulente la pacienții de profil chirurgical microorganismele depistate sunt: *Staphylococcus aureus* (32,1%), *Enterococcus* (18,7%),

Staphylococcus epidermidis (17,0%), *Streptococcus viridans* (15,7%), *Escherichia coli* (12,8%) (tabelul 4).

Microflora izolată de la pacienții din secțiile chirurgicale cu afecțiuni inflamatorii ale rinichilor este identică cu microflora izolată de la bolnavii secției nefrologice somatice, de aceea în terapia acestor boli sunt mai eficiente ceftriaxonul, ciprofloxacina și cefazolina, de asemenea ampicilina (la flora cu *Enterococcus*).

Analiza efectuată ne permite să propunem o terapie antibacteriană fondată și eficientă atât în scop curativ, cât și în scop profilactic. Studiul comparativ al datelor rezistenței la antibiotice a tulpinilor izolate în ICȘDOSMC demonstrează raționalitatea folosirii în stadiile incipiente ale tratamentului și profilaxiei afecțiunilor septico-purulente a astfel de antibiotice ca ceftriaxonul, cefazolina și ciprofloxacina.

Totodată, este necesar de a ține cont de faptul că factorul etiologic al complicațiilor septico-purulente la lăuze (în 35,8%) și la nou-născuți (în 18,0%) sunt microorganismele din genul *Enterococcus*, sensibile practic numai la ampicilină.

Concluzii

Rezultatele prezentate sunt indicate în determinarea tacticii tratamentului și profilaxiei afecțiunilor septico-purulente ale pacienților Institutului la etapa inițială, până la obținerea rezultatelor investigațiilor de laborator. Aceasta nu exclude posibilitatea de elecție a preparatului potrivit de către medicul curant în fiecare situație concretă.

Totodată, folosirea largă a rezultatelor antibioretistenței permite de a spori calitatea tratamentului și a gestiona mai rațional și econom bugetul Institutului.

Este necesar de a menționa rolul deosebit al investigațiilor precoce de laborator, conform cărora

Tabelul 3

Structura etiologică a microorganismelor izolate de la pacienți cu diferite diagnoze în secțiile maternității IMSP ICȘDOSMC în anii 2004-2007

	Sarcină			Inflamația organelor genitale		Metroendometrită		Supurația, deschiscenta plăgii		Starea după operație cezariană		Perioada de lăuzie		Altele					Total microorganisme izolate
	vagin	sânge	urină	vagin	sânge	vagin	canal cervical	vagin	plagă	vagin	plagă	canal cervical	plagă	vagin	canal cervical	plagă	faringe	sânge	
St. aureus	47	3	6	13		4		1	1	1		1		16			2	1	96
St. epidermidis	179	77	15	50		18	2		1	6	3	7	10	57	5	3		10	443
E. coli	127	242	115	59	3	26			2	3	1	6	5	54	4	1		5	653
Ps. aeruginosa	4	4	7			2							1	1				2	21
Enterococcus	303	162	55	97	4	35	2	2	3	6	2	22	16	85	3	5	1	6	809
St. viridans	122	18	6	42		5			1	1				31	3		7	1	237
H. influenzae																	3		3
Total	782	506	204	261	7	90	4	3	8	17	6	36	32	244	15	9	13	25	2262

Tabelul 4

Structura etiologică a microorganismelor izolate de la pacienți cu diferite diagnoze în secțiile chirurgicale ale IMSP ICȘDOSMC în anii 2004-2007

	Osteomieliță		Apendicită		Inflamația pielii și țesutului subcutanat	Peritonită		Abscesul organelor interne		Sepsis		Pneumonie distructivă		Omfolită		Pielonefrită	Plagă infectată	Altele					Total microorganisme izolate
	puroi	rană, plagă	puroi	cavitatea abdomen.		puroi	puroi	cavitatea abdomen.	puroi	rană	puroi	faringe	spută	plagă	puroi			ombilic	urină	puroi	puroi	piele	
St. aureus	58	2	5	4	31	1		4	1	5	1	2		2		3	1	19	3	6		9	157
St. Epidermidis	3		5	5	15	5	3	1		4	1		1		2	8	1	15		8	4	9	90
E. coli			19	14	2	9	4	2	1							69		6				4	130
Ps. aeruginosa			1		1	1	1	1		1	1				1	3		3		2		2	18
Enterococcus	7	1	7	4	9	14	3	2	3				1	2	2	20		21		8	1	4	109
St. viridans	5		5	2	5		1	1	2		4	9				2		3		33	4	1	77
H. influenzae				1								1								1			3
Total	73	3	42	30	63	30	12	11	7	10	7	12	2	4	5	105	2	67	3	58	9	29	584

se poate efectua la timp corecția terapiei antibacteriene, ceea ce asigură monitoringul aplicării adecvate și eficiente a preparatelor antimicrobiene. Efectuarea monitoringului în cauză va duce la revizuirea permanentă și reînnoirea listei preparatelor eficiente și a celor de rezervă.

Datele analizei pot fi folosite, de asemenea, la determinarea necesităților în preparate antibacteriene atât pentru instituție, cât și pentru fiecare subdiviziune.

Propuneri

1. Se recomandă revizuirea și modificarea standardelor terapiei antimicrobiene cu respectarea următorului algoritm:

- Investigarea precoce (până la aplicarea preparatului sau în prima zi a tratamentului) de laborator a substratelor biologice ale pacienților cu determinarea sensibilității la antibiotice a tulpinilor izolate;

- Corectarea tratamentului antimicrobian în funcție de rezultatele obținute și manifestarea clinică a bolii.

2. Este necesar de a asigura investigarea obligatorie de laborator a pacienților cu afecțiuni septico-purulente, pentru corectarea operativă a tratamentului și monitoringul permanent al rezistenței la antibiotice a tulpinilor de microbi izolate.

3. La determinarea nomenclatorului și cantității antibioticelor de elecție și de rezervă ce trebuie achiziționate se va ține cont de eficacitatea și costul

lor, asigurându-se o terapie antimicrobiană adecvată, calitativă și economică.

Bibliografie

1. Ordinul MS nr. 281 din 27.10.2000 *Cu privire la utilizarea rațională a medicamentelor.*
2. Ordinul MS nr. 262 din 08.09.2003 *Cu privire la modificarea anexelor Ordinului MS nr. 28 din 04.02.2002 și nr. 281 din 27.10.2000.*
3. Prisacari V., *Problema infecțiilor nosocomiale*, în *Curierul medical*, nr. 3, Chișinău, 2005, p. 47-52.
4. Prisacari V., *Rolul diagnosticului bacteriologic în supravegherea infecțiilor septico-purulente nosocomiale*, în *Materialele Simpozionului Sanofi Diagnostics Paster*, Chișinău, 1999, p. 39-40.
5. Нахаба В. А., Ангел М. С., *Диско-диффузный метод определения чувствительности микроорганизмов к антибиотикам*. Методические рекомендации, ГУМФ им. Н. Тестемичану, 2004.
6. Рагина С. А., Фролова А. С., Андреева А. С., *Анализ потребления антимикробных препаратов для системного применения в многопрофильных стационарах*, în *Материалы VII-ой Международной конференции МАКМАХ*, Москва, 2005, p. 49.
7. Скала Л. З., Лукин И. Н., Нехорошева А. Г., *Организация микробиологического мониторинга микробного пейзажа и уровня антибиотико-резистентности в лечебных учреждениях*, în *Материалы VII-ой Международной Конференции МАКМАХ*, Москва, 2005, p. 52.
8. *Практическое руководство „Основы эпидемиологического контроля”*, АМСЗ, 2003, p. 245-259.

Prezentat la 5.03.2008

COMBATEREA BRUCELOZEI
ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Petru IAROVOI,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Bruceloza este o boală zoonoză, care se caracterizează clinic prin febră intermitentă, afectarea sistemelor locomotor, nervos, cardiovascular, urinar etc., cu evoluare frecventă în forme cronice. Este o boală infecțioasă de care oamenii se infectează de la animalele bolnave. Principalul factor de transmitere a maladiei este consumul de lapte nefiert sau de produse lactate provenind de la vaci, oi sau capre bolnave de bruceloză. După cum se știe, în Moldova creșterea vitelor a fost dintotdeauna una dintre ramurile de frunte ale producției agricole. Comerțul destul de intens cu animale, importarea unui mare număr de vite de rasă, lipsa unei supravegheri veterinare corespunzătoare și a unor măsuri antiepidemice contribuiau la răspândirea acestei infecții cu o evoluție și urmări grele în rândul animalelor, iar prin ele – și printre oameni.

Se consideră că bruceloza a fost cunoscută încă pe timpurile lui Hipocrate, dar pentru prima dată a fost descrisă în 1861 în Malta, de unde și o denumire a ei – *febra maltică*. Numai după 25 de ani, în 1886, agentul patogen al acestei febre a fost descoperit de Bruce, de unde și denumirea acestui agent, *Brucela*, și a bolii – *bruceloza*. Genul *Brucella* cuprinde 6 specii de cocobacili foarte mici – între 0,5 și 1,5 microni, imobili și nesporulați, gramnegativi, aerobi, speciile deosebindu-se între ele prin sensibilitatea la bacteriofagi și prin reacțiile oxidante:

- *Brucella melitensis*, cu 3 biotipuri, transmisă de la capre, mai rar de la oi și excepțional de la antilope sau vite africane;
- *Brucella abortus*, cu 9 biotipuri – de la vite și, mai rar, de la cai și șacali;
- *Brucella suis*, cu 4 biotipuri, transmisă de la porci, prezentă la lupi și vulpi;
- *Brucella ovis*, un singur biotip, transmisă de la oi;
- *Brucella canis*, un singur biotip transmisă de la câini;
- *Brucella neotomae*, cu rezervor la rozătoarele de stepă [2].

După cum se știe, în Moldova, pe parcursul multor secole, în gospodăria sătească predomina creșterea animalelor, în special oieritul. Conform unor date, în timpul campaniei sanitare din august-septembrie 1938 în inspectoratul sanitar Chișinău (județele Soroca, Bălți, Orhei, Lăpușna, Tighina, Cahul și Cetatea Albă) a fost constatat că populația deținea 1.335.953 oi, ori câte circa 0,5 capete la fiecare din cei 2.440.578 de locuitori [4], adică o oaie la 2 locuitori. Probabil, în anii '30 ai secolului XX, în Basarabia bruceloza umană nu se înregistra, deoarece în lucrarea menționată, printre cele 15 boli infecțioase enumerate, bruceloza nu figurează. Nu se menționează nici în anuarele statistice din acești ani. Se poate presupune că apariția brucelozei revine anilor colectivizării (1949-1951), în urma organizării și completării fermelor animaliere, în special de vite mari cornute, investigarea cărora a evidențiat mai multe focare de bruceloză.

Primele examinări serologice au fost efectuate în anul 1945. Dintre cele 2830 de capete de vite mari cornute în 6 puncte afectate au fost

Summary

Liquidation of brucellosis in the Republic of Moldova

The article presented from the historical point of view the morbidity of brucellosis in the Republic of Moldova in the XX centuries and undertaking social and medical efforts to eradicate this infection beginning with 1965 year. There are mentioned the possibilities of importation this infection.

pozitive 20, iar în anul 1946 au fost examinate deja 44 640 capete, fiind depistate 10 puncte afectate cu 104 animale bolnave [5]. În cursul anilor care au urmat ce desfășoară o mare activitate în vederea depistării locurilor favorabile producerii brucelozei și a animalelor bolnave. Dacă în cursul primilor cinci ani (1945-1949) de la inițierea acestor acțiuni au fost examinate anual câte 117 mii de vite și au fost depistate 300 de locuri favorabile producerii bolii, în următorii patru ani (1950-1953) sunt examinate de bruceloză anual câte 389,5 mii de animale. În această perioadă a fost depistat cel mai mare număr de locuri favorabile producerii bolii – în 816 gospodării. A fost nevoie de 20 de ani de muncă încordată, pentru a se putea pune capăt acestei maladii greu de învins. În cursul anilor 1945-1965 au fost examinate de bruceloză mai mult de 8,5 milioane de animale și au fost asanate 1508 locuri favorabile apariției bolii. În aceeași perioadă intensitatea infectării animalelor a înregistrat următoarea regresie – de la 0,8% la începutul anilor '50 până la 0,006% la sfârșitul anilor '60 [5].

În virtutea faptului că singura sursă de infectare a omului cu bruceloză sunt animalele, iar factorii de transmitere a bolii sunt de proveniență animală (laptele, produsele lactate, carnea, pieile, lâna ș. a.), indicii îmbolnăvirii oamenilor se aflau într-o strânsă legătură cu indicii de morbiditate în rândul animalelor.

Spre exemplu, prima erupție de bruceloză în fosta RSS Moldovenească a fost înregistrată în anii 1947-1948 în satul Aluat, raionul Cahul. În sovhozul din localitate a trestului *Ucrsovhozkarakuli*, în 1946-1947 au fost aduse mai multe ovine de soi caracul din Uzbekistan (regiunea Buhara) și din sovhozul *Rogaci*, Ucraina, infectate de bruceloză. În rezultatul contactului oamenilor cu aceste animale pe parcursul următorilor ani (1947-1948), în satul Aluat se înregistrează 134 de cazuri și în satul vecin 2 cazuri de bruceloză umană, majoritatea dintre bolnavi fiind bărbați (circa 66%) de 20-49 de ani (70%), care activau ca ciobani, zootehnicieni, sanitari-veterinari, mulgători, sau membri ai familiei care au consumat produse lactate, în special brânză proaspătă, în care brucela supraviețuiește destul de mult timp [1].

În procesul de combatere a brucelozei în rândul animalelor și al oamenilor ce se relevă trei perioade de bază (tabelul 1). În cursul primei perioade (1945-1953) s-au înfăptuit în special măsuri sanitaro-veterinare și antiepidemice generale, având ca scop limitarea ariei de răspândire a infecției la animale și determinarea mecanismelor de transmitere a infecției de la animale la om. Măsurile întreprinse în prima perioadă au condus la o scădere a morbidității în rândul oamenilor – de la 50-70 de cazuri câte se

înregistrau anual în primii ani de după război până la 20-25 de cazuri la începutul anilor '50, deci o eficacitate ne semnificativă.

Tabelul 1

Morbiditatea prin bruceloză a populației din Republica Moldova în anii 1947-1967

Anii	Cazuri noi (acute)	%
1947-1953	194	58,5
1954-1960	136	40,4
1961-1963	5	2,1
1964-1967	-	-
Total	337	100,0

În cursul celei de a doua perioade (1954-1960), pe lângă continuarea măsurilor întreprinse în prima perioadă, se efectuau măsuri de profilaxie specifică, pe calea vaccinării animalelor și a personalului din ramura zootehnică, numărul cărora crește de la 3200 în anul 1954 până la 30000 de imunizați în 1963 [1]. Această acțiune a determinat o sporire considerabilă a eficacității măsurilor întreprinse. S-a obținut astfel o scădere a mediei anuale a morbidității până la 10-20 de cazuri, iar considerându-se izolat pe ani s-a înregistrat o scădere de la 37 de cazuri în 1955 până la 2 cazuri în anul 1960. Totuși, cea mai eficientă măsură de combatere a brucelozei în rândul animalelor (prin urmare, și în rândul oamenilor) a constituit-o sacrificarea tuturor animalelor din gospodăriile afectate – nimicirea surselor de infecție, adică aplicarea metodei clasice de lichidare a bolii.

La începutul perioadei a treia (1961-1967), pe lângă măsurile înfăptuite în primele două perioade se efectua mult mai hotărât sacrificarea animalelor în gospodăriile afectate. Pe această cale, în curs de trei ani au fost asanate aproape o treime din numărul gospodăriilor, prezentând cazuri de bruceloză doar la animale (19 din 67 afectate). În consecință, măsurile întreprinse în prima etapă (1961-1963) a perioadei a treia s-au reflectat în mod pozitiv și asupra morbidității în rândul oamenilor. În acești ani au fost înregistrate numai 5 cazuri de bruceloză. În cursul etapei a doua, finale (1964-1967) a perioadei a treia, la inițiativa serviciilor sanitaro-epidemiologic și veterinar, acceptată de guvernul republicii, în întreaga republică s-a înfăptuit lichidarea focarelor de infecție pe calea sacrificării tuturor animalelor din gospodăriile afectate și înlocuirea lor cu animale sănătoase, aduse din alte gospodării. Personalul fermelor n-a fost vaccinat contra brucelozei, deoarece în 1964 fuseseră deja nimicite toate animalele periculoase din punct de vedere epidemiologic. Datorită acestui fapt, începând cu anul 1964, în rândul oamenilor nu a mai fost înregistrat nici un caz nou de bruceloză [3, 7].

În anii următori, din cauza unor neglijențe comise de persoane responsabile de respectarea regulilor de carantină, s-au înregistrat cazuri de import a brucelozei atât în gospodăriile cu vite mari cornute, cât și în cele crescătoare de porci. Dar măsurile anti-epidemice energice, efectuate în rândul personalului acestor ferme, au dus la evitarea îmbolnăvirilor în rândul oamenilor.

Începând cu anul 1965 și până în 1969, în republică sunt înregistrate doar cazuri unice de bruceloză cronică în rândul oamenilor (tabelul 2). De circa 40 de ani în Republica Moldova nu se mai înregistrează cazuri autohtone de bruceloză acută sau cronică. Dar stabilitatea succeselor obținute în lupta cu bruceloză depinde de starea epizootologică a republicii și de respectarea cerințelor de carantină și antiepidemice corespunzătoare.

Tabelul 2

Morbiditatea prin bruceloză a populației din Republica Moldova în anii 1946-1969 (total cazuri, inclusiv cronice)

Etapa I		Etapa II		Etapa III	
anii	cazuri	anii	cazuri	anii	cazuri
1946	4	1954	23	1961	31
1947	73	1955	37	1962	21
1948	68	1956	63	1963	37
1949	?	1957	114	1964	14
1950	?	1958	?	1965	1
1951	?	1959	41	1966	6
1952	2	1960	36	1967	4
1953	54			1968	10
				1969	11

Notă: Datele prezentate au fost colectate din materialele Arhivei Naționale a Republicii Moldova și arhivei Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă.

Experiența combaterii brucelozei a demonstrat că rolul hotărâtor în lichidarea acestei boli la oameni, în cadrul unui anumit teritoriu administrativ (în cazul nostru – al unei republici), îl joacă următorii factori:

a) lichidarea bolii în rândul animalelor prin sacrificarea tuturor animalelor din gospodăriile afectate și înfăptuirea ulterioară a întregului complex de măsuri sanitaro-epizootice;

b) menținerea stării epizootice bune pe calea unei respectări a regulilor de carantină stabilite;

c) planificarea și întreprinderea unor măsuri stricte, bine organizate de către organele ocrotirii sănătății și ale ministerului agriculturii în caz de import a infecției în rândul animalelor autohtone [3].

Trebuie subliniat faptul că realizarea complexului de măsuri antiepizootologice și antiepidemice, în special sacrificarea fără excepție a tuturor animalelor

din gospodăriile afectate, s-au soldat cu pierderi economice importante. Dar ele au fost necesare și realizarea lor a dus la încă o victorie pe frontul combaterii maladiilor sociale și infecțioase în Republica Moldova.

Întru menținerea în continuare a rezultatelor obținute în procesul de lichidare a brucelozei, a fost necesar de a elabora unele criterii referitor la stoparea procesului epizootologic și epidemiologic într-un teritoriu eliberat de această infecție. În acest scop, este recomandată lichidarea brucelozei în baza evaluării datelor epizootologice, epidemiologice și de laborator, în special a celor imunologice. Drept criteriu epizootologic garantat trebuie să servească lipsa formelor clinice la animale domestice, lipsa agenților patogeni în biotele și excrementele animalelor, precum și reactivele dermato-alergice, bacteriologice și serologice negative ca criteriu epidemiologic – lipsa cazurilor noi de bruceloză la oameni pe parcursul multor ani după lichidarea focarelor zootologice, rezultate negative ale reacțiilor sero-alergice repetate la contingentele de risc [6].

Așadar, și în cazul brucelozei măsurile de combatere și lichidare au fost aplicate întru excluderea din lanțul procesului epidemic a primei componente – sursa de infecție. Ținând cont că la momentul actual în multe țări bruceloză nu este eradicată, în special bruceloză animalelor, posibilitatea de import a animalelor infectate nu este exclusă și, deci, nu este exclusă nici îmbolnăvirea oamenilor. Cazurile unice de import de bruceloză umană nu prezintă pericol, deoarece bruceloză nu se transmite de la om la om. Deci, chează neadmiterii înregistrării cazurilor noi autohtone constă în supravegherea strictă epizootologică, în special în testarea animalelor importate, și întreprinderea măsurilor antiepidemice în cazuri de import al acestei infecții.

Bibliografie

1. ANRM, fond 3045, nr. inv. 1, u. p. 16, 18, p. 146-148.
2. Chiotan Mircea, *Boli infecțioase*, București, 2002, p. 503.
3. Iarovoi P., *Boli învinse*, Chișinău, 1980, p. 212-216.
4. Sufleri C., *Evidența sanitară a Inspectoratului sanitar Chișinău și darea de seamă asupra campaniei din august-septembrie 1938*, 496 p.
5. Васильев К. П., Яровой П. И., *Очерки частной эпидемиологии*, Кишинев, 1974, с. 69-74.
6. Шляхов Е. Н., Андриеш Л. П., *Ликвидация очагов бруцеллеза*, Кишинев, 1972, с. 136.
7. Яровой П. И., *Санитарно-противоэпидемическое обеспечение населения МССР и задачи по его улучшению*, Кишинев, 1974, с. 21-22.

Prezentat la 4.03.2008

К ИСТОРИИ РАЗВИТИЯ (ЭТИОЛОГИЯ,
ПАТОГЕНЕЗ) ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ЖЕЛУДКА
И ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ

И. В. ЦЫБЫРНЭ, В. Н. АНДРЕЕВ,
Государственный Университет медицины и
фармации им. Н. Тестемицану

Язвенная болезнь (ЯБ) представляет чрезвычайно сложную медицинскую научную проблему, которая и в настоящее время до конца ещё не решена (В. Х. Василенко и соавт., 1987; Ф. И. Комаров, С. Раппопорт, 2000, и др.). Язвенная болезнь относится к числу широко распространенных внутренних заболеваний. Начало распространенности пришлось на середину 19-го столетия с пиком перехода на 20-е столетие с последующим убыванием (I. M. Duggan, A. E. Duggan, 2006). По данным мировой статистики, ЯБ поражает 6-10% населения экономически развитых стран (В. Х. Василенко и соавт., 1987 и др.) По данным J. C. David (1982), 7-10% населения США в течение жизни болеет язвенной болезнью. В бывшем СССР более одного миллиона больных язвенной болезнью находилось на диспансерном наблюдении, а частота ежегодных рецидивов достигала 30-82% (Е. И. Самсон, 1979). В. Х. Василенко и соавт., (1987) пишут, что язвенной болезнью болеет (или перенес), нередко и не подозревая этого (немая язва), почти каждый десятый из нас.

По данным A. Sonnenberg (2007) и др., во всем мире и, особенно в крупных капиталистических странах, начиная с 20-го столетия, отмечается некоторое снижение распространенности язвенной болезни, уменьшение частоты осложнений и смертности – улучшение диагностики эндоскопическим методом, успехи в лечении и профилактики обострений болезни и т.д. Хотя D. A. Peura, D. V. Graham (1994) заявили, что «ЯБ уходит в историю», однако, по данным Я. С. Циммермана (2006), только в России в настоящее время состоит на диспансерном учете 3 млн больных ЯБ. В США ежегодно регистрируют 500000 первичных случаев ЯБ, а у 4 млн возникают рецидивы болезни (Е. К. Баранская, 2000). Полное представление о распространенности язвенной болезни можно сформировать не по данным обращаемости больных за медицинской помощью, а по результатам массового профилактического обследования населения с применением эндоскопии.

Так, при целенаправленном обследовании группы рабочих промышленных предприятий г. Москвы, В. Х. Василенко и соавт. (1987) выявили язвенную болезнь у 10% обследуемых, I.Țâbârñă (1998) в г. Кишинэу – у 7,5% людей, считавших себя абсолютно здоровыми. Язвенной болезнью чаще болеют лица молодого, активного, трудоспособного возраста, а обострение болезни иногда затягивается на месяцы, вызывая тяжелые осложнения и преждевременную инвалидность больных. Мужчины и горожане болеют язвенной болезнью чаще, чем, соответственно, женщины и сельское население (Б. Н. Куртяну, А. А. Шептулин, 1990).

У здоровых людей имеется равновесие между факторами агрессии желудочного сока и защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны. К факторам агрессии относят кислотно-пептический фактор, моторно-эвакуационное расстройство, желчные кислоты, изолецитины, кишечные и панкреатические ферменты

Summary

To the history of etiology and the patogeny of ulcerous disease of stomach and duodenum

A review of literature reflects, from the contemporary scientific standpoint the problems of incidence, predisposition, etiology and the pathogenesis of gastric and duodenal ulcers.

Historically, at different times the developmental theories were based on chemical, inflammatory, vascular, motor-evacuant, neurotrophic, cortico-visceral, stress, endocrine with gastrointestinal hormones and biogenic amines, immunological and infectious (HP) approaches.

при дуоденогастральном рефлюксе, экзогенные воздействия и др.

К факторам защиты слизистой оболочки гастродуоденальной зоны относят слизь, бикарбонаты, активную регенерацию слизистой оболочки, достаточный кровоток слизистой гастродуоденальной зоны, эндогенные простагландины, содержащиеся в слизистой оболочке желудка и др.

Предрасполагающими факторами, ведущими к развитию язвенной болезни, могут быть факторы, способствующие усилению агрессивных свойств желудочного сока или ослаблению устойчивости слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки.

К предрасполагающим факторам язвообразования Г. И. Дорофеев, В.М. Успенский (1984) и др. относят алиментарный фактор (нарушение режима питания, грубая, плохо пережеванная пища, приправы, специи, еда всухомятку, обильный прием пищи и т.д.). За рубежом алиментарным погрешностям в язвенном процессе уделяется мало внимания, и даже многие ученые высказываются против признания алиментарных погрешностей как причины язвенной болезни. К предрасполагающим причинам вышеназванные авторы относят также вредные привычки (приём алкоголя крепких концентраций и злоупотребление им, курение и т.д.), длительный прием некоторых медикаментозных препаратов (аспирин, индометацин, глюкокортикоиды и др.), нервно-психическое напряжение.

Предрасполагающими факторами развития язвенной болезни также считают наследственную отягощенность (по данным А. В. Фролькиса, 1990 и др., она колеблется от 5,5 до 46%; по данным Б. Н. Куртяну, А. А. Шептулина, 1990 – до 25,5%), кандиды (В. Преображенский с соавт., 1991, при длительно незаживающих язвах желудка в 72,3% случаев выявляли кандиды и микробные ассоциации), аномалии пилорического отдела желудка и бульбарной части двенадцатиперстной кишки, возраст и др. В. Х. Василенко с соавт. (1987), Б. Н. Куртяну, А. А. Шептулин (1990) и др. утверждают, что этиологические факторы действуют не изолированно, а в тесной взаимосвязи друг с другом.

Патогенез язвенной болезни сложен и до конца не изучен. Ученые единодушно признают, что конечным звеном язвенного процесса является несоответствие между факторами кислотно-пептической агрессии желудочного сока и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки с нюансами как в сторону усиления кислотно-пептической агрес-

сии, так и в сторону ослабления защитных свойств слизистой оболочки гастродуоденальной зоны (А. Р. Златкина, 1994, и др.). Что касается роли отдельных факторов в механизме язвообразования, то существует противоречивость как в оценках, так и в суждениях. Ещё в 1910 г. К. Schwartz выдвинул тезис: «без кислоты не бывает язвы». У большинства больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (ЯБДК) и пилорического отдела желудка в фазе обострения, действительно, отмечается повышение секреции соляной кислоты и продукции пепсина в желудочном соке – метаболический ацидоз. D. Shirasaka (2006) утверждает, что желудочная кислота прямым действием приводит к желудочной язве. Посему некоторые гастроэнтерологи (В. Г. Смагин и соавт., 1988 и др.) считают, что кислотный, пепсиновый с его активными компонентами (протеазами), кислотно-пептический факторы являются важным звеном патогенеза ЯБ. В то же время ряд авторов считает, что язва желудка, двенадцатиперстной кишки является продуктом пептического переваривания, а соляная кислота выступает в роли регулятора ферментативной активности. У 50% совершенно здоровых людей наблюдается высокий уровень кислотообразования. В литературе сообщается о нормальных и пониженных показателях кислотной продукции у больных язвенной болезнью желудка (ЯБЖ) и язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки.

Нарушение гастродуоденальной моторики – усиление моторной активности желудка с ускорением эвакуации из него – у больных ЯБДК отмечают I. R. Malagelada, I. R. Larach (1980) и др. Ускорение эвакуации из желудка у больных ЯБДК способствует контакту кислого содержимого желудка и желудочных ферментов со слизистой двенадцатиперстной кишки, её повреждению с образованием язв. Однако не у всех больных ЯБЖ и ЯБДК нарушается двигательная функция желудка. У больных ЯБЖ, наоборот, отмечается даже снижение двигательной активности желудка (антральный стаз). Некоторые авторы считают, что если и нарушается у отдельных больных ЯБЖ и ЯБДК двигательная функция желудка, то она расстраивается вторично. В. Г. Мыш (1987) в патогенезе язвенной болезни, особенно желудка (медиагастральные язвы), придает значение желчи, кишечным и панкреатическим ферментам при дуоденогастральном рефлюксе.

Однако дуоденогастральный рефлюкс встречается при многих заболеваниях, но не приводит к язвенной болезни. Посему нет оснований дуоденогастральный рефлюкс относить

к решающим факторам в патогенезе язвенной болезни, хотя в ряде случаев и его следует принимать во внимание. Изменение факторов защиты слизистой гастродуоденальной зоны также играет определенную роль в патогенезе язвенной болезни. Желудочная слизь (муцин с её естественными аминокислотами) принимает участие в защитном барьере слизистой желудка – первая линия защиты и в щелочной среде. У больных язвенной болезнью отмечается снижение общей продукции слизи или её отдельных компонентов за счёт снижения общего количества белка и его отдельных фракций (И. И. Дегтярева, В. Е. Кушнир, 1983; В. Г. Мыш, 1987, и др.). Хотя снижение желудочной слизи играет какую-то роль в патогенезе язвообразования, однако вряд ли можно этим фактором объяснить все случаи развития и прогрессирования язвенной болезни.

Щелочной компонент (бикарбонаты) вырабатывается поверхностными эпителиальными клетками слизистой оболочки желудка. Наличие секретиции бикарбонатов сохраняется и в проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки. Более того, доказана секреция щелочи изолированной слизистой оболочкой двенадцатиперстной кишки. При ЯБЖ и ЯБДК, по данным ряда авторов (Ю. С. Малов, 1993, и др.), наблюдается дефицит щелочного компонента секретиции в желудке и в двенадцатиперстной кишке. Снижена также выработка и панкреатических бикарбонатов, выделяемых в двенадцатиперстную кишку. Однако пока не доказано, какое значение имеет нарушение выделения бикарбонатов в механизме развития язвенной болезни. Слизистая оболочка желудка относится к числу наиболее быстро обновляющихся клеточных систем организма. Поверхностная эпителиальная клетка быстро мигрирует в желудочные ямки и вызывает репаративные процессы (реэпителизация) в течение одного часа, слущивается и регенерирует каждые 2–6 дней (В.Х. Василенко с соавт., 1987, и др.). По данным Е.С. Рысс (1987), при ЯБЖ наблюдается определенная возрастная депрессия регенерационных свойств эпителиальных клеток. Лечение ЯБЖ препаратами, стимулирующими процессы регенерации, ускоряет заживление язв. Существует также мнение, что регенерация эпителиальных клеток при язвенной болезни, наоборот, усиливается. Посему, этот вопрос требует дальнейшего исследования. Д. И. Дорофеев, В. М. Успенский (1984) и др. считают, что сосудистые изменения подслизистого слоя желудка и двенадцатиперстной кишки играют важную роль среди патогенетических факторов язвообразования.

В. Х. Василенко и соавт. (1987) утверждают, что сосудистый фактор играет существенную роль в образовании язв у небольшого процента больных с сопутствующей гипертонической болезнью, сахарным диабетом, атеросклерозом сосудов и особенно у пожилых больных – вторичные симптоматические язвы. У молодых больных язвенной болезнью патогенетическое значение сосудистого фактора в язвообразовании представляется маловероятным. Важная роль в поддержании высокой резистентности слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки принадлежит эндогенным простагландинам.

Простагландины уменьшают производство соляной кислоты, стимулируют желудочное слизеобразование, усиливают выработку щелочи в желудке, увеличивают кровоток и т. д. Одни ученые выявляли уменьшение содержания простагландинов у больных ЯБЖ (Т. А. Жукова и соавт., 1990), другие, наоборот, отмечали высокую концентрацию простагландинов в сыворотке крови и слизистой оболочке желудка. Противоречивые данные о возможной роли простагландинов в патогенезе язвенной болезни не позволяют сделать однозначный вывод о их месте в патогенезе ЯБ. Какой же главный фактор или несколько факторов нарушают конечное звено ульцерогенеза, т.е. несоответствие между факторами кислотного-пептического агрессии желудочного сока и элементами защиты слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки? Из работ Н. Д. Стражеско (1949) и др., Г. И. Бурчинский, В. Я. Кушнир (1973) заключают, что главным среди известных факторов в патогенезе язвенной болезни является нарушение нервной регуляции и прежде всего трофических процессов деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки, нарушение соотношения между парасимпатическим и симпатическим отделами вегетативной нервной системы – повышается тонус блуждающего нерва с гиперсекрецией соляной кислоты и ослабляется симпатическое звено. Нарушение нервной регуляции и трофических процессов в деятельности желудка приводит в своей работе S. Evangelista (2006). При удалении химическим путем сенсорных нейронов в желудке крыс он наблюдал задержку заживления экспериментальных язв.

Однако А. А. Фишер, Р. И. Полак (1987) выявляли повышение тонуса блуждающего нерва у больных язвенной болезнью лишь у 57,6% с гиперсекрецией соляной кислоты и у 65% с гиперсекрецией пепсина. Поэтому можно предполагать о включении в патогенез язвенной болезни и других механизмов.

Еще в 1931 г. Н. Д. Стражеско и др. находили у больных язвенной болезнью связь между психоэмоциональным напряжением и возникновением язвенной болезни. Роль нервно-психического фактора в механизме язвообразования отражена в работах К. М. Быкова, И. Т. Курцина (1949) – кортиковисцеральная теория патогенеза язвенной болезни, Н. Selye (1990) – в концепции стрессовой обусловленности ряда внутренних заболеваний. Ряд авторов отвергает роль психоэмоционального фактора в язвообразовании.

Хорошо известно, что система гипоталамус, гипофиз и периферические эндокринные железы играют важную роль в регуляции функций желудка и двенадцатиперстной кишки. Через гипоталамус реализует свое влияние на желудок и кора головного мозга. АКТГ, тиреотропный гормон, инсулин увеличивают, а глюкагон, соматотропный гормон тормозят выработку соляной кислоты. Глюкокортикоиды стимулируют или подавляют регенераторную способность эпителиальных клеток слизистой оболочки, влияют на слизеобразование. Из всей эндокринной системы в регуляции функций желудочно-кишечного тракта важную роль, прежде всего, играют щитовидная и околощитовидные железы, а также надпочечники. Установлен выраженный противовоспалительный эффект гормона щитовидной железы кальцитонина. С В. Дударенко и соавт. (1990) у больных ЯБДК установили выраженные изменения функций гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы (ГТТС) и что даже во время ремиссии ЯБДК отмечалась умеренная степень выраженности функциональных изменений этой системы. Нарушение функционального состояния внутренней секреции рассматривается некоторыми учеными в качестве важнейшего звена патогенеза язвенной болезни. В. Х. Василенко и соавт. (1987) пишут, что имеющие факты и наблюдения заставляют с большой осторожностью подходить к признанию ведущей роли гормональных нарушений в патогенезе язвообразования. Даже сами сторонники гормональной теории язвообразования иногда делают оговорки, что гормональные нарушения могут иметь и вторичную основу или же носить защитно-приспособительный характер.

На различные функции желудка и двенадцатиперстной кишки влияют и гастроинтестинальные гормоны.

Гастрин, секретин стимулируют, соматостатин тормозит секрецию соляной кислоты, мотилин регулирует двигательную функцию желудочно-кишечного тракта и т.д. С.И. Раппопорт и соавт. (1990) у больных ЯБДК, как в период обострения, так и ремиссии, отмечают преобладание

стимулирующих гормонов над ингибирующими желудочную секрецию. Несмотря на использование соматостатина в лечении язвенной болезни, имеющиеся в литературе данные не позволяют говорить о какой-либо важной роли гастроинтестинальных гормонов в язвообразовании. Нервные, гормональные и другие рецепторы, участвующие в передаче нервных импульсов на обкладочные клетки слизистой оболочки желудка через конечные медиаторы желудочного сока – гистамин, ацетилхолин, гастрин и др. – влияют на секрецию соляной кислоты в желудке (стимулируют, тормозят).

На поверхности обкладочных клеток для каждого медиатора имеются специфические рецепторы (H_2 – рецепторы гистамина, рецепторы гастрина, холинергические рецепторы и т.д.). При язвенной болезни, как при обострении, так и при ремиссии, повышен уровень ацетилхолина в крови, гистамина как в крови, так и в содержимом слизистой оболочки желудка, серотонина в крови и т. д.

А. П. Златкина (1994) и др. считают, что главное патогенетическое значение в расстройствах регуляции деятельности желудка и двенадцатиперстной кишки имеют нервные факторы, гормоны эндокринных желез, гастроинтестинальные гормоны и биогенные амины.

У больных язвенной болезнью были выявлены различные нарушения неспецифического клеточного и гуморального иммунитета – антитела к гастрину, отклонения в содержании Т и В лимфоцитов крови, иммуноглобулинов в сыворотке крови, антитела к тканевым антигенам слизистой оболочки желудка и т.д. (Ю. С. Малов, 1993; С. Попа, 1995; С. Babiuc, 1999, и др.).

Однако, имеются и работы об отсутствии каких-либо изменений со стороны клеточного и гуморального иммунитета у больных язвенной болезнью (Т. А. Воробьева и соавт., 1985, и др.). Возможно, развивающаяся иммунологическая перестройка организма у части больных язвенной болезнью носит вторичный характер или же является защитно-приспособительным механизмом. Посему, вопрос о роли иммунных нарушений в патогенезе язвенной болезни требует дальнейшего изучения.

В последнее время было показано, что тип хронического гастрита, дуоденита определяют локализацию язвенного дефекта, а иногда и хроническое его существование вокруг язвы (V. Koussoulas, 2007, и др.).

В 1983 г. австралийские ученые I. R. Wren, B.I. Marshall в биологическом материале, взятом из слизистой желудка больных хроническим

гастритом, ЯБЖ и ЯБДК, обнаружили спиралевидные бактерии, впоследствии названные ими ***Helicobacter pylori*** (НР). Высокую корреляцию между наличием в слизистой желудка НР и такими заболеваниями, как хронический гастрит, эрозии желудка, ЯБЖ и ЯБДК отмечают F. Carnero et al. (1993) и др. А. С. Логинов (1991) на материале более 1000 больных сообщает, что НР выявлялась в 100% случаях у больных хроническим гастритом и у большинства больных ЯБДК. А. С. Логинов (1991) и др. подтверждают роль НР, а С. Stanciu et al. (2007) считают НР главным фактором в этиологии и патогенезе хронического гастрита и язвенной болезни и что после уничтожения НР обострения ЯБЖ и ЯБДК становятся реже (L. H. Lai, I. I. Sungg 2007).

I. S. Dixon, I. R. Wood (1993) выявляли НР в 100% случаях при хроническом гастрите у больных до 60 лет и значительно меньше у больных старше 60 лет. Они считают, что хронический гастрит является основой для развития язвенной болезни. НР увеличивает секрецию соляной кислоты в желудке и уровень пепсиногена в сыворотке крови, снижает у больных ЯБЖ уровень белка и изменяет соотношение белковых компонентов в желудочном соке (I. W. Park et al. 2006), повышает образование цитокинов и других факторов, которые поддерживают местную воспалительную реакцию в слизистой оболочке гастро-дуоденальной зоны и задерживают заживление язв (C.V. Wu et al., 2006, и др.), может внедряться в цитоплазму эпителиальных клеток с последующим их серьезным повреждением, может служить важным фактором, способствующим рецидивированию ЯБЖ.

Л. П. Мягкова и соавт. (1997) пишут, что практически не встречается язвенной болезни, не ассоциированной с НР, однако бывают случаи, когда НР не играет роли в развитии заболевания (неульцерозные штаммы). I. Țăbâră, E. Creangă (2005) и др. у больных ЯБЖ и ЯБДК ассоциированной с *H. pylori* в стадии обострения выявляли в штаммах НР чаще гены *Cag A* и *Vac A*, которые были цитотоксичными и вызывали высокую степень выраженности воспаления слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки. П. Я. Григорьев, В. А. Исаков (1990) сделали заключение, что язвенная болезнь – это хроническое рецидивирующее заболевание, имеющее в своей основе воспаление слизистой оболочки желудка и двенадцатиперстной кишки, в большинстве случаев инфекционного происхождения.

В то же время имеются и другие факты и мнения о роли НР в развитии гастроэнтерологических заболеваний. Почти 38% больных ЯБДК и 56%

ЯБЖ не связаны с НР-инфекцией (О. Н. Минушкин, О. В. Аронова, 2002). Не выявляется НР у больных пернициозной анемией с сопутствующим хроническим гастритом, у лиц молодого возраста с хроническим гастритом. Обнаружены антитела к НР в сыворотке крови у здоровых людей. В Чили широко распространено инфицирование населения НР (до 73%), однако ЯБЖ и ЯБДК развиваются лишь у небольшого процента людей (С. Serano et al. 2007).

Я. С. Циммерман (2006), сделав обзор мировой литературы по этому вопросу и учитывая свой опыт, заключает, что язвенная болезнь, прежде всего – системное гастроэнтерологическое, а не инфекционное заболевание и вместе с тем признает за НР роль одного из важных факторов патогенеза хронического гастрита, язвенной болезни, преимущественно местного значения. Автор рассматривает язвенную болезнь как заболевание со сложным многофакторным патогенезом, а к недостаткам существующих схем эрадикационной терапии относят их высокую стоимость, риск развития побочных явлений и невозможность 100% эрадикации НР. Ф. И. Комаров, С. Раппопорт (2000) в генезе язвенной болезни большое внимание придают генетическому компоненту, психоэмоциональному фактору, конституции, а НР рассматривают как одно из звеньев патогенеза заболевания.

Они рекомендуют и дальше изучать механизмы развития, предупреждения и профилактики язвенной болезни.

А. А. Крылов (1998) называет НР всего лишь спутником язвенной болезни, который способен давать неблагоприятный эффект и который не следует полностью игнорировать при проведении лечения.

И. Л. Блинков (1997) считает, что НР является сапрофитной инфекцией в слизистой желудка и двенадцатиперстной кишки. Свое мнение он обосновывает тем, что сроки рубцевания обычных (некалезных) язв те же 4-6-8 недель и без патогенетической терапии, и что, если больных язвенной болезнью держать на активном диспансерном учете, режиме жизни и питания, то, что бы им ни назначали в целях вторичной профилактики, эффект будет стандартным – частота рецидивов резко сокращается, и что рецидивы язвенной болезни не коррелируют с НР. Кроме того, после лечения санирующими препаратами развивается дисбактериоз, диспепсические и другие расстройства, а популяция НР восстанавливается через 4-6 месяцев.

Исходя из вышеизложенного, следует отметить, что хотя австралийским ученым за инфек-

ционную (НР) теорию этиопатогенеза язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки присуждена Нобелевская премия и что после курсовой комплексной терапии с участием saniрующих средств рецидивы ЯБ стали реже, однако полного выздоровления не наступает. Поэтому затруднительно дать оценку решающему, инициальному фактору в механизме язвообразования. Посему некоторые ученые считают, что патогенез ЯБ достаточно сложный и, по-видимому, в нем участвует много факторов, и что исследования в этом направлении должны продолжаться.

Литература

1. Баранская Е.К., *Русский медицинский журнал*, 2000, № 1, с. 8-14.
2. Блинков И.Л., *Клиническая медицина*, 1997, № 12, с. 71-73.
3. Бурчинский Г.И., Кушнir В.Я., *Язвенная болезнь*, Киев, Изд-во Здоровье, 1973, 210 с.
4. Быков К.М., Курцин И.Т., *Кортико-висцеральная теория патогенеза язвенной болезни*, Москва, АН СССР, 1949, 87с.
5. Василенко В.Х. и соавт., *Язвенная болезнь*, Москва, Изд-во Медицина, 1987, 288 с.
6. Воробьева Т.А. и соавт., Тер. архив, 1985, 9, с. 95-98.
7. Григорьев П.Я., Исаков В.А., *Вестник АМН СССР*, 1990, том 3, с. 60-64.
8. Дегтярева И.И., Кушнir В.Е., *Язвенная болезнь*, Киев, Изд-во Здоровье, 1983, 286 с.
9. Дорофеев Г.И., Успенский В.М., *Гастродуоденальные заболевания в молодом возрасте*, Ленинград, Изд-во Медицина, 1984, 160 с.
10. Дударенко С.В. и соавт., *Функциональное состояние гипоталамо-гипофизарно-гонадной системы у больных язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки*, в *Клиническая медицина*, 1990, № 3, с. 93-96.
11. Жукова Т.А. и соавт., *Клиническая медицина*, 1990, № 3, с. 99-101.
22. Златкина А.Р., *Лечение хронических болезней органов пищеварения*, Москва, Изд-во Медицина, 1994, 336 с.
12. Комаров Ф.И., Раппопорт С., *Врач*, 2000, № 4, с. 9-11.
13. Крылов А.А., *Клиническая медицина*, 1988, № 11, с. 68-69.
14. Куртяну Б.Н., Шептулин А.А., *Язвы желудка*, Кишинев, Изд-во Штиинца, 1990, 248 с.
15. Логинов А.С., Тер. архив, 1991, № 2, с. 4-9.
16. Малов Ю.С., *Клиническая медицина*, 1993, № 1, с. 55-61.
17. Минушкин О.Н. и соавт., *Клиническая медицина*, 1997, № 2, с. 74-75.
18. Минушкин О.Н., Аронова О.В., *Практический врач*, 2002, 1, с. 52-54.
19. Мыш В.Г., *Секреторная функция желудка и язвенная болезнь*, Новосибирск, 1987, с.175.
20. Мягкова Л.П. и соавт., *Клиническая медицина*, 1997, № 2, с. 74-75.
21. Попа С., *Клинико-иммунологические особенности течения язвенной болезни двенадцатиперстной кишки в условиях неспецифической иммуностимуляции*, Кишинев, 1995, Дисс. док. мед. наук, 159 с.
22. Преображенский В.Н. и соавт., Тер. архив, 1991, 2, с. 19-21.
23. Раппопорт С.И. и соавт., *Клиническая медицина*, 1990, № 3, с. 86-89.
24. Рыс Е.С., Цит. По, В.Х. Василенко и соавт., *Язвенная болезнь*, Москва, 1987, 288 с.
25. Самсон Е.И., *Этапное лечение и реабилитация больных язвенной болезнью*, Киев, Изд-во Здоровье, 1979, с. 157.
26. Смагин В.Г. и соавт., Тер. архив, 1988, 2, с. 134-141.
27. Стражеско Н.Д., *Труды XIII Всесоюзного съезда терапевтов*, Ленинград, 1949, с. 50-59.
28. Фишер А.А., Полак Р.И. Цит. по В.Х.Василенко и соавт., *Язвенная болезнь*. Москва, Изд-во Медицина, 1987, 288 с.
29. Фролькис А.В., Цит. по Б.Н. Куртяну, А.А. Шептулину, *Язвы желудка*, Кишинев, Изд-во Штиинца, 1990, 248 с.
30. Циммерман Я.С., *Клиническая медицина*, 2006, № 3, с. 9-19.
31. Babiuc C., *Ulcerul gastric și duodenal*, Chișinău, 1999, 317 p.
32. Carnero F. et al., *Клиническая медицина*, 1993, №4, с. 69-71.
33. David I.C., *Diseases of the gastrointestinal tract and liver*. Edinburgh. Churchill Livingstone, 1982, p. 225-354.
34. Dixon I.S., Wood I.R., Тер. архив. 1993, 1, p. 83-85.
35. Duggan I.M., Duggan A.E., *Med J. Aust.*, 2006, Dec 4-18, 185 (11-12), p. 667-669.
36. Evangelista S., *Curr Pharm Des.*, 2006, № 12(23); p. 2977-2984. Review.
37. Koussoulas V., Vassiliou S., Spyridaki E. et al., *World J. Gastroenterol.*, 2007, Sep 14, № 13(34), p. 4610-4614.
38. Lai L.H., Sung I.I., *Best Pract Res Clin Gastroenterol*, 2007, № 21(2), p. 261-279. Review.
39. Malagelada I.R., Larach I.R., *Gastric motor function in ulcer disease. Advances in ulcer disease*. Ed. by I.R.Malagelada, K.H.Holtermuller. Amsterdam-Oxford-Princeton, 1980, p. 255-272.
40. Park I.W., Song I.V., Lee S.G. et al., *Helicobacter*, 2006, Dec; №11(6), p. 533-543.
41. Peura D.A. Grahan D.V., *Am. J. Gastroentology*, 1994, № 89(8), p. 1137-1139.
42. Selye H., Цит. по Б.Н. Куртяну, А.А. Шептулин, *Язвы желудка*, Кишинев, Изд-во Штиинца, 1990, с. 248.
43. Serrano C., Diaz M.I., Valdivia A. et al., *Microbes Infect.*, 2007, Apr., № 9(4), p. 428-434, Epub. 2007, Jan 12.
44. Stanciu C., Trifan A., Mihailovici S., Cojocariu C., *Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat.*, Iasi, 2007, Jan.-Mar., № 111(1), p. 57-64.
45. Shirasaka D., *Int. J. Hematol.*, 2006, Nov., № 84(4), p. 316-318, Review.
46. Sonnenberg A., *Am. J. Gastroenterol.*, 2007, May, № 102(5), p. 1101-1107, Epub., 2007, Mar. 13.
47. Țibirna I., *Zilele Universității de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu" 21-22 octombrie*, Materialele Conferinței științifice a colaboratorilor și studenților, 290, Chișinău, 1998.
48. Țibirna I., Creangă E., *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei (științe medicale)*, 2005, № 4, p. 81-87.
49. Waren I.R., Marshall B.I., *Lancet.*, 1983, № 1, p. 8336, p. 1273-1275.
50. Wu C.Z. Wu M.S. Chen Z.J. et al., *Hepatogastroenterologz*, 2006, Sep.-Oct., № 53(71), p. 797-803.

Представлена 14.01.2008

SPECIFICUL ACTIVITĂȚII MEDICALE.
CLASIFICAREA ERORILOR COMISE
DE CĂTRE LUCRĂTORII MEDICALI

Constantin EȚCO, Vitalie MIDRIGAN,
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Actualmente nu se mai pune la îndoială faptul că lucrătorul medical, ca și orice specialist al oricărei altei ramuri, poartă răspundere penală în baza cauzelor generale, adică pentru pricinuirea din culpă a consecințelor social-periculoase în arealul activităților sale profesionale. Astfel, în condițiile noastre, o atenție deosebită se acordă fiecărui caz prin care se trage la răspundere lucrătorul medical în legătură cu refuzul sau calitatea proastă a ajutorului acordat bolnavului. Deseori juriștii transmit aprecierea acțiunii medicului diferitelor instituții, neobservând parcă problema. Medicii, dimpotrivă, discută atent problemele răspunderii lucrătorilor medicali.

Interdicția de a cauza daune vieții și sănătății omului se răspândește asupra oricărei sfere de activitate umană. Însă, dacă astfel de consecințe ce apar în urma activităților constructorului, șoferului sau altui specialist atestă, în majoritatea cazurilor, încălcarea normelor de drept, nu se poate spune același lucru și despre lucrătorii medicali. Dacă pentru alte profesii aceste consecințe sunt naturale, atunci urmările nefaste ale tratamentului, moarte omului în urma procesului de acordare a ajutorului medical nu oferă baza pentru a le recunoaște naturale.

Concordanța acțiunilor, care sunt reglementate de anumite reguli elaborate pentru genul de activitate respectiv, permite a judeca legalitatea acțiunii specialistului în sfera activității sale profesionale. Însă, spre deosebire de regulile exploataării instalațiilor de producție, de exemplu, sau de regulile de desfășurare a activităților de construcție, a circulației rutiere etc., activitatea medicală se supune reglementărilor oficiale într-o măsură mai mică. Cu toate că în medicină există o mulțime de reglementări (de exemplu, instrucțiunile de transfuzie a sângelui, de internare a bolnavilor cu infarct miocardic etc.), ele nici pe departe nu cuprind complexitatea acțiunilor medicale.

Corectitudinea activității medicale nu se poate aprecia doar după instrucțiunile, regulamentele, dispozițiile sau alte documente oficiale emise de minister, departamentele sale de alte organe de ocrotire a sănătății. Mai întâi de toate, criteriul aprecierii majorității acțiunilor sunt principiile generale ale științei medicale.

Spre deosebire de alte genuri de activitate, în sfera medicinei cercetarea științifică și practica de acordare a ajutorului nu au granițe bine limitate. Din această cauză, aproape de fiecare dată sunt sortite eșecului metodele și mijloacele aplicate în lupta contra bolilor puțin cunoscute. Cu alte cuvinte, fără a contrazice reglementările deja elaborate, se poate spune că aceste acțiuni nu sunt obiectiv incorecte. Chiar și tratamentele bolilor bine cercetate uneori nu aduc rezultatele scontate, adică sunt obiectiv incorecte.

În activitatea medicală, sfera cercetării științifice și sfera practică de acordare a ajutorului medical se îmbină între ele. Bine a zis Petrov N. N. că medicina este una dintre sferile de activitate umană, în care deseori practica dă naștere teoriei, care în stadiile inițiale este aproape întotdeauna greșită; totodată, aplicarea grabnică în practică a teoriei poate fi pripită și prea directă.¹

Summary

The specific of medical activity. The classification of errors committed by medical workers

In our days there is no doubt that medical professionals, as well as the other specialists, have penal responsibility in the base of general causes for infliction intentional consequences of social danger in daily professional activity. That's why in our conditions an important actuality represents each case of penal responsibility of doctor, in cases of bad quality of medical aid or absence of it.

O astfel de poziție în medicină nu e ocazională. Ea e condiționată de specificul acordării ajutorului medical, reieșind din interesele bolnavului, întrucât felul individual de îmbolnăvire a fiecărei persoane solicită de la medic spirit de observație, abordare individuală a alegerii metodelor și mijloacelor de tratament, aprecierea corectă a eficienței mijloacelor alese, adică, în esență, cere elemente de cercetare științifică în procesul de vindecare a fiecărui pacient. În medicină, chiar în aceleași tipuri de boli, nu poate exista o abordare standardă a bolnavilor, o alegere unică a metodelor de diagnosticare și mijloacelor de tratament, deoarece medicul nu vindecă boala, ci bolnavul.

Desigur, cele expuse în nici un caz nu înseamnă infailibilitatea medicului în cazul urmărilor nefaste ale îmbolnăvirii, care deseori au legătură cu neglijențele lucrătorilor medicali, condiționate de insuficiența calificării, de emoții, zăpăceală, iar uneori chiar și de calitățile valorice scăzute ale medicului sau ajutorilor săi.

Teoria dreptului deosebește trei tipuri de ilegalități penale: cea directă – interzicerea propriu-zisă de către legislația penală a acțiunii date; mixtă – recunoașterea acțiunii ca fiind interzisă de către legea penală, în legătură cu interzicerea ei de către alte ramuri ale dreptului; ilegalitatea condiționată a acțiunii, care în condiții simple sunt social utile, aducând prejudiciu doar în cazuri rare, fapt care nu permite o reglementare normativă de drept detaliată.²

Ilegalitatea acțiunilor săvârșite de medici în timpul desfășurării obligațiilor profesionale poate fi atât directă, cât și condiționată. Directă este ilegalitatea acțiunilor care încalcă obligațiile de acordare a ajutorului bolnavului de către lucrătorii medicali, reglementate de lege.³

O complexitate mai mare o reprezintă dispoziția așa-numitei ilegalități condiționate a acțiunilor lucrătorilor medicali, ce au legătură cu acordarea necalificativă a ajutorului medical. Ilegalitatea condiționată se poate urmări doar în acele acțiuni ale medicilor care nu corespund regulilor și metodelor de vindecare existente în știința și practica medicală și se află într-o legătură cauză–efect cu consecințele nefaste pentru bolnav, ce au atras moartea sau înrăutățirea stării sănătății acestuia. Este necesară și o a treia condiție – incorectitudinea acțiunii medicale. E nevoie de a demonstra că a fost încălcată o anumită normă.⁴

Chirurgul D. și sora medicală C. au fost trași la răspundere penală pentru că în timpul operației au uitat în cavitatea abdominală a pacientului B. o meșă ce a provocat peritonită, în urma căreia a survenit moartea acestuia. Acuzarea s-a bazat pe fapta indiscutabilă de încălcare de către medic și sora medicală a ordinii generale a clinicii de numărare a instrumentelor și materialelor folosite în timpul operației. În procesul intervenției D. a solicitat de la

C. asigurarea cu materiale în surplus decât se cerea în setul pregătit pentru operația respectivă. C. a îndeplinit ordinul, în rezultatul căruia dispariția meșei nu a fost observată.⁵

Instanța de judecată a recunoscut nevinovăția medicului și surorii medicale, întrucât operația avusesse loc în circumstanțe deosebite. Complicațiile apărute în timpul operației nu se pot prezice, de aceea medicul era nevoit să folosească materiale care nu făceau parte din setul pregătit inițial. După operație el iarăși nu a avut posibilitatea să identifice acea meșă cu care au fost legate intestinele din cavitatea abdominală care, îmbibându-se cu sânge, nu a fost observată.

În acest mod, responsabilitatea chirurgului decurge nu din fapta propriu-zisă, uitând meșa în corpul bolnavului, ci din încălcarea unor obligațiuni concrete și obligatorii pentru medic, conform prevederilor formulate. Însă anterior astfel de reguli fie că nu existau, fie că existau, dar nu erau recunoscute și obligatorii. Actualmente, numărarea materialelor și instrumentelor până și după operație este o regulă generală. Iată de ce, în cazul existenței încălcării acestei reguli, este prezentă și ilegalitatea acțiunii chirurgului, care a uitat un obiect străin în corpul bolnavului.⁶ Însă dacă chirurgul nu a avut posibilitatea de a urmări respectarea regulilor enumerate, atunci el nu poartă nicio vină.

De ce, totuși, incorectitudinea acțiunii medicale, în ansamblu cu alte condiții, îi oferă un caracter social-periculos?

Utilitatea socială a activității medicale constă atât din scopul pe care-l urmărește, cât și din fundamentarea teoretică a metodelor, mijloacelor și procedeele utilizate în timpul intervenției medicale. Aceasta semnifică că la baza acțiunii medicale concrete trebuie să stea cunoașterea legităților biologice corespunzătoare ale organismului uman, ceea ce permite influențarea lor în sens pozitiv, precum și precizarea rezultatului posibil. De aceea, aplicarea metodelor și mijloacelor nefondate științific, precum și a metodelor neexperimentate, corespunzător legităților studiate, nu pot motiva scopurile în numele cărora a acționat reprezentantul profesiei medicale.

Astfel, se poate considera ilegală acea acțiune săvârșită de lucrătorii medicali, în scopul acordării ajutorului medical, care nu corespunde cu regulile și metodele existente în știința medicală și care se află în legătură cauză–efect cu consecințele survenite pentru pacient, în formă de moarte sau înrăutățire a stării sănătății lui.

Legea științei este nivelul stării medicinei într-o anumită perioadă a evoluției sale, în procesul căreia se elaborează noi reguli și metode de tratament, se resping cele vechi, se introduc modificări în metodele și procedeele de acordare a ajutorului medical deja

existente.⁷ În același timp, purtătorii de cunoștințe medicale sunt reprezentanții concreți ai acestei profesii, fiecare realizând aplicarea în practică a principiilor medicinei în raport cu experiența proprie, deprinderile acumulate și abilitățile individuale. De aceea, fiecare lucrător medical trebuie să posede un nivel de cunoștințe minimal necesar, care se definește în raport cu evoluția științei medicale la o etapă sau alta.

Aceasta semnifică, în primul rând, că procedeele și metodele ce deja își au aplicarea în activitatea medicală, adică caracterizează nivelul general al medicinei, însă nu au fost încă recunoscute, nu pot fi considerate obligatorii, adică nu fac parte din categoria nivelului minimal de cunoștințe necesare. De exemplu, până în anul 1933 cercetarea Roentgen a craniului în cazul unei traume la cap nu era obligatorie, absența unei astfel de investigații nu se reproșa medicului. Actualmente, însă, este clar stabilită regula obligației investigației Roentgen în cazul diferitor traume craniene.⁸

Totodată, sunt bine-venite elementele creative, introduse în metodele general recunoscute de diagnosticare și tratament, ale medicilor experimentați și abilitați, însă nu sunt obligatorii pentru alți medici. Însă, pe măsura conștientizării, acumulării și popularizării lor, la o anumită etapă ele își pierd caracterul individual, devenind, după importanță, reguli obligatorii. Bandajarea vaselor sangvine ca metodă chirurgicală este cunoscută medicinei cu mult înaintea lui Pirogov N.I. Însă în acele timpuri nu toți chirurgii reușeau să repete cu iscusință această manevră. Experiența i-a permis lui Pirogov N.I. să depisteze metodele mai raționale și mai sigure de căutare și bandajare a vaselor sangvine care, în continuare, au fost recunoscute, devenind o regulă „esențială” și „elementară” a medicinei.⁹

Aprecierea ilegalității acțiunilor include încă un moment. Dacă nivelul cunoștințelor aplicabile în medicină se văd în acțiuni, atunci caracterul și sfera aplicării lor nemijlocite se determină în raport cu subiectul acestor acțiuni.

În primul rând, sfera aplicării nemijlocite a cunoștințelor în domeniul medicinei minimal necesare, caracterul comportamentului adecvat al lucrătorului medical se stabilesc luând în considerație grupa profesională la care el se raportează. Acesta înseamnă că, în funcție de specializarea lucrătorului medical într-o anumită ramură a medicinei, obligația aplicării nemijlocite a regulilor și metodelor existente de acordare a ajutorului medical se referă la regulile și metodele corespunzătoare ramurii respective. Astfel, pentru un oftalmolog acestea constituie regulile și metodele de tratament al bolilor oculare, pentru un ftizioterapeut (specializat în tuberculoză) – regulile și metodele de tratament al tuberculozei etc.

În al doilea rând, caracterul comportamentului adecvat al colaboratorului medical se stabilește în

conformitate cu categoria lui profesională: medic, soră medicală, felcer, fiecare dintre ei urmând să ofere nemijlocit ajutor medical în limitele categoriei sale. De exemplu, felcerul are dreptul de a îndeplini microinterventii chirurgicale (spargerea focarelor purulente de suprafață și a flegmoanelor, aplicarea suturărilor cutanate și ligaturilor în cazul hemoragiilor), de a efectua categorizarea și spălarea viziilor biliare cu ajutorul unui cateter etc.¹⁰ Însă dreptul de a face astfel de manipulări este condiționat de obligația desfășurării lor în corespundere cu nivelul contemporan al medicinei. În cazuri de necesitate, acordarea ajutorului de alt gen de către felcer trebuie să aibă loc doar la indicația medicului.

În acest mod, conținutul conceptului „nivelul minimal de cunoștințe medicale necesare” oferă posibilitatea de a defini totalitatea cunoștințelor obligatorii unui lucrător medical, corespunzător grupei și categoriei sale profesionale, care-i permite și-l obligă să hotărască necesitatea unor anumitor acțiuni, care au legătură cu sfera nemijlocită a reprezentanților altor categorii și grupuri profesionale.

Berdicevski F.I. accentua că esența problemei nu constă în volumul cunoștințelor care stau la baza acțiunilor profesionale ale specialistului supuse aprecierii, ci în valoarea lor juridică. Posedarea unei sume definite de cunoștințe profesionale este nu doar dreptul fiecărui specialist, care-i permite desfășurarea activității corespunzătoare, ci este obligația lui.¹¹

Deci, iată de ce nu este necesară recunoașterea ilegalității acțiunilor profesionale, care au provocat consecințe social-periculoase – pentru a nu contrazice totalitatea legităților medicinei sau, cel puțin, majoritatea lor. Este destul doar ca acțiunea care se verifică să nu corespundă măcar uneia din regulile și metodele existente în medicină, a căror aplicare, în cazul dat, este obligatorie. Cu toate acestea, aprecierea ilegalității acțiunilor profesionale ale medicului nu se va schimba în funcție de faptul dacă medicul cunoștea modalitatea corectă de desfășurare a activității diagnostic-terapeutice, dar nu a folosit-o din cauza neglijenței sale.

Majoritatea acțiunilor lucrătorilor medicali, care au consecințe nedorite, sunt judecate. Experții medicali și juriștii le împart în trei grupe:

- 1) cazuri accidentale
- 2) erori medicale
- 3) crime profesionale.

Criteriul de bază de raportare a acțiunii medicale apreciate la una dintre cele trei grupe enumerate servește ca semn al corectitudinii sau incorectitudinii lui, precum și al cauzei care l-a provocat.

Prin *caz accidental* în practica medicală se subînțeleg urmările nedorite ale intervenției medicale, care are legătură cu un șir de împrejurări pe care medicul nu e în stare să le prevadă și să le prevină. În

astfel de cazuri, medicul a acționat corect, în totală corespundere cu regulile și metodele medicinei.

Unii juriști și medici încearcă să interpreteze incorect acest termen, incluzând în categoria accidentelor acțiunile de neglijență ale lucrătorilor medicali, erorile medicale și chiar cazurile aparte de atitudine neglijentă a personalului medical față de obligațiile sale.

Gregori A.V. propunea de a raporta la cazurile accidentale toate urmările letale care au luat medicul prin surprindere. Exemple de astfel de urmări sunt infecția post-operatorie activă, complicațiile post-operatorii, asfixie cu masa vomitivă în timpul narcozei etc.¹²

Markovin I.V. considera posibilă raportarea la cazuri accidentale a erorilor tehnice din timpul operației, care au atras urmări mortale: suprasolicitarea ureterului la eliminarea unei tumori voluminoase a organului bazinului mic, desecarea aneurismului vascular, asemuit cu abcesul, sau chiar cazuri când uterul cu sarcină era asemuit cu o tumoră. El încercând să explice astfel de cazuri ca fiind imperfecțiuni ale iscusinței medicale, imposibilitate a diagnosticării corecte, fapt întâlnit nu doar la începători, dar și la medici destul de calificați.¹³

Astfel de urmări pot avea loc în legătură cu reacția alergică la unele preparate, fapt care nu era cunoscut în timpul vieții bolnavului; cazuri de deces al bolnavilor la efectuarea diferitelor manipulații diagnostice.

În acest mod, la cazuri accidentale în practica medicală se pot raporta acele urmări nereușite, care exclud posibilitatea de a prevedea consecințele intervențiilor medicale, când în timpul tratamentului eșecurile nu depind de erorile medicale sau de alte omisiuni, ci au legătură cu cursul atipic al bolii, particularitățile individuale ale organismului, iar uneori și cu lipsa condițiilor elementare pentru oferirea ajutorului de urgență.

Spre deosebire de cazurile accidentale, *erorile medicale și omisiunile sancționabile* (crimele profesionale) au legătură cu acțiunile incorecte ale personalului medical, ce contrazic regulile generale ale medicinei. Diferența dintre eroarea medicală și crimă profesională constă, în esență, în cauzele și condițiile apariției lor.

De cele mai dese ori, erorile medicale au cauze obiective sau circumstanțe atenuante pentru medic. Acestea sunt fie metodele imperfecte de investigație sau tratament, fie insuficiența de experiență și abilitate a medicului, fie lipsa condițiilor obiective corespunzătoare pentru acordarea ajutorului (lipsa timpului pentru investigații, insuficiența utilajului tehnic etc.). Astfel, o trăsătură distinctivă a erorii medicale este conștiințozitatea acțiunii medicale, aspirația specialistului de a acorda ajutor bolnavului, cu toate că, în esență, acțiunile sunt greșite.

Dali M.A. explică că prin eroare medicală se înțelege acțiunea incorectă a medicului condiționată de imperfecțiunea științei medicale sau insuficiența experienței și iscusinței medicului.¹⁴

Cercetătorul Davâdovski¹⁵ raportează la erori medicale greșelile medicului fondate fie pe imperfecțiunea stării contemporane a medicinei și metodelor ei de investigație, fie pe specificul cursului bolii la un pacient concret pe insuficiența cunoștințelor și experienței medicului. Gromov A.P. se referă la faptul că criteriul distinctiv al erorii medicale este cel care reiese din condițiile obiective definite ale erorii medicale de bună credință, fără elemente de neglijență, nepăsare și insuficiență de cunoștințe profesionale.¹⁶

Unii autori largesc nefondat caracterul erorii medicale, raportând la ea și elementele de acțiuni criminale ale medicului. Astfel, Leibovici I.L. recomandă de a înțelege prin eroare medicală acțiunile și procedurile incorecte, de rea-credință, neatente de acordare a ajutorului medical sau de îngrijire a bolnavului, rezultatul cărora este fie vătămarea corporală sau moartea, fie prelungirea sau agravarea bolii, fie pierderea timpului prețios pentru un tratament corect.¹⁷

Urmând acest principiu, unii autori consideră erori medicale și acele cazuri accidentale din practica medicală, neatentia și neglijența, care se referă la crimele lucrătorilor medicali.

Diversitatea erorilor medicale, cauzelor și condițiilor de apariție a lor a dus la faptul că, la momentul actual, nu există un concept unanim asupra erorii medicale, fapt care îngreunează aprecierea juridico-medicală a acțiunilor greșite ale lucrătorilor medicali. La aceasta mai contribuie și faptul că, în legislație, termenul de eroare medicală lipsește, deoarece nu este folosit de juriști. Acest termen a început să se răspândească preponderent în literatura medicală, cu toate că nici aceasta nu are un punct de vedere unanim referitor la eroarea medicală.

Înseamnă că termenul de eroare medicală nu este chiar reușit, întrucât nu acordă atenția cuvenită omisiunilor altor lucrători medicali (ale personalului medical inferior și mijlociu). Eroarea medicală nu se deosebește principial de alte greșeli ale specialistului. Aceasta este o greșală neintenționată a specialistului, comisă fie din insuficiență de experiență profesională, fie din cauza imperfecțiunii metodelor de investigare speciale aplicate în activitatea practică sau din necunoașterea regulilor sferei de activitate corespunzătoare de specializare a medicului.

Există un șir de clasificări ale erorilor medicale. Krakovski N.I. și Grițman I.I. propun clasificarea erorilor chirurgicale (limitând și mai mult sfera greșelilor tolerate), care permite delimitarea lor pe etape ale activității chirurgicale:

- Diagnostică
- Medico-tactice
- Medico-tehnice
- Organizaționale

- Greșeli în timpul administrării documentației medicale
- Greșeli de comportament al personalului medical în cadrul instituțiilor medicale.

Medicul-legist Ogarkov I.F. consideră că este rațional de a împărți erorile medicale în două grupe:¹⁸

- Greșeli de diagnosticare a bolii
- Greșeli de indicare și desfășurare a tratamentului.

Juristul Krâlov I.F. propune divizarea erorilor medicale în trei grupe:

- Greșeli de diagnosticare, la care se referă necunoașterea sau recunoașterea greșită a bolii.
- Greșeli tactice, la care se referă indicațiile greșite pentru operație, alegerea greșită a timpului de efectuare a operației etc.
- Greșeli tehnice, care includ folosirea incorectă a tehnicii medicale, administrarea necorespunzătoare a medicamentelor și mijloacelor de diagnosticare etc.¹⁹

Bâcikov I.I. numește toate omisiunile medicale *greșeli profesionale*:

a) neatenția criminală (greșeli în stabilirea diagnozei din cauza examinării superficiale neatente, greșeli în tratament la indicarea medicamentelor, corpuri străine uitate în organismul uman).

b) neglijența conștientă (transmiterea bolilor infecțioase prin nerespectarea conștientă a regulilor asepticii și antisepticii; intervenția medicală care nu corespunde specializării și experienței medicului și nu constituie o necesitate extremă, când în rezultatul procedurii tehnice incorecte survine moartea sau înrăutățirea stării sănătății; aplicarea, fără necesitate extremă, a metodelor de tratament și mijloacelor periculoase, inadmisibile de medicină).²⁰

Edel I.P. clasifică omisiunile după caracterul lor: diagnoza incorectă, tratamentul incorect sau lipsa lui. În fiecare dintre cele două grupe sunt prevăzute atât cauze obiective, cât și subiective ale apariției defectelor.²¹

După părerea noastră, cea mai reușită clasificare este cea propusă de Davâdovski I.V., deoarece se iau în considerație și greșelile cu caracter obiectiv (numărul mare de bolnavi pentru un singur medic, insuficiența tehnologică etc.), și greșelile de proveniență subiectivă (investigarea insuficientă a pacientului, insuficiența cunoștințelor generale și speciale, aprecierea superficială etc.).²² Clasificarea respectivă permite să se ia în calcul nu doar medicii, ci și personalul inferior și cel mijlociu.

Deci, cauzarea de prejudicii intereselor apărute, în rezultatul greșelilor lucrătorilor medicali, trebuie apreciată în corespundere cu regulile generale, aplicate în cazul erorilor juridice și de fapt.

La baza crimelor profesionale ale lucrătorilor medicali stă rea-credința, exteriorizată în neglijență, omisiune și chiar în inocența medicală. În activitatea medicală, crimă profesională este recunoscută comiterea intenționată sau neatentă de către personalul

medical, încălcând obligațiile sale profesionale, a faptelor social-periculoase, care au pricinuit (sau au putut pricinui) daună sănătății omului sau au pus în pericol viața lui.

O mare însemnătate are stabilirea cauzelor faptelor criminale ale personalului medical, care au legătură cu încălcarea obligațiilor personale de tratare a bolnavilor.

Majoritatea oamenilor de știință din domeniul medicinei și jurisprudenței numesc fapte criminale legate de încălcarea obligațiilor profesionale de către personalul medical următoarele acțiuni: investigarea insuficientă a bolnavilor și neefectuarea cercetărilor diagnostice; neatenția îngrijirii copiilor; internarea întârziată, lipsa internării sau externarea prematură a bolnavilor din instituțiile medicale; pregătirea insuficientă și efectuarea neatentă a operațiilor și a altor activități medicale; nerespectarea și încălcarea diverselor instrucțiuni și reguli medicale; administrarea neatentă a preparatelor medicale.

Note

¹ Бердичевский Ф.Ю., *Уголовная ответственность медицинского персонала за нарушение профессиональных обязанностей*, Москва, 1970, с. 16.

² Кудрявьев В.Н., *Объективная сторона преступления*, 1960, с. 117-125.

³ *Codul penal al Federației Ruse*, 1996, p. 124.

⁴ În art. 32 al *Bazelor legislației cu privire la ocrotirea sănătății*, o condiție necesară a implicării medicale este acordul benevol al cetățeanului; dacă persoana nu își poate pronunța voința proprie, iar implicarea medicală este inevitabilă, atunci acest acord este oferit de consiliul sau de medicul în serviciu, cu înștiințarea respectivă a instituției profilactico- medicale.

⁵ Огарков И.Ф., *Врачебные правонарушения и уголовная ответственность за них*, Ленинград, 1966, с. 18.

⁶ Бердичевский Ф.Ю., *op. cit.*, p. 21.

⁷ Бердичевский Ф.Ю., *op. cit.*, p. 17.

⁸ Зальмунин Ю., *Врачебные ошибки и ответственность врача*, Москва, 1949, с. 335-337.

⁹ Муравина Ф., *Николай Николаевич Пирогов*, Москва, 1950, с. 37-40.

¹⁰ *Vezi Положение о правах и обязанностях фельдшера*, утвержденное приказом Министра здравоохранения СССР от 6 июня 1946., №. 343, în *Законодательство по здравоохранению*, Moscova, 1955, vol. 1, p. 147.

¹¹ Бердичевский Ф.Ю., *op. cit.*, p. 32.

¹² Огарков И.Ф., *op. cit.*, p. 57.

¹³ *Ibidem.*, p. 59.

¹⁴ *Ibidem.*

¹⁵ Давыдовский И.В., *Врачебные ошибки*, în *Советская медицина*, 1941, nr. 3, p. 3-10.

¹⁶ Громов А.П., *Права, обязанности и ответственность медицинских работников*, Москва, 1976, с. 75.

¹⁷ *Ibidem.*, p. 76.

¹⁸ Огарков И.Ф., *op. cit.*, p. 97.

¹⁹ Крылов И.Ф., *Врач и закон*, Ленинград, 1972, с. 17.

²⁰ Огарков И.Ф., *op. cit.*, p. 114.

²¹ *Ibidem.*, p. 123.

²² Давыдовский И.В., *op. cit.*

Prezentat la 12.04.2008

ORDINUL NR. 439 DIN 29 NOIEMBRIE 2007

MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVAMINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDINUL nr. 439 din 29 noiembrie 2007

Cu privire la aprobarea orarului evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare publice, centrelor de medicină preventivă, întreprinderilor medico-sanitare private și farmaceutice în anul 2008

În scopul realizării prevederilor Legii nr. 552-XV din 18 octombrie 2001 privind evaluarea și acreditarea în sănătate, Hotărârii Guvernului Republicii Moldova nr. 526 din 29 aprilie 2002 *Cu privire la Consiliul Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate*,

APROB:

1. Orarul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare publice, centrelor de medicină preventivă, întreprinderilor medico-sanitare private și farmaceutice în anul 2008 conform anexelor:
Anexa nr. 1 – *Orarul evaluării și acreditării instituțiilor medico-sanitare publice și centrelor de medicină preventivă.*
Anexa nr. 2 – *Orarul evaluării și acreditării întreprinderilor medico-sanitare private.*
Anexa nr. 3 – *Orarul evaluării și acreditării întreprinderilor farmaceutice.*

ORDON:

1. Directorului executiv al Consiliului Național de Evaluare și Acreditare în Sănătate (dna M. Bolocan) a organiza evaluarea și acreditarea instituțiilor medico-sanitare publice, întreprinderilor medico-sanitare private și farmaceutice și centrelor de medicină preventivă în anul 2008 în conformitate cu orarul aprobat.
2. Conducătorilor instituțiilor medico-sanitare publice, centrelor de medicină preventivă, întreprinderilor medico-sanitare private și farmaceutice incluse în orar a iniția procedura de evaluare și a organiza activitățile conform prevederilor actelor legislative și normative în vigoare.

Controlul îndeplinirii prezentului ordin se asumă președintelui Prezidiului Consiliului Național de Evaluare și Acreditare, viceministrului sănătății Dlui Boris Golovin.

Ministru

Ion Ababii

ORARUL
evaluării instituţiilor medico-sanitare publice
şi centrelor de medicină preventivă pentru anul 2008

Ianuarie

Nr.	Denumirea instituţiei	Adresa	Telefonul	Conducătorul
1.	Centrul Republican de Diagnosticare Medicală	mun. Chişinău, str. C. Vârnab, 13	73-87-44	Gheorghe Țurcanu
2.	Spitalul Republican al ACSR a Aparatului Guvernului RM	mun. Chişinău, str. Drumul Viilor, 34	72-90-41	Ion Midrigan
3.	Dispensarul Dermatovenerologic Republican	mun. Chişinău, str. Costiugeni, 5/1	79-41-11	Andrei Gherman
4.	Spitalul Clinic Municipal pentru Copii nr. 1	mun. Chişinău, str. S. Lazo, 7	24-23-69	Sergiu Simco
5.	Spitalul raional Rezina	or. Rezina, 27 august, 7	(254) 2-16-22	Maria Florea
6.	Spitalul raional Călăraşi	or. Călăraşi, str. Testemiţanu, 59	(244) 2-24-48	Mihai Tambur

Februarie

1.	Institutul de Cardiologie	mun. Chişinău, str. Testemiţanu, 29/1	72-75-11	Mihai Popovici
2.	Institutul Oncologic	mun. Chişinău, str. Testemiţanu, 30	72-59-70	Dumitru Sofroni
3.	Spitalul raional Căuşeni	or. Căuşeni, bd. Gagarin, 54	(243) 2-65-95	Alexandru Cojocar
4.	CMF Căuşeni cu 16 Centre de Sănătate	or. Căuşeni, bd. Gagarin	(243) 2-66-33	Ignatie Țurcanu

Martie

1.	Spitalul Clinic al Ministerului Sănătăţii	mun. Chişinău, str. Puşchin, 51	21-22-91	Vasile Parasca
2.	CMF Orhei cu 18 Centre de Sănătate	or. Orhei, str. Vasile Lupu, 127	(235) 2-02-62	Valentina Guţan
3.	Clinica Stomatologică Teleneşti	or. Teleneşti, str. Renaşterii, 110	(258) 2-29-06	Vladimir Botnari
4.	Centrul Naţional de Medicină Sportivă „Atletmed”	mun. Chişinău, str. Belinschi, 4	74-39-03	Maria Robu
5.	Centrul igienă şi epidemiologie al ACSR a Aparatului Guvernului	mun. Chişinău, str. 31 august 1989, 70	22-66-16	Vladimir Brighidin

Aprilie

1.	Policlinica ACSR a Aparatului Guvernului al RM	mun. Chişinău, str. 31 august 1989, 70	22-80-12	Victor Scorţescu
2.	Centrul Ftziopneumologic de Reabilitare pentru Copii „Corneşti”	or. Corneşti, raionul Ungheni, str. Ştefan cel Mare, 70	(236) 6-12-27	Elena Ciobanu
3.	CMF Cantemir cu 5 Centre de Sănătate	or. Cantemir, str. Testemiţanu, 1	(273) 2-24-62	Aliona Serbulenco
4.	Serviciul medical al DTG	mun. Chişinău, str. Petricani	25-96-16	Tudor Bezer
5.	SCM nr. 4	mun. Chişinău, str. Columna, 150	29-56-78	Dumitru Noroc
6.	CMP raional Edineţ	or. Edineţ, str. Puşchin, 16	(246) 2-39-66	Vasile Sofroni

Mai

1.	Spitalul Municipal Bălţi	mun. Bălţi, str. Decebal, 101	(231) 7-27-03	Grigore Chetrari
2.	Spitalul raional Hânceşti	or. Hânceşti, str. M. Hâncu, 238	(269) 2-24-48	Valeriu Golovatâi
3.	Policlinica Stomatologică Ceadâr-Lunga	or. Ceadâr-Lunga, str. Lenin, 87	(291) 2-29-75	S. Vornicov
4.	Centrul Ftziopneumologic de Reabilitare pentru Copii „Târnova”	s. Târnova, raionul Donduşeni	(251) 5-54-44	Raisa Varvariuc

Iunie

1.	SR Vulcăneşti	or. Vulcăneşti, str. Lenin, 37	(293) 2-24-48	Nicolae Selemet
2.	CMF Vulcăneşti cu 3 CS	or. Vulcăneşti, str. Lenin, 37	(293) 2-36-56	Pavel Cernev
3.	Policlinica stomatologică Vulcăneşti	or. Vulcăneşti, str. Lenin, 37	(293) 2-22-78	A. Guzun
4.	SR Taraclia	or. Taraclia, str. Cotovschi, 2	(294) 2-44-48	Valeriu Jelea
5.	CMF Taraclia cu 6 CS	or. Taraclia, str. Cotovschi, 2	(294) 2-44-58	Sofia Braguța
6.	CMF Cimișlia cu 7 Centre de Sănătate	or. Cimișlia, str. Alexandru cel Bun, 135	(241) 2-39-89	Ludmila Capcelea
7.	Spitalul raional Cimișlia	or. Cimișlia, str. Alexandru cel Bun, 135	(241) 2-24-48	Mariana Florea
8.	Spitalul raional Anenii Noi	or. Anenii Noi, str. Uzinelor, 30	(265) 2-33-63	Victor Cibotaru

Iulie

1.	Secția medico-militară a Ministerului Apărării cu 13 amb.	mun. Chișinău, str. Hâncești	25-23-89	Ion Targon
2.	Centrul de Medicina Legală	mun. Chișinău, str. Korolenko, 8	73-82-84	Gh. Baciuc
3.	Spitalul militar Bălți, filiala SCM Central	mun. Bălți, str. Ștefan cel Mare	25-34-55	Gh. Antoci

August

1.	CMF Nisporeni cu 9 Centre de Sănătate	or. Nisporeni, str. T. Ciorbă, 5	(264) 2-34-72	Nina Ioniță
2.	CMP filiala ÎS Calea Ferată din Moldova	mun. Chișinău, str. Gagarin, 11	83-24-40	Valeriu Țarigradschi
3.	Direcția medico-militară al MAI	mun. Chișinău, str. Gh. Asachi, 50	72-80-47	Valeriu Obadă
4.	CMP municipal Chișinău	mun. Chișinău, str. Hasdeu, 49	57-43-01	Iurie Pânzaru

Septembrie

1.	Spitalul raional Cantemir	or. Cantemir, str. Testemițanu, 1	(273) 2-24-71	Iurie Mihaescu
2.	Întreprinderea municipală stomatologică „Cavoris-med” Cahul	or. Cahul, str. Ștefan cel Mare, 23	(299) 2-05-00	Ion Țugui
3.	SR Comrat	or. Comrat, str. Romancenco, 2	(298) 3-14-48	Elena Novac
4.	CMF Comrat cu 7 CS	or. Comrat, str. Pobedi, 46	(298) 2-28-55	Raisa Proțescu

Octombrie

1.	Spitalul Clinic de Boli Infecțioase „T.Ciorbă”	mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare și Sfânt, 163	23-80-56	Victor Deatișin
2.	CMF Ștefan-Vodă cu 12 Centre de Sănătate	or. Ștefan-Vodă, str. Testemițanu, 1	2-24-76	Mariana Haret
3.	CMF Anenii-Noi cu 11 Centre de Sănătate	or. Anenii Noi, str. Uzinelor, 30	(265) 2-26-45	Victor Golban
4.	Spitalul Raional Strășeni	or. Strășeni, str. Iachir, 2	(237) 2-24-48	Alexandru Tuchilă
5.	CMF Strășeni cu 13 Centre de Sănătate	or. Strășeni, str. Iachir, 2	(237) 2-28-62	Andrei Iațișin
6.	CMF Hâncești cu 15 Centre de Sănătate	or. Hâncești, str. M. Hâncu	(269) 2-35-60	Alexandra Cornei

Noiembrie

1.	Spitalul Clinic Municipal pentru Copii „V. Ignatenco”	mun. Chișinău, str. Grenoble, 149	72-97-69	Nicolae Starciuc
2.	Policlinica Militară Centrală a Ministerului Apărării	mun. Chișinău, str. Petrarilor, 1	79-90-11	Ion Targon
3.	CMF Călărași cu 9 Centre de Sănătate	or. Călărași, str. Bojole, 1	(244) 2-26-60	Nicolae Lupu
4.	Asociația Medicală Teritorială Botanică	mun. Chișinău, bd. Dacia, 5/2	52-81-17	Victor Puiu
5.	Spitalul Clinic Municipal nr. 1	mun. Chișinău, str. Melestiu, 20	27-44-94	Victor Savin

Decembrie

1.	Institutul de ftiziopneumologie „Chiril Draganiuc”	mun. Chișinău, str. C. Vârnab, 13	73-83-81	Silviu Sofronie
2.	Policlinica cu staționarul SIS	mun. Chișinău, str. V. Pârcălab	22-63-26	Anatol Ungureanu

O R A R U L
evaluării și acreditării întreprinderilor medico-sanitare private pentru anul 2008

Ianuarie

Nr	Denumirea instituției	Adresa	Telefonul	Conducătorul	Domeniul activității
1.	Îl „Mitachi”	Chișinău, str. M. Manole, 12	48-03-50	Alexei Mitachi	stomatologie
2.	PM „ULIM”	Chișinău, str. V. Pârcălab, 52	22-00-23	Ion Tataru	stomatologie
3.	SRL „Actigen”	Chișinău, str. Independenței, 28	52-81-30	Elena Tintiuc	stomatologie
4.	SRL „Artident-Lux”	Chișinău, str. A. Ruso, 11	49-65-36	L. Cecal	stomatologie
5.	Î.I. „Pojlog Valentina”	Chișinău, str. Muncești, 400	21-25-38	Valentina Pojlog	stomatologie
6.	Î.I. „Sâtnic Valentin”	Chișinău, bd. Dacia, 36	77-05-19	Valentin Sâtnic	stomatologie
7.	SRL „DAC-SLAV BUSSINES”	Chișinău, str. I. Vieru, 15	35-00-16	Simion Țurcan	ginecologie, urologie
8.	Îl „Iurco Luan”	Chișinău, str. Zelinski, 33/2	55-87-64	Luan Iurco	stomatologie
9.	Îl „Căți-Popescu”	Chișinău, str. Tighina, 42	27-20-52	Sergiu Popescu	stomatologie
10.	CPM „Reabilitolog”	Chișinău, str. Tighina, 31	27-16-44	Nina Carșeva	terapie, ginecologie
11.	Î.I. „Centrul stomatologic - Luca”	Rezina, str. 27 august, 46/4	2-35-52	Veaceslav Luca	stomatologie

Februarie

1.	Î.I. „Terlețchi Elena”	Chișinău, str. Cuza Vodă, 20	76-97-76	A. Migaevschi	stomatologie
2.	SRL „Toris”	Chișinău, bd. Traian, 23/1,	76-67-09	Vladimir Blinov	urologie, psihiatrie
3.	SRL „Podiac”	Chișinău, str. Columna, 111	22-66-11	Nicolae Gusac	stomatologie
4.	PM SA „Franzeluța”	mun. Chișinău, str. Burebista, 74	52-34-63	N. Țurcan	asistență medicală
5.	SRL „Sivitali Alexeenco”	Chișinău, bd. Traian, 7/1-32	78-29-31	Violeta Alexeenco	stomatologie
6.	Î.I. „Visajist Ignatova”	Chișinău, str. Decebal, 68/2	55-49-47	Victoria Ignatov	stomatologie
7.	Centrul medical „Universitatea”	mun. Chișinău, str. Pan Halipa, 4	72-75-55	Filip Condrea	asistență medicală
8.	SRL „Integamed”	Chișinău, str. Columna, 162	22-55-41	Iurie Osoianu	stomatologie, terapie
9.	Î.I. „Ștefănescu”	Chișinău, str. Tighina, 42 (hot. „Meridian”)	27-71-21	Valeriu Ștefănescu	stomatologie
10.	Î.I. „Golban Lilia”	Chișinău, str. Drumul Viilor, 42/3-56	72-30-08	Lilia Golban	stomatologie

Martie

1.	SRL „Medalva”	Chișinău, str. Teatrală, 3	22-51-40	Alexandru Cerbu	terapie
2.	Îl „Belali Dumitru”	Chișinău, str. Bălănescu, 35-1	54-61-46	Dumitru Belali	stomatologie
3.	Îl „Vis-Bejan”	Chișinău, str. Trandafirilor, 31/1	55-35-13	Vladimir Bejan	stomatologie
4.	SRL „Încredere DNM”	Chișinău, str. Titulescu, 1	54-05-45	Iurie Dragunov	a/m de ambulator
5.	SRL „Grux-Grup”	Chișinău, str. Independenței, 30/5,	50-67-72	Andrei Grumeza	stomatologie
6.	SRL „Vladident”	Chișinău, str. Trandafirilor, 31/7-17	53-53-43	Vladimir Levința	stomatologie
7.	Îl „Caraman Vera”	Chișinău, bd. Negruzzi, 1	27-13-05	Vera Caraman	stomatologie
8.	SRL „Prodent-Com”	Chișinău, str. M. Kogălniceanu, 49	22-42-68	Elvira Ursu	stomatologie
9.	Î.I. „Panainte-Denta	Chișinău, str. Meșt. Manole, 12	47-04-43	Andrei Panainte	stomatologie
10.	Î.I. „Dental Timciuc”	Chișinău, str. P. Zadnipru, 21/107	34-75-44	Valeriu Timciuc	stomatologie

Aprilie

1.	Î.I. „Eurodent-Trifan”	Chișinău, str. A. Doga, 26	43-82-04	V. Trifan	stomatologie
2.	Serviciul medico-sanitar „Moldcoop”	Chișinău, str. Trandafirilor, 7	52-11-98	Constantin Harea	centru medical

3.	SRL „Sandoria”	Chişinău, str. Coca, 33	75-48-08	Vitalie Sandu	stomatologie
4.	Misiunea Creştină de Binefacere „Armata Salvării”	Chişinău, str. Vadul lui Vodă, 100	41-00-40 47-23-82	F. Nilson	medicină internă
5.	SRL „Cardiotelemedico”	Chişinău, str. N. Testemiţanu, 2	22-26-81	Vladimir Reabinschi	ECG
6.	SRL „Lidia -Dent”	Chişinău, str. Alba Iulia, 202/1		Lidia Eni	stomatologie
7.	SRL „Prodadent”	Chişinău, str. Alba Iulia, 182/2-1	58-84-00	Sergiu Mândru	
8.	Î.I. „Otgon Dentalux Farm-Viola”	Chişinău, str. Belinschi, 65-2	72-92-28	Vasile Otgon	stomatologie
9.	SRL „Dent-Consult”	Chişinău, str. Bucureşti, 60-21	22-14-65	Alexandru Ţurcan	stomatologie
10.	SRL „Lucident”	Chişinău, bd. Ştefan cel Mare, 4 (Hotelul Naţional, of. 602)	48-28-53, 54-04-85	Galina Lucian	stomatologie

Mai

1.	ÎI „Statnâi Vladimir”	Chişinău, str. Mirceşti, 22/4	56-47-54	Vladimir Statnâi	neurologie
2.	SA „Salvatorul”	Chişinău, bd. Renaşterii, 23/ 2	24-16-71	Victor Veretiuc	ginecologie, chirurgie
3.	ÎI „Loremed”	s. Dobruja, str. I. Creangă, 5	25-83-48	Paula Lobodă	medicină internă
4.	ÎI „Nica-Stom-lovu”	Ialoveni str. Alexandru cel Bun, 43	2-34-42	Iovu	stomatologie
5.	ÎI „Jernov Ina”	Donduşeni, str. 31 August 4/2-21	2-35-86	Ina Jernov	stomatologie
6.	ÎI „Tupicica”	mun. Bălţi, str. Ş. Aleiheim, 75	2-63-70	Stanislav Tupicica	stomatologie
7.	SRL „Dent VIP”	Chişinău, str. 31 august 1989, 34	27-81-76	V. Piscun	stomatologie
8.	Î.S. „Preventoriu Autogestional a AŞM”	Chişinău, str. Gh. Asachi, 62/3			medicina internă, USG, stomatologie
9.	UMS „Reut” SA	mun. Bălţi, str. Decebal, 13	2-41-39	A. Chirca	terapie, stomatologie

Iunie

1.	ÎI „Jugurt Stoma”	Chişinău, bd. Mircea cel Bătrîn, 21	48-94-84	Gh. Jugurt	stomatologie
2.	SRL „Dodon Sergiu”	Chişinău, str. Cucorilor, 14	45-03-21	Sergiu Dodon	stomatologie
3.	SA „Porţelan-Dental”	Chişinău, str. B. Bodoni, 41 ap.4	21-23-16	Valeriu Tomas	stomatologie
4.	SRL „Flora-Med”	Chişinău, str. B. Bodoni, 57	24-97-78	Violeta Nenescu	ginecologie
5.	SRL „Gradia Dent”	Chişinău, str. V. Lupu, 18	71-69-18	V. Pascari	stomatologie
6.	ÎI „Pşenicinâi”	Drochia, str. Independenţei, 79/47	2-55-47		stomatologie
7.	ÎI „Groza V”	Floreşti, str. V. Lupu, 27	2-41-65	Groza V	stomatologie
8.	ÎI „Sergiu Moraru”	Soroca, str. M. Kogălniceanu, 13	2-37-65	Sergiu Moraru	stomatologie
9.	ÎI „Timuş”	Soroca, str. Şt. cel Mare, 113/2-3	2-08-44	Timuş	stomatologie
10.	SRL „Dental-Nord”	Edineţ, str. Independenţei, 88	2-36-66	N. Huzinschi	stomatologie

Iulie

1.	Î.I. „Luchian D”	Chişinău, str. A. Russo, 9/2	44-30-68	Dumitru Luchian	stomatologie
2.	SRL „Med-dent”	Chişinău, str. T. Ciorbă, 9/1	24-85-66	Teodor Popovici	stomatologie
3.	PM Institutul Naţional de Educaţie Fizică şi Sport	Chişinău, str. A. Doga, 22	31-04-29	A. Bacalov	asistenţă medicală
4.	SRL „Prodent-Com”	Chişinău, str. Kogălniceanu, 49	22-42-68	Elvira Ursu	stomatologie
5.	SRL „Farmacon”	Ceadâr-Lunga, str. Lenin, 48	21-1-00	V. Şoşev	centrul medical

August

1.	ÎI „Vedus-Usteniuc”	Bălţi, str. Ştefan cel Mare, 6/2	4-53-93	V. Usteniuc	stomatologie
2.	SRL „Longevitate”	Chişinău, str. Miron Costin, 15/1	43-84-24	Ion Mişu	medicina tradiţională
3.	SRL „Valitar Plus”	Chişinău, bd. Ştefan cel Mare, 184		Lilia Torpan	stomatologie
4.	ÎI „Ala S. Chiriac”	Chişinău, str. Munceşti, 17	75-14-12	A. Chiriac	ginecologie
5.	SRL „Vanis-Prim”	Chişinău, str. Pelivan, 17/1-64	20-25-86	Loreta Vacaraş	stomatologie

Septembrie

1.	Î.I. „Donica-Mariana”	Chişinău, str. L. Tolstoi, 56/1	27-09-24	Mariana Donica	stomatologie
2.	Îl „Jornea”	Chişinău, str. Columna, 110/2	22-28-29	Gh. Jornea	stomatologie
3.	SRL „Gavrii TTB”	Chişinău, str. B. Voievod, 2	43-93-09	O. Tontici	hepatologie, cardiologie, stomatologie
4.	Î.I. „Dent-Lux”	Chişinău, str. Bănulescu Bodoni, 22-5	24-14-21	Vitalie Popa	stomatologie
5.	Îl „Costrubschi”	Edineţ, str. V. Cupcea, 3	2-21-29	I. Costrubschi	stomatologie
6.	SRL „Mosclan”	Chişinău, str. Burebista, 93	56-24-13	Lilia Moscaliuc	diagnostic computer.
7.	SRL „Pro-SANO”	Chişinău, str. Alba Iulia, 75/15	58-02-50	Larisa Moscalu	terapie, ginecologie, USG, laborator, stom.
8.	Centrul medical SRL „Fluid”	Chişinău, str. Bucureşti, 64	22-03-55	Constantin Boghean	stomatologie, USG
9.	Profilactoriul UTM	Chişinău, str. Studenţilor, 3/1	31-91-39	N. Tataru	terapie, neurologie
10.	Î.I. „Dent-Groza”	Chişinău, str. Izmail, 46	76-57-89	Zinaida Groza	stomatologie

Octombrie

1.	Îl „Otgon-Dentalux”	Chişinău, str. Belinschi, 65/2	74-25-61	Vasile Otgon	stomatologie
2.	Centrul stomatologic „Cera Dent”	Chişinău, str. V. Alecsandri	069135483	Filip Gheorghişă	stomatologie
3.	SRL „Ghermivali”	Chişinău, str. 31 August, 63	54-25-55	Miron Şor	urologie, cardiologie, ginecologie, USG
4.	SRL „Infomed-prim”	Chişinău, str. Tighina, 42	27-25-27	Nicolae Ciumac	gastrologie
5.	SIMC „Emanuil”	Chişinău, str. Alexandru cel Bun, 140	21-07-37	Liviu Gusac	asistenţă medicală

Noiembrie

1.	SRL „Dac-Spectromed”	Chişinău, str. Academiei, 3	72-50-43	Igor Chireev	medicina de laborator
2.	SRL „Digva”	Chişinău, str. Tighina, 2	55-25-51	Ghenadie Diaconu	fitoterapie
3.	SRL „Onest-Doc”	Chişinău, str. Eminescu, 42	21-25-74	Gr. Şeremet	medicină internă
4.	Î.I. „Vega-Donica”	Chişinău, str. Academiei, 3/3	73-70-90	Gabriela Donica	stomatologie
5.	SRL „Melita-Med”	Chişinău, str. Tighina, 12	24-56-17, (56-12)	N. Godunova	medicină tradiţională

Decembrie

1.	SRL „Cortef-Delta”	Chişinău, str. T. Vladimirescu, 6	43-64-85	Nicolae Visterniceanu	stomatologie, ginecologie, chirurgie
2.	SA „Centromed”	Chişinău, str. N. Costin, 48	51-56-30	Gheorghe Granciuc	stomatologie
3.	SRL „Galadent-M”	Chişinău, str. M. Cibotaru, 11/1	23-84-19	Valeriu Muntean	stomatologie
4.	SA „Intrascop”	Chişinău, str. Meşt. Manole, 16	47-42-02	T. Panfil	stomatologie
5.	Î.I. „Botnar Petru”	Chişinău, str. Zelinski, 8	55-24-88	Petru Botnar	stomatologie

O R A R U L
evaluării și acreditării întreprinderilor farmaceutice pentru anul 2008

Ianuarie

Nr	Denumirea întreprinderii	Adresa	Telefonul	Conducătorul
1	SRL „Dita Est Farm”	mun. Chișinău, bd Moscovei	49-34-12	N. Brumărel
2	Îl „Calendula Culiuc”	or. Briceni, str. Eminescu, 79	23-8-65	Șt. Culiuc
3	Îl „Salvis Spiridon”	or. Rezina, str. Șciusev, 11/24	22-2-84	R. Spiridon
4	SRL „Nataliana-Farm”	or. Rezina, str. Șciusev, 5	23-7-87	E. Suhastovici
5	Farmacia și depozitul farmaceutic CRDM	mun. Chișinău, str. Constantin Vârnăv, 13	88-83-01	Gh. Țurcanu
6	SRL „LIAN” depozit farmaceutic	mun. Chișinău, str. Grenoble, 149 „A”	72-72-63	L. Neceaev
7	SA Farmacia „Ialoveni”	or. Ialoveni, str. Daniil Sihastru, 2/1	22-1-74	V. Curnic
8	Îl „E. Dărăban”	r-l Drochia, s. Nicoreni	37-4-81	E. Daraban
9	Farmacia SRL „Farmacia Zea Mays”	mun. Chișinău, str. Zelinski, 20	55-30-13	V. Popușoi
10	Îl „A. Tomac”	or. Drochia, str. Șoseaua Sorocii, 14	26-3-30	A. Tomac
11	Farmacia SRL „Farmacia Vitana”	mun. Chișinău, str. Cuza-Vodă, 20	76-97-76	V. Terlețki
12	Farmacia SA „Farmacia nr. 2 Centrală”	mun. Chișinău, bd Ștefan cel Mare, 6	27-17-49	A. Casian
13	SRL „Aliravia”	mun. Chișinău, str. Calea Basarabiei, 7	43-84-40	Svetlana Ciub
14	SRL „Aralia”	mun. Chișinău, str. Gh. Asachi, 29	73-27-37	Larisa Feghiu
15	SRL „Bonas –Farm”	mun. Chișinău, str. I. Vieru, 20	41-14-62	Maria Natoca

Februarie

1	Farmacia SRL „FIAT”	or. Comrat, str. Pobeda, 44	23-1-66	P. Gagauz
2	Farmacia Îl „Alexandru Cebotari”	r-l Briceni, s. Coteala	34-3-45	A. Cebotari
3	Farmacia Îl „Denta-Oboroc”	or. Ungheni, str. Română, 88	22-9-63	G. Oboroc
4	Farmacia SRL „Lirucola”	or. Căușeni, str. Eminescu, 27	22-8-41	C. Stamati
5	Farmacia SA „Medicor-Farm”	mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 148	22-15-80	N. Climenco
6	SRL „Dinatos”	mun. Chișinău, str. Trandafirilor, 13/1, ap 112	55-99-13	Nina Nazarov
7	SRL „Dorniflora” SC	mun. Chișinău, str. A. Russo, 7/1-39	44-41-55	Dorina Florea
8	SRL „Drumul Viilor”	mun. Chișinău, str. Drumul Viilor, 43	72-86-75	Maria Țarigradschi
9	SRL „Culis-Farm”	mun. Chișinău, str. Ciocana 12, ap. 4	41-00-73	Tamara Deviza
10	SRL „Amicis-Star”	mun. Chișinău, bd Dacia, 44	22-36-11	Luminița Darii
11	SRL „Aquafrans”	mun. Chișinău, str. Tighina, 42/1	27-75-55	Svetlana Ceban
12	SRL „Dzetafarm”	mun. Chișinău, str. D. Rășcanu 29-a, ap. 2	43-47-80	Maia Gulea
13	SRL „Edmarts”	mun. Chișinău, str. Albișoara, 80	29-18-41	Nadejda Djugostran
14	SRL „Panax Ginseng”	mun. Chișinău, str. Teodorovici, 10/1	54-55-90	Rodica Mungiu

Martie

1	Farmacia SA „CARINA”	or. Comrat, str. Tretiacov, 121 a	25-2-37	N. Tanasoglo
2	Farmacia SRL „VALDAM”	or. Ștefan Vodă, str. Suveranității, 9	2-26-51	V. Damian
3	Farmacia SA „Buna Speranța”	or. Dondușeni, str. Eminescu, 26	22-7-80	M. Tonu
4	Farmacia SNC „Elena-Zina”	or. Basarabeasca, str. Muncii, 32	22-3-23	V. Munji
5	Farmacia SA „Levăntica”	mun. Chișinău, bd. Renașterii, 25/1	22-08-10	T. Strecalov
6	Farmacia SRL „Farmacon”	or. Ceadâr-Lunga, str. Miciurin, 2	2-11-00	V. Șoșev
7	SRL „Călinel FCP”	mun. Chișinău, str. Albișoara 82/4	32-61-03	Olga Burduja
8	SRL „Farmacia Petreana”	mun. Chișinău, str. V. Lupu, 33	75-07-06	Tatiana Pentelei
9	SRL „Farmacia Rocardius”	mun. Chișinău, bd. Dacia, 32/1	77-54-52	Svetlana Șcetina
10	SRL „Farmacia Rom-Farm”	mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 184	23-53-97	Raisa Boico
11	SRL „Eximed”	mun. Chișinău, str. Muncești, 191/1	51-14-31	Galina Vrenea
12	SRL „Grin-Farm” SC	mun. Chișinău str. Brîncuși, 3	63-65-53	Alexandra Bulican
13	SRL „Gemita” ÎM	mun. Chișinău, str. A. Pann 4	20-79-36	Viorica Nimerenco
14	SRL „Ispir Grup” SC	mun. Chișinău, bd. Renașterii 19, ap. 30	74-84-39	Valentina Cimpoacă
15	Îl „M. Bejan”	or. Sângera, str. Viilor 16/B	24-10-87	Inga Rotaru

Aprilie

1	Farmacia SRL „Sanitas-Cantemir”	or. Cantemir, str. Trandafirilor, 8 „A”	22-8-62	E. Chiosa
2	Farmacia SRL „Mondus”	or. Bălți, str. Independenței, 8	24-0-48	I. Ianachevici
3	ÎS „Farmacia nr. 419”	or. Bălți, str. Bucovinei, 101	72-7-01	E. Vârlan
4	SRL „Marduk-Farm” SC	mun. Chișinău, str. Studenților, 2/1, ap.110	49-84-49	Ala Tujicova
5	Farmacia SRL „Ornauri-VABI”	or. Orhei, str. V. Lupu, 23	2-27-29	V. Bagmanean
6	SRL „Hahneman”	mun. Chișinău, str. Ioan Pelivan 30/5, ap. 51	74-98-62	Svetlana Jantoan
7	SRL „Hai Noroc” FPC	mun. Chișinău, bd Ștefan cel Mare 64	22-04-40	Vera Cutacova
8	SRL „Homeofarm”	mun. Chișinău, str-la Valea Dicescu, 28	43-85-95	Vladimir Calisenco
9	SRL „Klota”	mun. Chișinău, str. Matei Millo 9/3	76-69-85	Silvia Țurcan
10	SRL „Lazarus” SC	mun Chișinău, bd Moscovei 13/4, ap. 103	43-84-40	Elena Miron
11	SRL „Lemas-Farm”	mun. Chișinău, str. Studenților 6, ap. 39	56-96-69	Ala Burlacu
12	SRL „Leontina-farm”	mun. Chișinău, str. Malina mică, 11/10	28-57-85	Ion Lepadatu
13	SRL „Biooptima”	mun. Chișinău, str. M. Costin, 19/6		Elena Donțu
14	SRL „Beta”	mun. Chișinău, str. Pădurilor, 16		Ala Țurcanu
15	SRL „Aquafarm-Grup”	mun. Chișinău, str. Kiev, 16/1		Galina Prohorencu

Mai

1	Farmacia SRL „Victor-farm”	or. Bălți, str. Victoriei, 48 „A”	3-22-90	Nicolae Priscu
2	Farmacia SRL „Rubia”	or. Bălți, str. Ostrovski, 42	3-33-67	Ecaterina Roșu
3	Farmacia Îl „Codru-Ceban”	or. Cimișlia, str. Suveranității, 9	2-41-49	Ion Ceban
4	Depozit farmaceutic SA „CASA FARM”	mun. Chișinău, str. Academiei, 3/3	74-38-40	Ghenadie Nastas
5	Farmacia SA „Farmacia 125”	mun. Chișinău, str. Titulescu, 24	55-90-81	Vladimir Covbasiuc
6	Farmacia Îl „Arturnat”	or. Hîncești, str. Hâncu, 139/2	2-45-17	Elvira Colța
7	SRL „Nefron-Farm”	mun. Chișinău, str. Costin 11/4, ap. 60	44-53-19	Pristup Ludmila
8	SRL „Zimfarm” SC	mun. Chișinău, str. Caucaz 12, ap. 2	76-98-84	Kliuciniov Rodica
9	Îl „Alisa-Roșca”	or. Ungheni, str. Cristiu, 10		Roșca Tatiana
10	Îl Farmacia „Malanciuc L”	or. Ungheni, str. Decebal, 21		Volovei Natalia
11	SRL „Fraxinus”	r-l Ungheni, s. Pârlița		Belciu Claudia Ilie
12	Îl „Zestrea Ecaterina”	or. Ungheni, str. Ștefan cel Mare, 185		Zestre Ecaterina
13	SRL „Edmartis”	mun. Chișinău, str. Albișoara, 80		Djugostran Nadejda
14	SRL „Homeofarm”	mun. Chișinău, str. Pușkin, 6		Calisenco Vladimir
15	SRL Farmacia nr. 135 „Salus”	mun. Chișinău, str. M.Dosoftei, 142		Ciuciu Semion

Iunie

1	Farmacia SRL „Gab Farm”	or. Cahul, str. Sanatoriului, 2/16	2-39-97	Radu Bratu
2	Farmacia Îl „Moșneaga”	or. Anenii Noi, str. Concilierii, 1	2-40-52	Tudor Moșneaga
3	Farmacia SRL „Farmacia Centrală nr371”	or. Soroca, str. Ștefan cel Mare, 18	2-41-68	Anatol Lisnic
4	Farmacia Îl „Semeniuc O.”	or. Soroca, str. Limbii Române, 13	2-84-04	Angela Semeniuc
5	Farmacia SRL „Diviza Olga”	or. Hîncești, str. Hâncu, 173	2-50-30	Olga Diviza
6	Farmacia SRL „Soretop”	or. Soroca, str. Creangă, 17	2-31-90	Antonina Ceban
7	Farmacia SRL „Bulitan”	r-l Ialoveni, s. Puhoi	6-32-24	Tatiana Bușmachiuc
8	Farmacia SA „Mirvlad”	or. Soroca, str. Ștefan cel Mare, 119/2	2-61-08	Mircea Moldovan
9	SRL „Androlifarm”	mun. Chișinău, str. Bănulescu-Bodoni, 51		Iurie Andronache
10	SRL „Sui-Generis”	mun. Bălți, str. Independenței, 34		Ion Gavriiliuc

Iulie

1	Farmacia SRL „Deogal-Farm”	or. Varnița, str. Tighina, 91	2-31-54	Galina Lupu
2	Farmacia SRL „Saltem”	or. Edineț, str. Independenței, 79	2-52-80	Tatiana Bâcu
3	SRL „Cosar Lift”	mun. Chișinău, str. Decebal, 59a		Tatiana Josan
4	SA „Crasmed”	mun. Chișinău, str. V.Lupu, 33		Angela Ungureanu
5	Îl „Vitanta Lăsâi”	or. Ocnița, str. 50 ani ai Biruinței, 34a		Elena Lăsâi
6	Farmacia nr.19, stația Ocnița	or. Ocnița, str. Profsoiuznaia, 1		Vera Remlenscaia
7	SRL „Farmada ”	or. Ocnița, str. Independenței, 70		Șargu
8	Îl „Roma-Casian”	or. Ocnița, str. 50 ani ai Biruinței, 34a		Maria Popovscaia
9	SRL „Balzam”	or. Otaci, str. Libertății, 15		Ludmila Malicova
10	SRL „Irionfarm”	mun. Chișinău, str. V. Lupu, 59/3		Ion Mirza

August

1	Farmacia SRL „Violaodorata”	mun. Chişinău, bd Traian, 5	76-24-36	V. Muşet
2	Farmacia SRL „Altair-Farm”	or. Rîşcani, str. 31 August 1989, nr. 16 „A”	2-24-51	V-na Terr
3	Farmacia SRL „Largus Fer”	or. Briceni, str. Eminescu, 51	2-31-45	G. Jelezni
4	Farmacia SRL „Farmadem”	or. Căuşeni, str. Păcii, 14	2-34-80	A. Demici
5	Farmacia SRL „Viorica farm”	or. Căuşeni, str. Unirii, 1	2-38-74	L. Demici
6	Depozit farmaceutic SRL „Esculap-Farm”	mun. Chişinău, bd Moscova, 7/4	44-63-43	O. Sili
7	Farmacia SRL „Sănătate-Robu”	or. Străşeni, str. Ştefan cel Mare, 26, ap. 4	2-50-15	L. Robu
8	Farmacia Îl „Diana Şpac”	or. Sîngerei, str. A. Crigan, 7/2	2-37-07	Viorica Roşca
9	Farmacia SRL „Alfa”	or. Donduşeni, str. 31 August 1989, 21	2-26-10	Ala Bordeian
10	Farmacia SRL „Gheleus”	or. Ştefan-Vodă, str. Libertăţii, 2	2-43-79	Vitalie Gheicenco

Septembrie

1	Farmacia SA „Sângerar”	or. Sângerei, str. Testemiţanu, 7	2-36-58	Gh. Grăjdieru
2	Farmacia SRL „Zdravi-farm”	or. Taraclia, str. Lenin, 142	2-32-74	Prohor Flocea
3	Farmacia Îl „Podsnejnik-Uzunova”	or. Taraclia, str. Cotovschi, 5, ap. 61	2-48-06	G. Uzunov
4	Farmacia Îl „Tudor Draguşciuc”	or. Bălţi, str. 31 August 1989, nr. 24	2-22-25	T. Draguşciuc
5	Farmacia SRL „Val-Ghimbir”	or. Cahul, str. Ştefan cel Mare, 26/34	2-36-11	T. Vdovicenco
6	Farmacia SA „Vinca-farm”	or. Cahul, str. 31 August 1989, nr. 11	2-74-11	D. Stâncu
7	Farmacia SRL „Tilia”	or. Bălţi, str. Şciusev, 1	2-00-68	V-na Ghebos
8	Farmacia SRL „Temerar-Farm”	or. Bălţi, str. Bulgară, 63/1	7-86-11	I. Bocancea
9	SRL „Păducel Farm”	r-l Orhei, s. Braviceni		Lidia Cocieru
10	SRL „Farmacia nr. 98”	r-l Drochia, s. Pelenia		Iurie Ursachi
11	SRL „Farm-Zguriţa”	r-l Drochia, s. Zguriţa		Lucia Pantea
12	Îl „Andrei Amarii”	or. Călăraşi, str. Bojole, 31		Elena Lozovan
13	Îl „Beselea Sabina”	r-l Călăraşi, s. Pârjolteni		Vera Beselea
14	Îl „Mereuţa”	r-l Călăraşi, s. Hirova		Ludmila Mereuţa
15	SRL „Cernei Ana”	r-l Donduşeni, com. Cernoleuca		Maria Bunea

Octombrie

1	Farmacia SRL „Ruscuţa”	or. Bălţi, str. Decebal, 1 „A”	2-15-98	S. Ianachevici
2	Farmacia SRL „Euridice”	or. Sângerei, str. B. Glavan, 2	2-35-06	A. Racu
3	Farmacia SRL „Cartal”	or. Cahul, str. Spirin, 92/99	2-65-90	V. Azman
4	Farmacia SRL „Stellaria”	or. Cahul, str. Negruzzi, 121	2-23-61	L. Bârlea
5	Farmacia SRL „Avicena-G”	r-l Sângerei, s. Biruinţa, str. Independenţei, 8	61-3-81	V. Spătaru
6	Depozit farmaceutic SRL „Vicom”	mun. Chişinău, str. Puşkin, 44	72-73-88	V. Guşilo
7	SRL Farmacia „Sănătate”	or. Nisporeni, str. Suveranităţii, 11		Iurie Apostol
8	SRL „Farmaconis”	or. Nisporeni, str. Păcii, 1a		Aurelia Bosoc
9	SRL „Frangula-Boldureşti”	r-l Nisporeni, s. Boldureşti		Dumitru Ciorici
10	Îl „Vita-Dent-Croitoru”	or. Nisporeni, str. Alexandru cel Bun, 29		Dorina Cioara
11	SRL „Carstim”	r-l Străşeni, s. Cojuşna, str. Musafirilor, 8		Elena Ivanova
12	SRL „Farinvest com”	r-l Străşeni, s. Cojuşna, str. S.Lazo, 1		Natalia Dumbrava
13	SRL „Codreanca”	r-l Străşeni, s. Codreanca		Maria Godoroja
14	SRL „Cojuşna”	r-l Străşeni, s. Cojuşna, str. S.Lazo, 1		Daniela Dima
15	IS „Păpădie”	r-l Străşeni, s. Sireţ		Serghei Bulat

Noiembrie

1	Farmacia nr. 11 Orhei	or. Orhei, str. V. Lupu, 8	2-43-59	L. Capcelea
2	Farmacia SRL „Farmacia nr. 294 Codru”	mun. Chişinău, str. Munceşti, 798	52-41-18	A. Donceac
3	Farmacia SRL „Arisa Farm”	or. Edineţ, str. 31 August 1989, nr. 2 „A”	2-34-91	Arina Camerzan
4	Farmacia SRL „Farm-Imex”	or. Străşeni, str. Ştefan cel Mare, 103	2-21-04	Gr. Madan
5	Farmacia Îl „Sârbu”	r-l Floreşti, s. Rădulenii-Vechi	2-14-05	S. Sârbu
6	Farmacia SRL „Panaceea”	mun. Chişinău, str. Calea Ieşilor, 1 „B”	74-33-08	A. Odobescu
7	Farmacia SRL „Belşans”	mun. Chişinău, str. Mioriţa, 10	22-36-11	G. Rotaru
8	Farmacia Îl „Bădărău Speranţa”	or. Sângerei, str. Independenţei, 117/1	2-44-91	Maria Bădărău
9	SRL „Criofarm”	or. Criuleni, str. Biruinţa, 10		Isidor Anton Darii
10	Îl „Chetrean Agafia”	r-l Criuleni s. Izbeşti		Agafia Chetrean

11	Îl „Cotoman Vitalie”	r-l Criuleni s. Cimișeni	Vitalie Cotoman
12	Îl „Mândru M.G.”	r-l Criuleni s. Mașcauți	Maria Mândru
13	Îl „Vlada Leșan”	r-l Criuleni s. Boșcana	Rodica Leșan

Decembrie

1	SRL „Condifarm”	or. Vadul lui Vodă, str. Ștefan cel Mare, 38a	Anastasia Liscinscaia
2	SRL „Campari”	mun. Chișinău, bd Mircea cel Bătrân, 7/6	Viorica Soroceanu
3	SRL „Milius”	r-l Ialoveni, com. Mileștii Noi	Vladimir Barda
4	SRL „Filigran”	r-l Ialoveni, s. Costești	Lidia Golban
5	Îl „German Farmo”	r-l Strășeni, s. Cojușna, str. M.Viteazu, 84	Valentina Gherman
6	Îl „Jordan”	or. Strașeni, str. Eminescu, 54/62	Ion Jordan
7	SRL „Lozova”	r-l Strășeni, s. Lozova	Valentina Fodea
8	SRL „Micăuți”	r-l Strășeni, s. Micăuți	Ecaterina Bordeian
9	SRL „Nadina”	or. Strașeni, str. Ștefan cel Mare, 53	Valentina Iovu
10	SRL „Zubrești”	r-l Strășeni, s. Zubrești	Zinovia Pleșca

Lista IMS publice acreditate în anul 2007

Nr. d/o	Denumirea instituției	Subdiviziunile acreditate	Subdiviziunile neacreditate	Data și forma acreditării
1	Ambulatoriul de linie stația Ungheni			05.02.2007 acreditat
2	Punctul Medical ÎM Regia „Autosalubritate”			27.03.2007 acreditat
3	Punctul Medical SA „Termocom”			03.04.2007 acreditat
4	Centrul Consultativ-Curativ al ASEM			17.04.2007 acreditat
5	Unitatea Medico-Sanitară nr. 6 al SA „Bucuria”			08.05.2007 acreditat
6	Punctul Medical SA „Magazinul Universal Central „Unic”			21.05.2007 acreditat
7	Centrul de Recuperare pentru Copii „Ceadâr-Lunga”			21.05.2007 acreditat
8	Ambulator de linie stația Basarabeasca	staționar de zi		21.05.2007 acreditat
9	IMSP Spitalul Raional Edineț	14 CS		21.05.2007 condiționat
10	IMSP Spitalul Raional Florești	14 CS		29.05.2007 acreditat
11	IMSP Centrul de Sănătate Trușeni			31.05.2007 acreditat
12	Punctul Medical ÎCS „Rețelele Electrice (mun. Chișinău) SA			08.06.2007 acreditat
13	Stația zonală Asistență Medicală Urgentă „Nord”	12 substații, 24 puncte		29.06.2007 acreditat
14	Centrul de plasament temporar și reabilitare pentru copii, mun. Bălți			29.06.2007 acreditat
15	Instituția Publică de Stomatologie din Comrat			29.06.2007 condiționat
16	Unitatea Medico-Sanitară nr. 8 „Magnific” SA			29.06.2007 acreditat
17	IMSP Spitalul raional Telenești	10 CS		12.07.2007 condiționat
18	Centrul de Plasament și Reabilitare pentru Copii de Vârstă Fragedă			12.07.2007 acreditat
19	Stația zonală Asistență Medicală Urgentă „Centru”	17 substații, 35 puncte		12.07.2007 acreditat
20	Stația zonală Asistență Medicală Urgentă „Sud”	4 substații, 13 puncte		04.09.2007 acreditat
21	Stația zonală Asistență Medicală Urgentă „UTA Găgăuzia”	3 substații, 7 puncte		07.09.2007 acreditat
22	IMSP Spitalul Raional Ceadâr-Lunga	9 CS		16.10.2007 condiționat
23	IMSP Spitalul Raional Ocnița	9 CS	secția stomatologie	22.10.2007 condiționat
24	IMSP Spitalul Clinic Municipal „ Sfântul Arhangel Mihail”			30.11.2007 acreditat
25	IMSP Asociația Medicală Teritorială Centru cu CCD și CMF			30.11.2007 acreditat
26	Centrul Național de Transfuzie a Sângelui			30.11.2007 acreditat
27	Serviciul prespitalicesc AMU al IMSP CNȘPMU			19.12.2007 acreditat
28	IMSP Spitalul Clinic Republican pentru Copii „E.Coțaga”			26.12.2007 acreditat
29	Centrul de Medicină Preventivă Raional Taraclia			26.06.2007 condiționat
30	Centrul de Medicină Preventivă Raional Drochia			04.10.2007 condiționat
31	Centrul de Medicină Preventivă Raional Cimișlia			26.10.2007 acreditat

Lista insuțiilor medico-sanitare private acreditate în anul 2007

Nr.	Denumirea întreprinderii	Adresa	Decizia, data
1.	Cabinet stomatologic Î „Popa Stelian”	mun. Bălți, str. 31 August, 24, nr. 10	Acreditat, 26.03.2007
2.	Cabinet stomatologic Î „Tolcan Iurie”	mun. Chișinău, str. Independenței, 14/1, of. 3	Acreditat, 29.03.2007
3.	Cabinet stomatologic Î „Gurău Elena”	mun. Chișinău, str. Sfânta Vineri, 16	Acreditat, 29.03.2007
4.	Centrul stomatologic Î “Cheptea I.G.-Dentaurum”	mun. Bălți, str. Alexandru cel Bun, 30/1	Acreditat, 30.03.2007
5.	Cabinet stomatologic FCP „Kapșuki” SRL	mun. Chișinău, str. Alba Iulia, 192 of. 1/3	Acreditat, 30.03.2007
6.	Centrul medical Î “Ghenadie Bou”	mun. Chișinău, str. Calea leșilor, 19	Acreditat, 05.04.2007
7.	Cabinet stomatologic Î “Martinello Melania” cu o filială	m. Chișinău, str. Aldea-Teodorovici, 11/2 of 52	Acreditat, 05.04.2007
8.	Cabinet stomatologic Î “Friptu Mihai”	mun. Chișinău, str. Lermontov, 126	Acreditat, 27.04.2007
9.	Cabinet stomatologic Î „Borș Iuliu”	mun. Bălți, str. Bulgară, 70/39	Acreditat, 04.05.2007
10.	Cabinet stomatologic Î “Văzdăușan”	mun. Bălți, str. Pușkin, 68/1	Acreditat, 04.05.2007
11.	Cabinet stomatologic SC “Madident” SRL	or. Briceni, str. Ștefan cel Mare, 15 „A”	Acreditat, 04.05.2007
12.	Cabinet stomatologic Î “Elena Platon”	r-nul Anenii Noi, s. Mereni	Acreditat, 21.05.2007
13.	Cabinet stomatologic Î “Talpă Ion”	mun. Chișinău, str. Academiei, 3	Acreditat, 21.05.2007
14.	Cabinet stomatologic SC “Denta-Mostovei” SRL	or. Cahul, str. Ștefan cel Mare, 42/2	Acreditat, 21.05.2007
15.	Cabinet stomatologic Î “Zarițcaia Angela”	or. Cahul, str. Ștefan cel Mare, 29, ap. 50	Acreditat, 26.06.2007
16.	Cabinetul medical SC “Com V&V” SRL	mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 71/1	Acreditat, 10.07.2007
17.	Cabinetul stomatologic Î „Roșca Olga”	mun. Chișinău, str. Calea leșilor, 14	Acreditat, 26.09.2007
18.	Laboratorul clinico-diagnostic SC “Bimed-Sud” SRL	or. Cahul, str. V. Stroescu, 37, nr. 16	Acreditat, 10.10.2007
19.	Cabinetul stomatologic Cooperativa “Ortoped”	mun. Bălți, str. Dostoevski, 42/2	Acreditat, 10.10.2007
20.	Cabinetul stomatologic Î „Dental-Croitoru”	or. Strășeni, str. Eminescu, 56	Acreditat, 22.10.2007
21.	Cabinetul stomatologic Î „Stoma-Staver”	or. Cahul, str. A. Mateevici, 31 „D”	Acreditat, 22.10.2007
22.	Cabinetul stomatologic Î „Stoma-Popazu”	or. Cahul, str. M. Eminescu, 32 „B”	Acreditat, 22.10.2007
23.	Cabinetul stomatologic Î „Calaraș A.”	or. Cahul, str. Ștefan cel Mare, 26 ap. 20	Acreditat, 02.11.2007
24.	Centrul stomatologic SRL „Masterdent”	mun. Chișinău, str. V. Lupu, 81	Acreditat, 02.11.2007
25.	Cabinetul stomatologic SRL „Perfect Clasic-Dent”	mun. Chișinău, str. I. Creangă, 12/1	Acreditat, 06.11.2007
26.	Cabinetul stomatologic Î „Galina Popa”	mun. Chișinău, str. A. Doga, 22	Acreditat, 06.11.2007
27.	Clinica de Medicină Estetică „Sancos”	mun. Chișinău, bd. Moscova, 16	Acreditat, 12.11.2007
28.	Cabinetul stomatologic Î „Coișan T.”	or. Anenii Noi, str. Chișinăului, 12	Acreditat, 12.11.2007
29.	Centrul stomatologic SRL Odonto-Med”	mun. Chișinău, str. Alba Iulia, 5	Acreditat, 12.11.2007
30.	Cabinetul stomatologic “Gamureac-Dent” SRL	mun. Chișinău, bd. Traian 6/1	Acreditat, 20.11.2007
31.	Centrul de reabilitare Î „Ionel Stati”	or. Ocnița, str. Independenței, 64 „A”	Acreditat, 20.11.2007
32.	Cabinetul stomatologic Î.I. „Lidia Baraliuc”	or. Briceni, str. Prieteniei, 3 “A”	Condiționat, 20.11.2007
33.	Cabinetul stomatologic Î.I. „Bâcu S. T”	mun. Chișinău, bd. Negruzzi, 7, of. 208	Acreditat, 20.11.2007
34.	Firma „Alna-Ginecologie” SRL	mun. Chișinău, str. V. Alecsandri, 44	Acreditat, 28.11.2007
35.	Cabinetul stomatologic Î.I. „Stoma Comp-Muntean”	or. Șoldănești, str. Păcii, 28/29	Condiționat, 28.11.2007
36.	Cabinetul stomatologic Î.I. Vitadent-Gârlea”	or. Șoldănești, str. Hasdeu, 15	Condiționat, 28.11.2007
37.	Centrul stomatologic Firma “Horev” SRL	mun. Chișinău, bd Ștefan cel Mare, 64 nr. 176	Condiționat, 07.12.2007
38.	Centrul stomatologic SRL „ATLANT”	mun. Chișinău, str. Mitropolit Petru Movilă, 2	Condiționat, 07.12.2007
39.	Cabinetul stomatologic SC „Clinica profesorului D. Scerbatiuc” SRL	mun. Chișinău, str. Petru Movilă, 23/1	Acreditat, 07.12.2007
40.	Centrul curativ-diagnostic “Dragalina-Popov” Î	or. Cahul, str. Ștefan cel Mare, 111 “A”	Acreditat, 14.12.2007
41.	Cabinetul stomatologic Î “Asanarea-Cojocar”	mun. Bălți, str. Alexandru cel Bun, 36/2	Acreditat, 14.12.2007
42.	Centrul stomatologic SRL „Saniodent-V”	mun. Chișinău, str. Calea leșilor, 9/23	Acreditat, 14.12.2007
43.	Cabinetul diagnostic funcțional SC „Cetamed” SRL	mun. Chișinău, str. Independenței, 28, lit. “A”	Acreditat, 21.12.2007
44.	Centrul stomatologic „Vivodent” SRL	mun. Chișinău, str. București, 13	Acreditat, 26.12.2007
45.	Punctul medical SA „Carmez”	mun. Chișinău, str. Muncești, 121	Acreditat, 26.12.2007
46.	Cabinetul stomatologic SC „Mog-Nat PG” SRL	mun. Chișinău, s. Grătiești, str. Prieteniei, 2	Acreditat, 26.12.2007
47.	Cabinetul stomatologic SRL „Anici-Dent”	mun. Chișinău, str. Trandafirilor, 29/1, nr.73	Acreditat, 26.12.2007
48.	Asociația Obștească „ASCODE”	mun. Chișinău, str. Grenoble, 163/5	Acreditat, 29.12.2007

49.	Centrul medical SA „Sigma”	mun. Chișinău, bd Decebal, 99	Acordat, 29.12.2007
50.	Cabinetul stomatologic Î „Mihaela Costrov”	mun. Chișinău, str. Albișoara, 84/6	Acordat, 29.12.2007
51.	Centrul medical „Ridicon-Comerț” SRL	mun. Chișinău, str. Columna, 124	Acordat, 29.12.2007

Lista întreprinderilor farmaceutice acreditate în anul 2007

Nr. d/o	Denumirea întreprinderii farmaceutice	Decizia	Subdiviziunile acreditate	Data
1.	Farmacia Î „Chircu Raisa” com. Stăuceni	Acordată	Farmacie	29.01.2007
2.	Farmacia Î „Gluga Inga” r-l Orhei, s. Pelivan	Acordată	Farmacie	29.01.2007
3.	SC „Colibași-Farm” SRL r-nul Cahul, s. Colibași	Acordată	Farmacie	27.02.2007
4.	Farmacia Î „Orașan Ludmila” r-l Glodeni, s. Sturzovca	Acordată	Farmacie	12.03.2007
5.	Farmacia Î „Speranța-Schiopu” r-l Șt-Vodă, s. Ermoclia	Acordată	Farmacie	16.03.2007
6.	Farmacia FCP „Edmartis” SRL mun. Chișinău	Acordată	Farmacie	16.03.2007
7.	SRL „Becor” mun. Chișinău	Acordată	depozit farmaceutic cu farmacie	16.03.2007
8.	SRL „Farmacia Cojușna” r-l Strășeni, s. Cojușna	Acordată	Farmacie	20.03.2007
9.	Farmacia FCP „Fortuna-AND” SRL mun. Chișinău	Acordată	Farmacie	03.04.2007
10.	Farmacia SC „Astra-Vita” SRL or. Ialoveni	Acordată	Farmacie	03.04.2007
11.	Farmacia Î „Ghenadie Bou” mun. Chișinău	Acordată	Farmacie	05.04.2007
12.	ÎM “P&R Pharma” SRL mun. Chișinău	Acordată	Filiala farmaciei	05.04.2007
13.	Farmacia SC „Cvinava-Farm” SRL or. Cimișlia	Acordată	Farmacie	27.04.2007
14.	„Jumper Bio” SRL r-nul Cahul, s. Alexandru Ioan Cuza	Acordată	Farmacie	21.05.2007
15.	ÎM Moldo-Română „Dita Estfarm” SRL mun. Chișinău	Acordată	Filiala farmaciei	31.05.2007
16.	Farmacia SC „Bonivit” SRL mun. Chișinău	Acordată	Farmacie	08.06.2007
17.	ÎM “P&R Pharma” SRL mun. Bălți	Acordată	Filiala farmaciei mun. Bălți	19.06.2007
18.	Farmacia ÎM “Farmacia Familiei” SRL mun. Chișinău	Acordată	11 filiale	02.07.2007
19.	Farmaciei ÎM „Vinamex” SRL	Acordată	16 filiale	10.07.2007
20.	Farmacia SC “Andrei Amariei” SRL or. Călărași	Acordată	Farmacie	10.07.2007
21.	Farmacia Î „N. Șandrea” r Florești, s. Cuhureștii de Sus	Acordată	Farmacie	12.07.2007
22.	Farmacia Î “Buruiană Maria” r-l Hâncești, s. Bujor	Acordată	Farmacie	14.09.2007
23.	Farmacia SRL „Farmgel” r-l Florești, s. Târgul-Vertiujeni	Acordată	Farmacie	10.10.2007
24.	SRL „Gamovit-Farm”, Edineț, Brătușen	Acordată	Farmacie	22.10.2007
25.	ÎCS „Sodimed International” SRL	Acordată	Depozit farmaceutic	26.10.2007
26.	Farmacia CFU a USMF „N. Testemițanu”	Acordată	Farmacie cu 1 filială	02.11.2007
27.	Depozitul farmaceutic „Iseps-Farma”	Acordată	Depozit farmaceutic	06.11.2007
28.	Farmacia SRL “Speranta-Farm”	Acordată	Farmacie cu 2 filiale	23.11.2007
29.	Filiala farmaciei SC “Prodiafarm” SRL	Acordată	Filiala farmaciei	04.12.2007
30.	SA “Farmacia Buiucani nr. 465”	Acordată	Farmacie	04.12.2007
31.	Depozitul farmaceutic „Tetis International Co” SRL	Acordat	Depozit farmaceutic	14.12.2007
32.	Farmacia SA „Farmacia nr.280”	Acordată	Farmacie cu 8 filiale	14.12.2007
33.	Farmacia SA „Sanfarm-Prim	Acordată	Farmacie cu 2 filiale	19.12.2007
34.	Depozitul farmaceutic SA „Sanfarm-Prim	Acordat	Depozit farmaceutic	19.12.2007
35.	SA Farmacia „Centrofarm”	Acordată	Farmacie cu 6 filiale	19.12.2007
36.	SA Farmacia „Farmacopeea”	Acordată	Farmacie cu 7 filiale	29.12.2007
37.	SRL „SindBioDan”	Acordată	Depozit farmaceutic și farmacie cu 4 filiale	29.12.2007

Lista instituțiilor medico-sanitare și întreprinderilor farmaceutice evaluate, dar neacreditate în anul 2007

Nr. d/o	Denumirea instituției	Adresa instituției	Data adoptării deciziei
1	Spitalul Feroviar de Circumscripție stația Bălți	mun. Bălți, str. Decebal, 125	22.01.2007
2	Farmacia „Amofarm-Diverse” SRL cu 4 filiale	mun. Chișinău, bd. Ștefan cel Mare, 62	22.02.2007
3	SA „Farmacia Anenii Noi” Farmacie cu 7 filiale	or. Anenii Noi, str. Suvorov, 47	27.03.2007
4	Centrul de Medicină Preventivă raional Edineț	or. Edineț, str. Pușkin, 16	04.10.2007
5	IMSP Institutul de Ftziopneumologie “Chiril Draganiuc”	mun. Chișinău, str. Constantin Vârnab, 13	22.10.2007
6	Cabinetul ecografie SC „Ergosum” SRL	mun. Chișinău, bd Moscovei, 14/1	14.12.2007
7	Cabinetul ecografie SC „Briomedtest” SRL	mun. Chișinău, str. Gh. Asachi, 62/3, of. 7	14.12.2007

ȘEFUL CATEDREI IGIENĂ GENERALĂ
GHEORGHE OSTROFEȚ

OMAGIU LA 70 DE ANI



Remarcabilul reprezentant al școlii igienice din R. Moldova, doctorul habilitat în științe medicale, profesorul universitar, șeful Catedrei *Igienă generală* a USMF **Gheorghe Ostrofeț** s-a născut la 5 iunie 1938, în satul Badragii Noi, raionul Edineț, într-o familie de oameni muncitori, demni, onești și bogați spiritual, moștenire revărsată asupra copiilor lor.

A absolvit școala primară și gimnazială în 1953 în satul de baștină, după care își urmează calea la Școala de felceri și moașe din or. Bălți, pe care o absolvește cu mențiune în anul 1956. Din acest an începe activitatea în calitate de ajutor al medicului-sanitar în Centrul de Medicină Preventivă Edineț. Pe parcursul activității decide să-și dedice viitorul medicinei profilactice și depune actele la Facultatea *Igienă și sanitarie* a Institutului de Medicină din Chișinău, pe care o absolvește în 1969. După absolvire urmează o carieră în continuă ascensiune – de la asistent (1969) până la profesor universitar și șef al Catedrei *Igienă generală* (1992).

Sub conducerea distinsei personalități în domeniul medicinei preventive, profesorului Iacov Reznic, Gheor-

ghe Ostrofeț face primii pași în știință. Pe parcursul anilor efectuează cercetări științifice care s-au materializat în teza de doctor în medicină *Evaluarea igienică complexă a condițiilor de muncă în tutunărit*, susținută cu succes în 1978. Continuă mai apoi cercetările științifice sub conducerea profesorului universitar Henrieta Rudi, susținând în anul 2000 teza de doctor habilitat în medicină.

În calitate de șef de catedră, dl Gheorghe Ostrofeț desfășoară o activitate multilaterală. Profesorul, iscusit și competent, este recunoscut ca pedagog exigent, care consideră ca sarcină primordială este activitatea didactică. Este angajat permanent în elaborarea și redactarea programelor de instruire, a indicațiilor metodice. A editat 5 manuale care contribuie la pregătirea mai eficientă a studenților în domeniul igienei.

Munca de cercetare a dlui profesor Ostrofeț este întruchipată în circa 240 de lucrări științifice, printre care se remarcă în mod deosebit 3 monografii din domeniul igienei muncii operatorilor la computere.

Domnul profesor consideră că la baza unei vieți realizate stau simțul responsabilității, onestitatea, alegerea corectă a priorităților, receptivitatea la tot ce este nou și performant în domeniu. Aceste principii le aplică în mod consecvent și în activitatea de ghidare a discipolilor săi, studenților.

Sub îndrumarea acestui savant ilustru, colaboratorii catedrei continuă cercetările științifice în domeniul activității operatorilor din cadrul telecomunicațiilor din Moldova și instruirii computerizate a elevilor.

Activând la Catedra *Igienă generală*, Domnia sa și-a creat imaginea unui profesor competent, înțelept, cu abilități deosebite de organizare. Multe generații de medici, rezidenți l-au avut ca profesor și îndrumător, ascultându-i prelegerile și sfaturile practice bazate pe experiența bogată de medic, pedagog și cercetător științific. Domnul profesor lucrează permanent cu cadrele medicale practice, oferindu-le ajutor în cercetarea științifică, la pregătirea actelor normative. În ultimii ani exercită funcția de președinte al Comisiei de atestare a medicilor-igieniști din R. Moldova.

Activitățile obștești, îndeplinite de dl profesor formează o listă cu adevărat impresionantă: membru al Senatului Universitar, al Comisiei de experți a Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare, președinte al Comisiei universitare de concurs, Președinte al Comisiei metodice la disciplinele igienice a USMF, membru al Comisiei științifico-metodice de profil a MS R. Moldova, membru al consiliilor de redacție ale revistelor *Sănătate publică, economie și management în medicină*, Analelor științifice ale USMF *Nicolae Testemițanu*, materialelor congreselor III, IV, V ale igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din Republica Moldova. A activat cu succes în calitate de vicedecan al Facultății *Medicină preventivă*.

Fiind un excelent pedagog, conducător, îndrumător, conlucrează activ și cu alte ministere și departamente: sindicatele Ministerului Telecomunicațiilor, Economiei și Comerțului, bănci de stat.

În acești ani de activitate fructuoasă didactică, științifică, obștească, profesorul Gh. Ostrofeț a rămas și un extraordinar familist. Împreună cu soția Eleonora au crescut și au educat doi bravi feciori, Ghenadie și Igor, care i-au urmat calea.

Cu profundă recunoștință și cu respect, colectivul Catedrei *Igienă generală* îl felicită cordial pe profesorul Gheorghe Ostrofeț și îi urează lumină în suflet, sănătate, longevitate, forțe în realizarea ideilor și tuturor năzuințelor.

La mulți ani, Dom' profesor!
Numai soare luminos!
Pentru-ntreaga activitate
Noi vă mulțumim frumos!

Colectivul Catedrei *Igienă generală*
Lili Groza – conferențiar;

Cătălina Croitoru, Aliona Tihon, Elena Ciobanu, Nicolae Pascal – lectori asistenți