

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT
ÎN MEDICINĂ

revistă științifico-practică

fondată în anul 2003

4(26)/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

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

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Editorial council

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

MANAGEMENT

GHEORGHE RUSU
Реформирование здравоохранения 4

ХАЙДАРОВА Т.С.; АКИМБАЕВА А.,
ДАРИШЕВА М.А., ИМАНГАЛИЕВА А.
Evaluarea procesului de spitalizare
a bolnavilor în condiții rurale 7

SĂNĂTATE PUBLICĂ

ЕҢСО CONSTANTIN; CHIABURU ANGHELINA;
FERDOHLEB ALINA; CAPITAN NINA
Managementul profilaxiei deficiențelor de auz
la copiii de vârstă preșcolară din Republica Moldova 10

SVETLANA CONDRATIUC
Анализ факторов риска, способствующих
употреблению психоактивных веществ (пав),
выявленных у подростков 14

IURIE GUZGAN; ZINA COBĂLEANU

Dinamica mortalității generale în populația
Republicii Moldova (2003-2007) 21

Хайдарова Т.С.
Актуальные вопросы и проблемы формирования
здорового образа жизни в Казахстане 24

IGIENĂ ȘI EPIDEMIOLOGIE

GRIGORE FRIPTULEAC
Istoria dezvoltării igienei mediului 27

PETRU IAROVOI
Combaterea malariei în Republica Moldova 38

DREPTUL MEDICAL

ЕҢСО CONSTANTIN; MIDRIGAN VITALIE
Erori comise în activități medicale 41

JUBILEE

Gheorghe Rusu la 70 de ani 47
Petru Moroz la 70 de ani 48
Mihai Moroșanu la 60 de ani 50

CONTENTS

MANAGEMENT

GHEORGHE RUSU
Reform of the Health System

ХАЙДАРОВА Т.С.; АКИМБАЕВА А.,
ДАРИШЕВА М.А., ИМАНГАЛИЕВА А.
Evolution of the hospitalization within
the rayon hospitals conditions 7

PUBLIC HEALTH

ЕҢСО CONSTANTIN; CHIABURU ANGHELINA;
FERDOHLEB ALINA; CAPITAN NINA
The prophylaxis` management of hearing acuity
loss of pre-school age children in RM 10

SVETLANA CONDRATIUC
Risk factors promoting the use of the psychoactive
substances (PAS) found among the teenagers,
who had contacts with the PAS 14

IURIE GUZGAN; ZINA COBĂLEANU

The mortality dynamics in Republic
of Moldova (2003-2007) 21

Хайдарова Т.С.
Actual issues and problems of healthy lifestyle
development in Kazakhstan 24

HYGIENE AND EPIDEMIOLOGY

GRIGORE FRIPTULEAC
History of Environment's Hygiene 27

PETRU IAROVOI
Wrestling with malaria in the Republic of Moldova 38

MEDICAL LAW

ЕҢСО CONSTANTIN; MIDRIGAN VITALIE
Mistakes in the medical activity 41

ANIVERSARIES

Gheorghe Rusu la 70 de ani 47
Petru Moroz la 70 de ani 48
Mihai Moroșanu la 60 de ani 50

РЕФОРМИРОВАНИЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

George RUSCU,
Национальная Компания обязательного
медицинского страхования

Необходимость реформирования здравоохранения на постсоветском пространстве была очевидна для всех новых независимых государств в связи с тем, что они провозгласили курс на рыночную экономику, а существующая система организации и финансирования здравоохранения, типа Семашко, не вписывалась по разным причинам в рыночную экономику.

Главными причинами необходимости реформирования были:

- 1) Недостаточная экономическая эффективность системы публичного здравоохранения, основанной на принципах старой советской системы.
- 2) Низкий уровень доступности медицинских услуг для населения в условиях рыночной экономики, в основном для самых незащищенных слоев населения (стариков, инвалидов, детей, неработающих граждан и др.). Почти все услуги оплачивались напрямую из карманов граждан, заставляя многих отказываться от медицинских услуг, в том числе и жизненно необходимых.
- 3) Значительное ухудшение работы системы здравоохранения и в связи с этим ухудшение основных демографических показателей и здоровья населения в целом.

Для решения этих задач практически во всех странах постсоветского пространства в той или иной форме были приняты системы обязательного медицинского страхования с особенностями, присущими той или другой стране.

Эффективно работают системы медицинского страхования в Прибалтийских странах, Молдове, Кыргызстане. Особенности системы медицинского страхования Российской Федерации таковы, что сама система не может служить образцом из-за сложности, запутанности самих принципов построения и в связи с этим предрасположенности к коррупции, о чем свидетельствуют и последние события в Российском Фонде обязательного медицинского страхования.

Таким образом, по заключению международных экспертов, принятие системы обязательного медицинского страхования, включающей в себя новые механизмы сбора, аккумулирования, распределения на базе контрактирования и оплаты по фактически выполненной работе, как альтернатива предыдущего механизма бюджетных ассигнований, стало единственным реальным путем реформирования здравоохранения в актуальных условиях экономического и социального развития стран. Система обязательного страхования представляет собой единственный инструмент для установления более эффективной и справедливой системы финансирования здравоохранения.

Внедрение медицинского страхования на постсоветском пространстве позволило построить новые схемы финансового обеспечения на едином методологическом уровне, естественно, с учетом тех или иных особенностей государств. К сожалению, на территориях так называемых «замороженных» конфликтов, под-

Summary

Reform of the Health System

The change in the economic situation of post-Soviet countries made it necessary to reform the health system, and the introduction of compulsory medical insurance has become a priority. The model and principles of introduction of medical insurance in Moldova have shown their efficiency and may be applied in Transnistria, since there are equal starting conditions. Moreover, medical insurance based on the Moldovan model may be recommended, as defined by WHO, for other countries with similar conditions.

верженных сепаратистским тенденциям, оказались заморожены и социальные реформы, в том числе в здравоохранении.

Это в полной мере относится и к Приднестровью, где система здравоохранения сохраняет принципы советского здравоохранения с присущими ему недостатками и достоинствами, законсервированными на уровне 90-ых годов.

Эта система настоятельно требует своего реформирования для решения стоящих перед ней задач в области охраны здоровья населения, а также новых инструментов финансирования и организационных мероприятий. Учитывая, что единственной системой, получившей распространение на постсоветском пространстве и распространенной во всей Европе, является система организации здравоохранения на базе принципов обязательного медицинского страхования, нам представляется возможным рекомендовать Приднестровью реформирование системы здравоохранения на базе этих принципов. Для этого следует исходить из некоторых основных задач, поставленных перед системой здравоохранения, которых необходимо достичь вследствие проведения реформы.

Основные задачи, которых необходимо достичь могут быть сформулированы следующим образом:

- рост доступности для населения (и в первую очередь социальнозависимых слоев населения) качественным медицинских услуг;
- Обеспечение равенства при распределении финансовых средств за предоставляемые медицинские услуги;
- Обеспечение всего населения основным объемом медицинских услуг;
- Улучшение качества медицинских услуг и их предоставление в зависимости от потребностей населения;
- Изменение статуса поставщиков медицинских услуг (самостоятельность и самофинансирование) и разделение функций покупателя медицинских услуг и поставщика. В качестве покупателя чаще всего выступает Фонд обязательного медицинского страхования, использование средств которого регулируется специально созданной Кассой или Компанией обязательного медицинского страхования.

Анализ показывает, что системы общественного медицинского страхования в странах Европы имеют определенные общие элементы, которые следует учитывать всем, кто вступают на путь реформирования общественных систем здравоохранения:

- В первую очередь, медицинское страхование должно предусматривать одинаковые права для всех застрахованных.

- Управление Фондом обязательного медицинского страхования должно быть транспарентным и находиться под публичным контролем.
- Страховые взносы устанавливаются в зависимости от доходов и не должны обуславливаться индивидуальными рисками.
- Взносы оплачиваются работником и работодателем, уровень взносов определяется ежегодным законом о фондах обязательного медицинского страхования.

Примеры уровня отчислений в фонд обязательного медицинского страхования из фонда заработной платы в разных странах представлены следующим образом:

Страна	%
Германия	13
Япония	16
Румыния	14
Венгрия	14
Франция	14
Польша	12,4
Прибалтика	12
Словакия	10
Республика Молдова	6
Среднеевропейский уровень отчислений	13,5%

Все общественные фонды организации обязательного медицинского страхования созданы исходя из общих принципов.

- **Первым** из основных принципов является обязательность публичного медицинского страхования, и исходя из этого выплаты взносов являются также обязательными для всех экономических агентов, государственных структур и граждан.

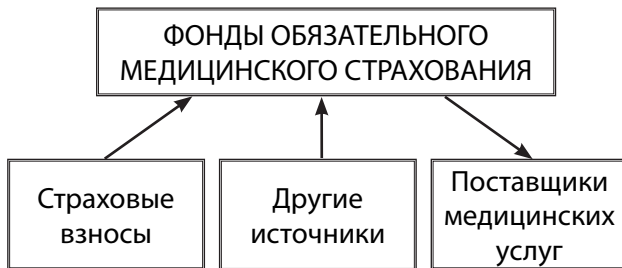
- **Вторым** из основных принципов является солидарность, которая предполагает, что индивидуальные взносы устанавливаются исходя из единого уровня, на основе % отчисления из фондов зарплаты или доходов а не исходя из учета персональных рисков, связанных с возрастом, полом или заболеваемостью.

- **И третий** основной принцип – это равенство, которое предполагает, что все застрахованные, независимо от перечисленных взносов, имеют право на весь спектр медицинских услуг, включенных обычно в так называемый *Единый пакет медицинских услуг*, утверждаемый ежегодно в зависимости от планируемой суммы доходов в Фондах обязательного медицинского страхования.

Источниками доходов фондов обязательного медицинского страхования являются страховые взносы обязательного медицинского страхования, выплачиваемые работниками и работо-

дателями, перечисления из государственного бюджета: страховые взносы за категории граждан, которые страхуются за счет государства, страховые взносы, выплачиваемые гражданами, имеющими право на страховку с фиксированной суммой взносов и, наконец, другие доходы, получаемые фондами за счет санкций, банковских отчислений, грантов и т. д.

Общая схема движения финансов в условиях обязательного медицинского страхования может быть представлена следующим образом.



Финансовые схемы в условиях системы публичного обязательного медицинского страхования строятся по принципу «nonprofit».

В условиях бедных стран и территорий, к которым, безусловно, относится и Приднестровье, формирование фондов обязательного медицинского страхования может иметь ряд особенностей. Это обусловленность размеров взносов за разные категории застрахованных, это высокая доля взносов за счет бюджетных средств за категории граждан не имеющих должных доходов и социальнонезащищенных, и централизация оплаты взносов за них и, наконец, возможность индивидуального страхования самозанятых. Одной из важнейших особенностей Фондов обязательного медицинского страхования является и передача этим фондам функции единого плательщика за предоставляемые медицинскими учреждениями услуги. Для закупки медицинских услуг используется метод ежегодного контрактирования на основе сбалансированного учета объемов предложений и накопленных средств.

Нарушение принципа сбалансированности возможностей и желаний поставило под вопрос проводимые в ряде стран постсоветского пространства реформы общественного здравоохранения.

Перевод публичного здравоохранения на „рельсы“ медицинского страхования является органичным переходом к новой системе финансирования, к увеличению финансовых ресурсов в связи с диверсификацией источников финансирования, к высокой степени стабильности финансирования и реальной сбалансированности гарантий и финансовых ресурсов.

Медицинские учреждения, включенные в систему обязательного медицинского страхова-

ния, могут рассчитывать на увеличение доходов, стабильность финансирования, ускорение прохождения денежных потоков, повышение самостоятельности в использовании заработанных средств, что является реальными стимулами к более эффективному использованию этих ресурсов и экономному их использованию, поскольку любые сэкономленные средства остаются в пользовании медицинского учреждения. Все это также позволит реально повысить заработную плату медицинским работникам и предоставит им возможность получать зарплату в соответствии с объемом и качеством их работы.

При принятии решения о создании системы обязательного медицинского страхования необходимо наличие следующих факторов:

- политический консенсус;
- профессиональный консенсус;
- наличие группы специалистов, которые могут сформулировать основные положения проекта, а в дальнейшем и реализовать его;
- заблаговременная, а не в ходе реализации проекта подготовка юридической и нормативной базы.

После выполнения всех этих условий необходимы консультации с экспертами ВОЗ по проекту, после получения окончательного положительного отзыва возможна „обкатка“ положений проекта в пределах одной административной единицы или, что еще лучше, проведение административной игры в условиях квазистрахования. Имеется в виду, что проводится полномасштабная имитация движения финансов, отчетов с включением в игру всех административных структур, что позволяет „обкатать“ все принятые решения без риска дискредитировать саму идею и одновременно обучить персонал необходимым навыкам.

После успешного проведения всех указанных мероприятий принимается политическое решение о полномасштабном внедрении медицинского страхования на всей территории. Внедрение лучше всего проводить в начале года, для синхронизации действий с остальными структурами территорий и, в первую очередь, с положениями государственного бюджета.

Необходимо иметь в виду и некоторые опасности, которые могут ждать на пути внедрения.

Все желают видеть систему, основанную на принципе бесплатности и доступа ко всем услугам с обеспечением высокого уровня качества.

Все эти положения не могут быть обеспечены на начальном этапе, поэтому планирование объемов медицинских услуг должно вестись исходя из утвержденных правительственных цен на них и в объеме проекта услуг, также утверждаемого правительством.

Планирование медицинских услуг, включенных в единый пакет, должно вестись не с точки

зрения „все всем“, а по принципу приоритетности. Этот принцип предусматривает селекцию заболеваний, оказывающих наибольшее влияние на показатели здоровья, и отбор категорий граждан требующих наибольшего внимания к их здоровью, с точки зрения интересов государства.

В заключении отметим:

- Внедрение обязательного медицинского страхования в государствах постсоветского пространства было очевидно, так как они провозгласили курс на рыночную экономику;

- Системы обязательного медицинского страхования были приняты с особенностями присущими той или иной стране;
- Обязательное медицинское страхование привело к тому, что медицинские учреждения получили возможность рассчитывать на увеличение доходов, стабильность финансирования, ускорение прохождения денежных потоков, повышение самостоятельности в использовании заработанных средств и их экономному расходованию.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ
ПОЛИТИКИ ФОРМИРОВАНИЯ ЗДОРОВОГО
ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ОСНОВЕ МОНИТОРИНГА
ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ФАКТОРОВ РИСКА

Т.С. ХАЙДАРОВА, А. АКИМБАЕВА,
М.А. ДАРИШЕВА, А. ИМАНГАЛИЕВА,
Национальный центр проблем формирования
здорового образа жизни Министерства
здравоохранения Республики Казахстан

Summary

Healthy lifestyle development policy improvement on the basis of behavioral risk factors monitoring

Healthy lifestyle development in Kazakhstan is very actual and it is a priority of “Kazakhstan-2030” Strategy.

Objective of research: national HLD policy improvement on the basis of study prevalence of behavioural risk factors among the population. The survey was carried out in five regions of the republic.

By results of 1-4 national research (1998, 2001, 2004 and 2007) it has been found that the alcohol consumption level, a share of persons having stresses and tobacco smoking across the republic tends to decrease, but the rates remain high. The number of people engaged in physical activity and sports and readiness of population to follow healthy lifestyle grows. Statistical analysis shows direct correlation link between level of risk factors prevalence and chronic noninfectious diseases.

On the basis of research standards of risk factors prevention were developed and introduced. The legislative base on health strengthening and healthy lifestyle promotion among population was built up. Programs and prevention activity at PHC level are under implementation.

В Казахстане формирование ЗОЖ имеет особую актуальность и значимость и является одним из долгосрочных приоритетов стратегий общего развития страны *Казахстан–2030*. Реализуемая Комплексная программа *Здоровый образ жизни на 2003–2010 годы* предполагает проведение мониторинга процесса формирования здорового образа жизни (ФЗОЖ).

Регулярный мониторинг изменений образа жизни населения РК имеет особую значимость не только для службы ФЗОЖ, но и всей системы здравоохранения, т. к. позволяет корректировать реализуемые лечебно-профилактические программы и оценивать их эффективность.

Следует также отметить, что в настоящее время существует необходимость в разработке новых и усовершенствовании существующих методических приемов оценки качества проводимых профилактических мероприятий, оценки вклада ФЗОЖ в состояние здоровья населения, в т. ч. с системных позиций.

Проведенное 1-ое национальное исследование (1998 г.) определило особенности образа жизни и состояния здоровья населения республики, уровень их медицинской активности (в зависимости от половозрастных групп и места жительства (город, село). Выделены основные проблемы формирования ЗОЖ в республике, ведущее место занимает широкое распространение факторов риска: средний уровень употребления алкоголя среди населения республики составляет 55,0%; распространенность табакокурения – 28,0%; в среднем 83,3% населения регулярно испытывает стресс; отмечается низкая физическая активность: лишь 56,2% жителей республики занимаются физическими упражнениями и 15,3% – подвижными видами спорта. В отдельных регионах республики уровень распространения факторов риска намного превышает среднереспубликанский показатель.

Широкое распространение факторов риска среди населения страны определило следующую приоритетную проблему сохранения и укрепления здоровья – высокий рост числа хронических заболеваний, т. е. ухудшение состояния здоровья населения. По результатам широкомасштабного социологического исследования распространение хронических заболеваний отмечено во всех воз-

растных группах, составляя в среднем по республике 38,8%, в разрезе регионов ведущее место занимает Восточный регион (51,2%). В результате углубленного статистического анализа установлена прямая корреляционная связь между уровнем распространения факторов риска и ХНЗ.

По результатам 1-4 национальных исследований (1998, 2001, 2004, 2007 гг.) было установлено, что в динамике снижается уровень табакокурения и потребления алкоголя, численность лиц, испытывающих стрессы как по республике, так и по отдельным регионам. Растет число лиц, занимающихся подвижными видами спорта. В динамике готовность населения вести ЗОЖ возросла с 56,2% до 59,3%. На основании данных 3-го национального исследования были разработаны и внедрены стандарты профилактики поведенческих факторов риска в ЛПО, создана нормативно-законодательная база содействия укреплению здоровья и стимулирования ЗОЖ среди различных групп населения, проводится интеграция программ и развитие профилактических мер на уровне ПМСП.

Вышеизложенное свидетельствует о необходимости результативного и регулярного проведения мониторинга поведенческих факторов для получения своевременной оперативной информации о здоровье населения.

Цель исследования

Совершенствование национальной политики здорового образа жизни на основе изучения распространенности поведенческих факторов риска среди населения республики в рамках реализации Комплексной программы *Здоровый образ жизни на 2003–2010 годы* (IV национальное исследование)».

Объектом национального исследования является население республики с 11 лет и старше.

Опрос населения проводился в пяти регионах республики (Центральный, Северный, Западный, Восточный, Южный). Как видно из таблицы №1, каждый регион включает в себя несколько областей и крупных городов.

В каждом регионе, согласно задачам исследования, выделено восемь возрастных групп, проживающих в городской или сельской местности: 11-14 лет (дети); 15-17 лет (подростки); 18-19 лет (молодежь); 30-39, 40-49, 50-59 лет (взрослое трудоспособное население); 60 лет и старше (пенсионеры).

Результаты исследования и обсуждение

Из анализа данных, полученных по изучению фактора табакокурения видно, что наблюдается небольшой рост фактора курения в целом по РК на 4,3% в сравнении с 3-им национальным исследованием, проведенным в 2004 году (доля курящих – 22,7%), а в 2007 году – 27% курящих.

Наибольший процент курящих наблюдается в Центральном регионе – 35,6%, рост в сравнении с 3-им национальным исследованием (22,7%) составляет 12,9%. В остальных 4-х регионах республики отмечается небольшое увеличение численности злоупотребляющих табакокурением (от 0,6 % в Восточном регионе до 3,1% в Южном регионе республики).

Таблица 1

Регионы	Наименование областей и городов
Южный	Алматинская (г. Талдыкорган, районный центр, отдаленная СВА), г. Алматы, Жамбылская (г. Тараз, районный центр, отдаленная СВА), Кызылординская (г. Кызылорда, районный центр, отдаленная СВА), Южно-Казахстанская (г. Шымкент, районный центр, отдаленная СВА)
Северный	Акмолинская (г. Кокчетав, районный центр, отдаленная СВА), г. Астана, Костанайская (г. Кустанай, районный центр, отдаленная СВА), Павлодарская (г. Павлодар, районный центр, отдаленная СВА), Северно-Казахстанская (г. Петропавловск, районный центр, отдаленная СВА).
Западный	Актюбинская (г. Актобе, районный центр, отдаленная СВА), Атырауская (г. Атырау, районный центр, отдаленная СВА), Западно-Казахстанская (г. Уральск, районный центр, отдаленная СВА), Мангыстауская (г. Актау, районный центр, отдаленная СВА).
Восточный	Восточно-Казахстанская (г. Усть-Каменогорск, районный центр, отдаленная СВА).
Центральный	Карагандинская (г. Караганда, районный центр, отдаленная СВА).

Анализ курения по возрастным критериям проводился в 8 возрастных категориях, анкетированием были охвачены школьники в возрасте 11-14 лет, подростки 15-17 лет, молодежь в возрасте 18-19, 20-24 лет и в других возрастных категориях. Анализ в разрезе возрастных категорий свидетельствует о снижении курения среди школьников и подростков, по остальным возрастным категориям отмечается повышение доли курящих как среди женского, так и среди мужского населения.

Таким образом, по фактору курения отмечается тенденция к возрастанию как в разрезе регионов, так и по возрастным категориям, кроме школьников (11-14 лет) и подростков (15-17 лет).

По исследованию такого фактора риска, как употребление алкоголя, следует отметить: сравнительные результаты данных 4-го и 3-го национальных исследований по употреблению алкоголя по 5 регионам РК выявляют наибольшее снижение употребления алкоголя в Северном регионе на 10% (если в 2004 году доля употребляющих алкоголь составляла 48%, то в 2007 году 38%). По остальным регионам снижение наблюдается

Таблица 2

Готовность вести ЗОЖ среди населения РК (вопрос 30)

Возраст	1-ое нац. иссл.	2-ое нац. иссл.	3-е нац. иссл.	4-ое нац. иссл.
11-14	49,1	61,3	63,2	64,9
15-17	62,1	65,7	66,1	68,5
18-19	59,4	62,2	65,5	62,2
20-29	61,9	61,6	64,9	65,7
30-39	57,3	60,1	64,6	69,2
40-49	54,3	59,8	65,6	70,5
50-59	49,7	56,8	63,6	64,1
60 лет и старше	49,5	44,5	59,2	55,8
Всего	56,2	59,3	64,3	66,3

в пределах 1,8%-7,6% (в Южном и Центральном регионах соответственно).

Следует отметить наиболее высокий уровень употребления алкоголя в Северном регионе, в Восточном и Центральном регионах (доля употребляющих алкоголь составляет около 38%). В целом по РК доля употребления алкоголя составляет в среднем 35,6%, что на 6,3% ниже в сравнении с показателями 3-го национального исследования (41,9% – употребление алкоголя в 2004 году).

Таким образом, по данному фактору риска наблюдается снижение употребления алкоголя в разрезе регионов РК и возрастных категорий.

Нами также изучался фактор физической активности и охвата населения занятием спортом.

По результатам 4-го национального исследования (2007 г.) наблюдается рост физической активности (занятия физической культурой) на 7% в сравнении с данными 2-го национального исследования (2001 г.). Данная тенденция прослеживается при анализе показателей по всем возрастным группам, наибольший рост физической активности отмечается у 15–17-летних граждан – на 12,8%, затем у 11–14-летних – на 10,2%. У остальных групп рост – от 4,3% (возраст 50–59 лет) до 7,5% (у 20–29-летних).

Также отрадно отметить при анализе данных всех проводившихся национальных исследований положительную тенденцию роста регулярно занимающихся спортом, в целом по РК отмечается рост на 3,3% по сравнению с 1-ым национальным исследованием (1998 г.); рост на 2,5% в сравнении со 2-ым национальным исследованием (2001 г.); рост на 5,3% по сравнению с 3-им национальным исследованием (2004 г.). Наибольший рост отмечается в группах 15–17 лет (на 13,1% в сравнении с 3-им национальным исследованием) и 11–14 лет (на 12,2%).

По данным социологического опроса отмечается снижение хронических заболеваний по РК на 6,3% в сравнении с 3-им национальным исследованием и на 3% в сравнении с 1-ым национальным исследованием. Значительное снижение хронических патологий у 11–14 и 15–17-летних в сравнении с 1-ым национальным исследованием на 16,4% и 15,8% соответственно, а также небольшое снижение на 1% в сравнении со 2-ым и 3-им национальными исследованиями у 11–14-летних школьников можно объяснить как положительный результат деятельности Центров ЗОЖ по пропаганде принципов здорового образа жизни и его значимости для сохранения здоровья и потенциала каждого гражданина.

Сравнительный анализ данных по готовности вести ЗОЖ по результатам национальных исследований (1998, 2001, 2004 и 2007 гг) отражен в таблице №2.

По данным таблицы №2 видно, что количество граждан, готовых вести здоровый образ жизни, возросло на 10,1% в сравнении с 1-ым национальным исследованием, на 7% в сравнении со 2-ым национальным исследованием на 2% в сравнении с 3-им национальным исследованием.

Таким образом, результаты проведенных исследований свидетельствуют, что осуществление мероприятий, направленных на изменение образа жизни и поддержание на высоком уровне ведущих характеристик ЗОЖ, способствует улучшению показателей здоровья населения, увеличению числа приверженцев здорового образа жизни.

Систематический анализ и изучение особенностей состояния здоровья в динамике, мониторинг и выявление ведущих факторов и условий, оказывающих самое непосредственное воздействие на здоровье, являются важнейшими моментами в разработке мероприятий, направленных на совершенствование медицинской помощи населению. Отсюда предполагается, что самым важным признаком эффективности любой профилактической программы является достижение соответствия имеющихся знаний поведению человека.

Литература

1. Вялков А.И., Кучеренко В.З., *Теоретические и организационно-методические основы рисков в медицинской практике*, в журнале *Проблемы управления здравоохранением*, 2006 г., №3(28), с. 52-57.
2. Малышева Е.В., Ганцев Ш.Х., Рахматуллина И.Р., *Здоровье, образ жизни и удовлетворенность медицинской помощью населения крупных городов Российской Федерации*, в журнале *Проблемы управления здравоохранением*, 2006 г., №3(28), с. 68-71.
3. *Стратегия Казахстан 2030: Послание Президента народу Казахстана*, 1998.

Представлена 23.09.2008

THE MANAGEMENT OF HEARING LOSS PROPHYLAXIS IN PRESCHOOL-AGED CHILDREN IN THE RM

Constantin EȚCO, Anghelina CHIABURU,
Alina FERDOHLEB, Nina CAPITAN,
The Medical and Pharmaceutical State University
of Moldova N. Testemițanu

Rezumat

Managementul profilaxiei deficiențelor de auz la copiii de vârstă preșcolară din republica moldova

În această lucrare au fost abordate activitățile de prevenire a patologiilor ORL la copii, care aduc la instalarea surdității și reprezintă nu numai probleme somatice, dar și sociale în urma consecințelor diagnosticului tardiv.

În procesul cercetărilor descriptive, transversale a fost elaborat: un algoritm de diagnostic al deficiențelor de auz la copii. Chestionarul destinat părinților cuprinde întrebări referitor la auzul copilului la anumite etape de vârstă. În cadrul cercetării, s-a marcat una dintre cele mai vulnerabile grupe ale populației pediatrice – copiii de vârstă preșcolară (până la 7 ani).

Introduction

Hearing is very important in our life and helps us gather more information about environment. Sound learning is a vital necessity of the harmonious development in childhood [4].

Hearing impairment is a worldwide pathology. The frequency of hearing pathology was emphasized at the 2nd International Conference on Newborn Hearing Screening, Diagnosis and Intervention in 2002. The frequency has been estimated to be approximately 3 per 1000 newborns. This figure is:

- 2 times higher than the frequency of cleft palate (palatoschisis),
- 2 times higher than the frequency of Down's syndrome,
- 10 times higher than the frequency of phenylketonuria [10].

Therefore, great attention is paid to early diagnosis of infant hearing loss in medicine.

For example, countries such as *France* have a lot of "early prevention" centers (for children under 6 years old). Here, excellent specialists work at different healthcare levels. Such centers assess children's development and actively undertake early measures, which lead to speech stimulation and correction. Special instructions are presented below.

As for *Germany*, there are also specific medical centers for children with hearing and visual impairments. They have specialists of different healthcare levels. Such centers belong to Education and Social Security Ministries. Nevertheless, they have non-governmental organizations too; they provide similar special healthcare services.

In *Greece*, early treatment is mainly performed by diagnosis and support centers (about 54 centers). Three centers for children with hearing impairment are under the control of the Ministry of Health.

The Netherlands has a well-developed healthcare and social service system. About 1456 of healthcare centers for children less than 4 years old are currently functioning. The «screening» of growth, hearing and visual disorders is performed here. Three medical centers for children with hearing loss and one for children with bad eyesight have been established there. Many Rehabilitation Centers with teams of medical specialists operate in this country; they provide full services for children less than 4 years old [6].

In *Moldova*, the early diagnosis and rehabilitation of hearing loss are carried out by the Republican Center for Audiology, Auditory Prosthesis and Medical Pedagogical Rehabilitation within the "E. Cotaga Hospital". It delivers public health services of the highest level.

This medical center provides the following services:

- coordination of medical-prophylactic work
- healthcare services in the field of audiology and auditory prosthesis
- implementation of new technologies in the field of diagnosis
- treatment and rehabilitation of patients with hearing impairment
- implementation of new technologies
- development of single norms, etc.

The center has modern diagnostic equipment, which facilitates hearing investigation, including of newborns. Special hardware and medical equipment include: *audiometers, impedance meters, auditory evoked potential instrument, otoacoustic emission device and hearing aids testing, gauging instruments, equipment for sign language lessons, electronic microscope, videonistagmography, and ORL instruments* [1].

Both external and internal factors influence directly or indirectly the development of hearing. It has been argued that the negative effect has not only one external/ internal factor, but also their association [4]. Optimizing the management of prophylactic measures means identifying and studying the most important factors in the emergence of hearing pathology.

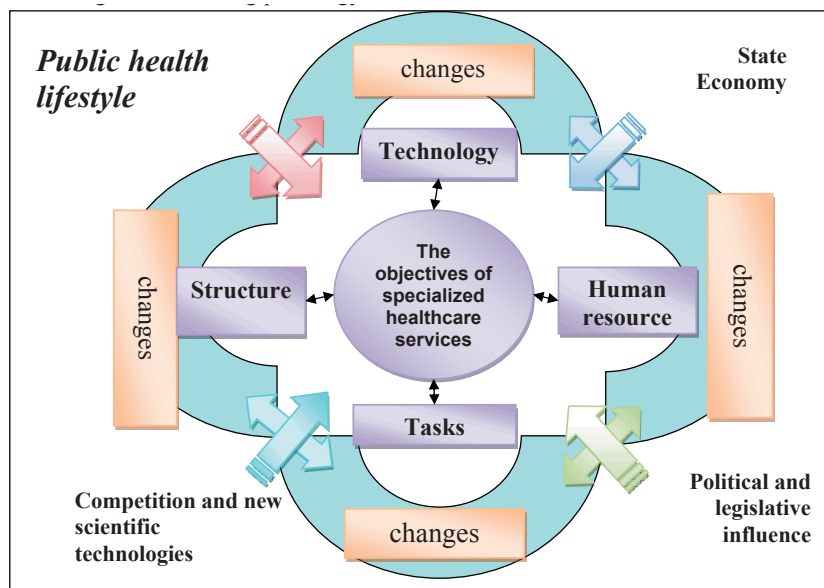


Fig. 1. *The pattern for the direct influence of external factors on the management of specialized healthcare service*

External factors such as state economy, politics, legislation, scientific technologies, competition, and public lifestyle influence directly the healthcare service (figure 1) [5]. Prophylactic measures do not involve only excluding the negative factors of environment, the place of residence, breaking bad habits, and changing foodstuffs, but also changing the public opinion on lifestyle and health. This can be realized only through the cooperation between ORL specialists and Primary Healthcare Service (Family Medicine).

Objectives

The objective is to identify and study the peculiarities of the external factors that produce conductive hearing loss in children and the clinical algorithm representing their development.

Material and methods

A special questionnaire-test known as "Your child has hearing problems, hasn't he?!" has been developed for research purposes. The test is divided in accordance with the stages of child's behavior development (0-7 years) and includes the basic skills. Parents and individuals, who take care and have direct contact with children with hearing loss, can use this test easily.

The next step was to conduct a selective research known as the case study method which was implemented under the surveillance of

the Republican Center for Audiology, Auditory Prosthesis and Medical Pedagogical Rehabilitation. It is based on interviews with members of a given family that include a child with hearing loss. Every child fills in a particular card. The cards reflect the nature of the hearing loss, the family environment and the educational consulting with the questionnaire-test.

According to the research project the unit measure is the pre-school child with hearing loss. The investigation was conducted at the Republican Center for Audiology, Auditory Prosthesis and Medical Pedagogical Rehabilitation «E.Cotaga», at the Chair of Economics, Management and Psychopedagogy in Medicine, and at the Chair of ORL.

The integral, transversal, and descriptive researches have been carried out during this scientific work – which is based on the indirect selection, analysis and synthesis of information from the official medical statistics "Anuarul statistic – Public Health in RM 2003 – 2007" [3]. They reflect the demographical indices – the results of ORL-examinations at the level of Primary Healthcare Service (Family Medicine).

The following methods have been applied during the project: historical-analytical, mathematical-statistical, epidemiological, sociological, and modeling.

Discussion

Reduction of hearing and hearing damages resemble a "dangerous imminent silence"; in addition to the informational vacuum faced by a child with hearing loss every time when communicating with normal hearing children, when watching TV or listening to the radio the whole picture becomes awful and might lead to hearing loss.

There were identified five main causes of conductive hearing loss due to the scientific surveys we have used [2, 7, 8, 9]:

- foreign bodies in the external acoustic duct (including earwax)
- diseases of the nasal cavity, nasal sinus appendage and naropharynx
- inflammatory and non-inflammatory diseases of the acoustic duct, of the ear drum, and of the ear canal
- traumatic factors
- burns

All these causes produce the complete or partial closure of the ear canal, also loss of aeration of the ear cavity, both leading to the limitation of the ear-drum's movement in effect blocking sound transmission.

Special audiological screening programs are carried out actively in some countries, which are oriented on the early diagnosis of hearing loss in children. The Republic of Moldova lacks the standard audiological screening program but great work is conducted towards the achieving of this objective. In practice, children undergo the first ORL-examination at the age of 1 year. If no audiological disorders are found at this stage, the next ORL-examination is performed at pre-school age.

The children less than 7 years old are the most vulnerable group of population in accordance with the statistical data (figure 2, 3, 4) [3].

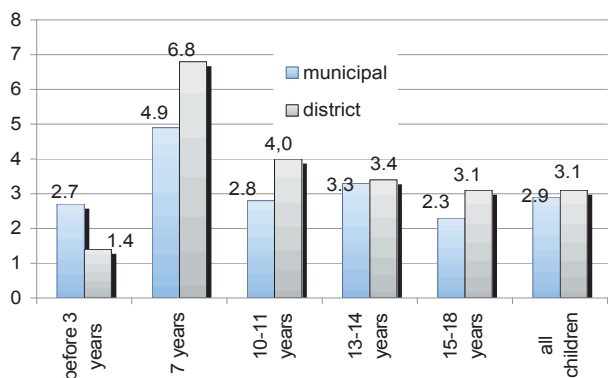


Fig. 2. The dynamics of children with hearing loss (in %) in 2003 -2004

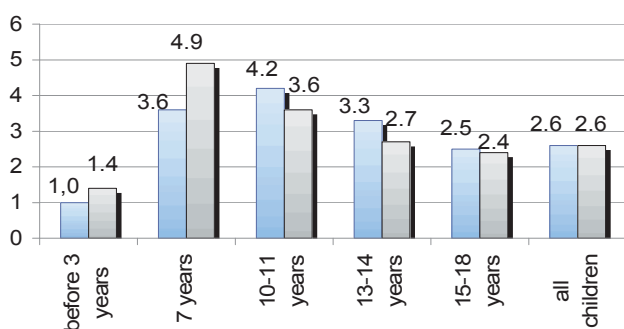


Fig. 3. The dynamics of children with hearing loss (in %) in 2005 -2006

This might be because of the different nature related to the hearing pathology occurrence. Some-

times the loss of hearing occurs very slowly and has a negative tendency. Little children cannot express their symptoms they way adults do, and parents may only guess the presence of the diseases.

It happens that in many cases the consequence of hearing impairment is that it provokes a feeling of helplessness in children in relatively simple situations. Such children develop a feeling of full isolation, anxiety and loneliness.

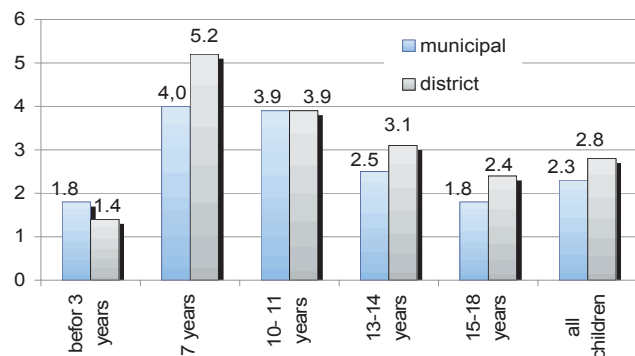


Fig. 4. The dynamics of children with hearing loss (in %) in 2007

Sometimes the hearing disruption is perceived as a sign of silliness such children being considered mentally-retarded. This might have a negative influence on their development (e.g.: difficulties at school, in particular related to grammar and reading) [4].

On the other hand, one of the main functions of the activity of a professional daily family doctor is the constant pediatrician surveillance. The family doctor embodies the viable source of medical information for parents. Informational-educational measures, including parents consulting, have an important place at this level of healthcare services organization.

The influence of special-healthcare services on families with a pre-school aged child through the first medical link is shown below. (figure 5)

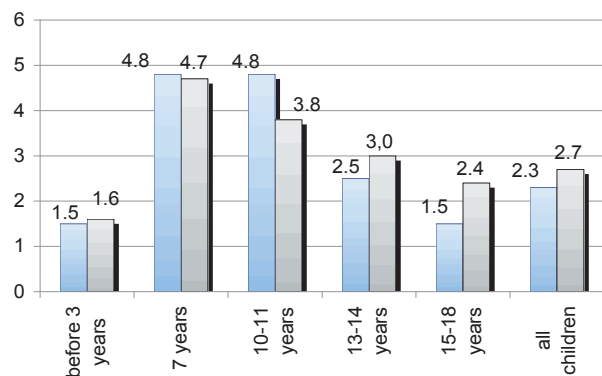


Fig. 5. The pattern of the special-healthcare services' influence on families with a pre-school aged child through the first medical link

Family plays the role of a micro society – it defends and protects a child from the influence of external risk factors. That is why informational-educational-

cative training in consulting-rooms and educational literature in early periods of development are so important. It is easy to influence and improve the indices of a child's health at the level of ORL-organs on the basis of the recommendations of and cooperation with *special healthcare services* through the assistance of *family doctors* and *pre-school workers*.

The power of management is the hypo diagnostic definition of the risk factor of pathology development related to ORL-organs.

The subsequent causes could be:

- rare addressing of ill patients with few symptoms, leading to changes which worsen the pathology process and giving rise to complications;
- late diagnosis and treatment give rise to serious complications concerning ORL-organs;
- poor co-operations between family doctors and specialists;
- inaccessibility of healthcare services, in effect the patients lack adequate help;
- weak education of population and lack of educative programs.

The following algorithm is oriented and recommended to family doctors as they very often develop a close relation and perform prophylactic examinations of children during their pre-school period. (figure 6)

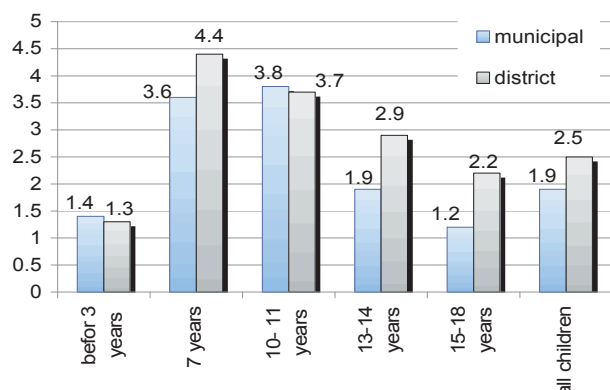


Fig. 6. The clinical algorithm of testing the pediatric patients with hearing loss

Results

1. The external factors designated and grouped in our research concern the conductive hearing loss in children in the RM in many cases.

2. The dynamics of the pre-school's aged children with hearing loss has higher indices depending on the place of living (municipal/ district): RM (2007) municipal – 3,6%, district – 4,4%. They need supplementary diagnosis and special healthcare service as the audiological one.

3. There was developed a clinical algorithm for testing the pediatric patients with hearing loss, which is directed to Primary Healthcare Service in order to improve and fortify children's health in the RM.

4. One of the important results of this research is the questionnaire-test "Yours Child has problems with hearing, hasn't he?". The main idea it conveys is the emphasis on the early diagnosis of hearing loss in children made easy to be applied by parents. This questionnaire-test was conducted at the Republican Center for Audiology, Auditory Prosthesis and Medical Pedagogical Rehabilitation.

Conclusion

Every child is unique and has his own physical, psychical and social development. What children learn, how they socialize and how they communicate depend on the individual as well as social and cultural factors. The first seven years before school are an important period in his life as a fully developed individual. A child's skills cannot be complete without the normal functioning of sense organs. In order to be able to see, speak, hear and smell – these years should have been taken advantage of. Every family wants to raise healthy children. But the external and internal factors have an effect on the child's organism.

Children surrounded by their family, and keeping them under constant surveillance of the family doctor and specialists, will live in the environment facing minimal health risks. The healthcare service will become more effective and qualitative, if we predict, organize, coordinate and control negative factors, which produce hearing loss in children in the Republic of Moldova.

Bibliography

1. Ababii I., Chiaburu A., Maniuc M., Parii S., Diacova S., *Diagnosticul precoce al deficiențelor de auz la copii. Recomandări metodice*, Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina*, 2004.
2. Ababii I., Popa V., Antohii I., Sandul A., Maniuc M., Cabac V., *Otorinolaringologie (Vademecum clinic)*, Chișinău, Centrul Editorial-Poligrafic *Medicina* al USMF, 2000, p. 40-41.
3. Centrul Științifico-Practic *Sănătate Publică și Management Sanitar* al MS. Anuar de statistică sanitară *Sănătatea Publică în Moldova*, anii 2003-2007.
4. Chiaburu A., *Diagnosticul surdității sensoroneurale la copiii de vîrstă precoce cu patologii perinatale a sistemului nervos central*, Chișinău, 2002.
5. Ețco C., *Management în Sistemul de Sănătate*, Chișinău, Editura *Epigraf*, 2006, p. 51-52.
6. Puiu I., *Servicii de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități și risc sporit în Republica Moldova*, în *Materialele Congresului II al Medicilor de Familie din Republica Moldova*, Chișinău, 2006, p. 123-129.
7. Таварткиладзе Г.А., *Методики эпидемиологического исследования нарушений слуха. Методические рекомендации*, Москва, 2006.
8. Таварткиладзе Г.А. и соавт., *Единая система аудиологического скрининга. Методические рекомендации*, Москва, 1996.
9. Ундриц В. Ф., Хиллов К. Л., Лозанов Н. Н., Супрунов В. К., *Болезни уха, горла и носа (руководство для врачей)*, Ленинград, 1969.
10. www.hearinglosshelp.com Hearing loss & Deafness.

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ РИСКА,
СПОСОБСТВУЮЩИХ УПОТРЕБЛЕНИЮ
ПСИХОАКТИВНЫХ ВЕЩЕСТВ (ПАВ),
ВЫЯВЛЕННЫХ У ПОДРОСТКОВ

Светлана КОНДРАТЮК,
Государственный университет медицины и
фармации имени Николая Тестемицану

Актуальность темы

Распространенность потребления психоактивных веществ (ПАВ) за последние десятилетия выросла настолько резко, в таких масштабах и такими быстрыми темпами, что в настоящее время представляет собой угрозу для всех стран мира, оказывая особенно негативное влияние на здоровье молодого поколения и основной трудоспособной части населения [1, 3, 4]. Рост употребления наркотических веществ влечет за собой появление целого ряда тяжелых медико-социальных последствий, таких как широкое распространение ВИЧ-инфекции, вирусных гепатитов групп В и С, а также значительный рост несмертельных и смертельных случаев отравлений наркотическими веществами. В настоящий момент можно констатировать следующие современные тенденции распространения наркомании: «омоложение» наркомании (первичное употребление психоактивных веществ происходит до 18 лет), разнообразие «ассортимента» на наркотическом рынке, появление случаев полинаркомании (наркотик+алкоголь, сочетание различных наркотиков), поражение различных социальных слоев населения и т. д. [1, 3].

Исследования показывают, что употреблению наркотиков почти всегда предшествует употребление алкоголя и табака. Это объясняется, видимо, тем, что употребление одних одурманивающих веществ, в частности алкоголя и табака, фактически снимает запрет на употребление других психоактивных веществ. Существует определенная модель поведения в отношении употребления ПАВ [5]: вначале табакокурение, затем алкоголь (где также вначале – «безалкогольные» напитки, пиво, затем – более крепкие), чему активно способствует реклама «пивного успешного образа» жизни. Через 2 года, в среднем, «пробуется» «травка», которая среди подростков наркотиком не считается. Происходит использование «легких» наркотиков с последующим переходом по мере развития синдрома зависимости, к «тяжелым» ПАВ (опиаты, амфетамины, галлюциногены и др.).

Одной из важнейших задач наркологии остается профилактика наркологических заболеваний среди подростков и молодежи, для решения данной задачи особое значение имеют надежные эпидемиологические данные, объективно отражающие ситуацию, касающуюся распространения употребления ПАВ среди молодежи. Чаще всего для оценки степени употребления молодежью алкоголя и наркотиков используются школьные исследования, имеющие определенные преимущества, состоящие в легкости создания крупных выборок, дешевизне проведения, простоте обеспечения анонимности и возможности обследования контингента, с высокой вероятностью начала употребления различных ПАВ и поэтому являющегося важным объектом для мониторинга [2, 7].

Summary

Risk factors promoting the use of the psychoactive substances (PAS) found among the teenagers, who had contacts with the PAS

Anonymous questioning of 2061 schoolchildren at the age of 12-17 years from 31 schools and lyceums of Chisinau and Balti (Republic of Moldova) showed that 15.5% of general number of those interrogated (Chisinau – 16.0%, Balti – 14.5%) tried the taste of drugs. The data of comparative analysis of being informed about the drug existence, causes and age of “the first taste” of the PAS, found among the teenagers who had and did not have contacts with narcotics are presented.

Подобные исследования проводились и в Молдове, в рамках государственной программы, лабораторией наркологии Государственного университета медицины и фармации имени Николая Тестемицану [5, 6].

Целью исследования было выявление факторов риска, подталкивающих к употреблению психоактивных веществ подростков в г. Кишинэу и других крупных городах Молдовы. В данной работе будут представлены результаты сравнительного анализа данных анонимного анкетирования школьников и лицеистов г. Кишинэу и Бэлць, разделенных не две группы: «пробовавшие ПАВ» и «не пробовавшие ПАВ».

Материалы и методы исследования

Объектом исследования стали ученики средних школ и лицеев г. Кишинэу и Бэлць (2061 школьник в возрасте 12-17 лет). Методом сбора информации было анонимное анкетирование подростков. Анкета включала в себя 90 вопросов, составлявших следующие основные разделы: социально-демографические данные; данные о курении сигарет; данные об употреблении алкогольных напитков; информированность о существовании наркотиков и употреблении их сверстниками; данные о пробах и употреблении наркотиков.

Результаты исследования

Полученные в результате исследования данные дают множество возможностей для более подробного анализа и поиска закономерностей, основой которых может стать рассмотрение факторов риска для отдельных групп учащихся, выделенных из общего их количества на основании того или иного признака. Нами были выбраны 3 вопроса, расположенных в разных частях анкеты, в которых подростков просили сообщить, приходилось ли им пробовать «вкус» наркотиков, указать их возраст на момент первой пробы ПАВ и наркотик, использовавшийся для первой пробы. Была выделена группа подростков численностью 315 человек (15,3% от общего числа опрошенных) (Кишинэу – 176 человек, 16,0%, Бэлць – 139 человек, 14,5%), которые выбрали два положительных ответа из трех предложенных. Данную группу подростков мы обозначили как «пробовавшие наркотические вещества», в отличие от других учащихся (2061 человек или 84,7% от общего числа опрошенных), «не пробовавших ПАВ», которые или вообще не сообщили о пробе ПАВ, или указали на этот факт только в одном из вопросов анкеты.

В возрастной структуре подростков, пробовавших ПАВ, можно выделить возраст 14 лет,

начиная с которого все большее число учащихся оказывается вовлеченным в употребление психоактивных веществ ($\chi^2 = 75,1$; $p < 0,001$).

Выявлены статистически достоверные различия сравниваемых групп по многим параметрам. Анализ возможных причин начала употребления психоактивных веществ показал, что подростки, пробовавшие наркотики, более подвержены влиянию других людей, компании, под давлением которых часто и осуществляется «первая проба» (1-я группа: 62,2%, 2-я группа: 59,3%). В качестве одного из мотивов подростками 1-й группы в 1,2 чаще (выявлено статистически достоверно) отмечается стремление получить удовольствие (1-я группа: 45,4%, 2-я группа: 37,2%) ($p < 0,01$). Потребность забыть свои проблемы более сильная у учащихся 1-й группы (32,4%) по сравнению со 2-й (29,6%). У школьников, попробовавших наркотики (22,2%), менее выражено желание выглядеть взрослыми (в 1,3 раза), по сравнению с группой учащихся, не пробовавших ПАВ (28,9%) ($p < 0,05$). Для них также характерно преобладание таких причин, как безделье, отсутствие занятий (1-я группа: 10,2%, 2-я группа: 8,5%) и незнание последствий употребления наркотиков (1-я группа: 13,0%, 2-я группа: 12,1%). Подростки-экспериментаторы в меньшей степени указывают на такие причины, как неумение себя контролировать, прием ПАВ по принуждению и в связи с употреблением алкогольных напитков. Необходимо отметить, что подростки, пробовавшие наркотики, в 2,9 раза реже выбрали ответ «затрудняюсь ответить» ($p < 0,001$) (таблица 1).

Таблица 1

Причины начала употребления наркотиков молодыми людьми (%)

Причины	1 группа	2 группа	χ^2	p
под влиянием других людей, компании	62,2	59,3	0,93	*
из-за стремления получить удовольствие	45,4	37,2	7,52	***
чтобы забыть проблемы, забыть плохое	32,4	29,6	0,98	*
желание выглядеть взрослым	22,2	28,9	5,86	**
от безделья, отсутствия занятий	10,2	8,5	0,88	*
от незнания всех последствий употребления наркотиков	13,0	12,1	0,19	*
от неумения контролировать себя	9,5	10,5	0,3	*
по принуждению	6,7	9,2	1,65	*
из-за употребления алкогольных напитков	6,0	8,1	1,56	*
затрудняюсь ответить	4,1	12,0	17,26	****

*- $p > 0,05$; **- $p < 0,05$; ***- $p < 0,01$; ****- $p < 0,001$.

Таблица 2

Процентное распределение ответов на вопрос «Если Вы попадали в ситуацию употребления наркотиков, то, что это было?»

	1 группа	2 группа	χ^2	p
вдыхание химических препаратов	16,2	8,5	18,14	****
употребление таблеток	27,9	8,4	100,42	****
курение «травки»**	84,8	51,1	122,92	****
инъекции	13,3	10,4	2,41	*
нюхание порошка	7,3	3,4	6,96	***

* - $p > 0,05$; *** - $p < 0,01$; **** - $p < 0,001$.

Так как известно, что вовлечение в употребление наркотических веществ происходит через социальные связи, также было проведено сравнение показателей, касающихся окружения школьников. Исследование показало, что среди близких людей, родственников, членов семьи, друзей подростков, пробовавших наркотики, лица, употребляющие ПАВ (25,4%), встречаются в 4,4 раза чаще ($p < 0,001$) по сравнению со 2-й группой (5,8%). На вопрос: «Знакомы ли Вы с людьми, которые употребляют наркотики, но не являются для Вас близкими?» – 61,3% подростков 1-й группы ответили положительно, во 2-й группе этот ответ выбрали 32,1% опрошенных (соотношение – 1,9 раза) ($p < 0,001$). Более трети подростков, пробовавших ПАВ (36,8%), попадали в ситуации, когда незнакомые люди предлагали им принять наркотические препараты ($p < 0,001$). Учащиеся 2-й группы (5,8%) отмечают, что им также было предложено незнакомцами попробовать «вкус» ПАВ. Для этих вопросов характерным является также тот факт, что при выборе ответа подростки 1-й группы в большей степени затруднялись ответить, вероятно, сомневаясь в необходимости сообщения подобных сведений. Обращает на себя внимание, что 2/3 подростков 1-й группы знакомы с людьми, употребляющими наркотики, но не являющимися для них близкими, и ¼ пробовавших имеет в своем ближайшем окружении лиц, употребляющих ПАВ.

Анализ вопроса о том, много ли в окружении школьников имеется подростков, курящих или употребляющих наркотические вещества, также выявил статистически достоверные различия между двумя группами ($p < 0,001$). Ответ «много» указали 29,0% из числа опрошенных 1-й группы и 11,6% из 2-й группы (превалирование в 2,5 раза), ответ «все» выбрали 5,2% подростков 1-й группы и 1,4% из 2-й группы (преобладание в 3,7 раза). На небольшое количество курящих в окружении указали 47,1% подростков 1-й группы и 39,2% из 2-й группы. Ответ «никто» указали 18,7% подрост-

Сравнение уровня информированности учащихся, пробовавших и не пробовавших наркотические вещества, также выявило значительные достоверные различия между двумя группами. Более половины пробовавших (56,9%) знают действие наркотика, способ приготовления и употребления марихуаны (во 2-й группе – 18,2%), менее половины (45,4%) – хорошо знакомы с механизмом действия клея, ацетона и растворителей (во 2-й группе – 18,3%). 1/3 «экспериментаторов» информирована о кокаине – в 35,2% случаев (во 2-й группе – в 14,3% случаев) и гашише – в 33,6% случаев (во 2-й группе – 8,5% случаев). Несколько менее трети подростков 1-й группы проявили хорошую осведомленность о таких препаратах, как барбитураты, димедрол (30,2%) и экстази (28,6%), на героин указали 27,6% респондентов 1-й группы.

Необходимо отметить, что первые места по распределению уровня информированности о различных препаратах в обеих группах занимают одни и те же наркотические вещества. Далее следует несколько иной порядок распределения. Сравнительный анализ показывает, что подростки, пробовавшие наркотики, указывают на те ПАВ, которые они принимают, а на знания подростков 2-й группы большое влияние оказывает культура и средства массовой информации.

Анализ полученных данных выявил, что подростки, пробовавшие, намного чаще подростков, не пробовавших наркотики, оказывались в ситуациях, когда в их присутствии употреблялись различные ПАВ. Преобладающим является курение «травки» (84,8%) школьниками 1-й группы, половина подростков 2-й группы (51,1%) присутствовала при подобном факте ($p < 0,001$). В присутствии более четверти подростков 1-й группы (27,9%) употреблялись таблетки, что превышает подобные показатели по 2-й группе в 3,3 раза (8,4%) ($p < 0,001$). Каждый шестой школьник из 1-й группы (16,2%) присутствовал при вдыхании химических препаратов, что почти в 2 раза превышает показатели по 2-й группе (8,5%) ($p < 0,001$). Также статистически достоверно выявлено, что подростки 1-й группы в 2,1 раза чаще присутствуют при нюхании порошка (1-я группа – 7,3%, 2-я группа – 3,4%). В целом, общая картина ответов по данному вопросу свидетельствует о том, что подростки, попробовавшие наркотики, намного чаще присутствовали при употреблении кем-либо ПАВ, что могло способствовать выработке более обыденного отношения к подобному поведению и нивелированию осознания опасности приема наркотических веществ (таблица 2).

ков, пробовавших наркотики и несколько менее половины (47,8%) не пробовавших ПАВ.

Сравнительный анализ данных двух групп показал, что подростки, пробовавшие наркотики, имеют достоверную информацию о местах доступного приобретения наркотических веществ. На торговцев наркотиками на дому указывают более половины школьников 1-й группы (52,4%) и менее трети 2-й группы (30,4%). Дискотеку и бар в качестве места, где можно получить наркотик, отметили приблизительно одинаковое в процентном соотношении количество подростков обеих групп (38,4% и 34,4% соответственно). «На улицу» указали 27,0% подростков-«экспериментаторов» и 21,4% школьников 2-й группы. Школу пробывавшие наркотики (9,8%) назвали в 2,3 раза чаще по сравнению с не пробывавшими наркотики учащимися (4,4%). Примечательно отметить, что половина подростков 2-й группы (49,2%) и менее четверти 1-й группы (23,5%) не смогли указать места доступного приобретения наркотических веществ, выбрав ответ «не знаю» (таблица 3).

Таблица 3

Информированность учащихся о месте, где можно приобрести наркотические вещества.

	1 группа	2 группа	χ^2	p
у тех, кто торгует дома	52,4	30,4	57,58	****
на дискотеке, в баре	38,4	34,4	1,92	*
на улице	27,0	21,4	4,77	**
не знаю	23,5	49,2	71,17	****
в школе	9,8	4,4	15,85	****

* - $p > 0,05$; ** - $p < 0,05$; **** - $p < 0,001$.

Подростки, пробывавшие наркотики, проявляют соответственно и более высокий уровень осведомленности о стоимости порции наркотиков на «черном» рынке ($p < 0,001$). Более половины школьников из 1-й группы (55,2%) знают стоимость спичечного коробка «травки», 1/3 опрошенных из этой группы (33,6%) – стоимость укола («кубика»), 37,8% - сколько стоит стакан маковой соломки.

Анализ ответов на вопрос о психоактивном веществе, употреблявшемся первым, показал, что на него ответили 380 человек из всего числа опрошенных, что составляет 18,4%. Необходимо отметить, что часть из них была отнесена к категории не пробывавших наркотики, т. к. они ответили положительно только на этот вопрос, подтверждающий употребление ПАВ. Сравнительный анализ данных показал, что в большинстве случаев первая проба ПАВ начиналась с марихуаны (1-я группа – 60,6%, 2-я группа – 35,6%) ($p < 0,001$) и клея, растворителей (1-я группа – 14,0%, 2-я группа – 20,6%). Подростки, пробывавшие наркотики, на следующее место ставят гашиш (13,4%) и «другие

наркотики» (11,7%), а подростки, не пробывавшие ПАВ, на 3-е место ставят барбитураты, димедрол (19,2%), а на четвертое – гашиш (15,1%). Интересен тот факт, что подростки 2-й группы статистически достоверно ($p < 0,05$) в 2 раза чаще употребляли димедрол, барбитураты, при этом, не считая, что они употребляют наркотик (1-я группа: 9,5%, 2-я группа: 19,2%).

Анализ ответов, касающихся количественной оценки употребления наркотических веществ и степени регулярности, показал, что более половины подростков, пробывавших ПАВ, употребляли марихуану (54,3%), несколько менее четверти из указанной группы использовали клей, растворители, ацетон (22,2%), 1/5 часть из них – барбитураты, димедрол (19,0%), 16,8% знакомы с т. н. «другими наркотиками», 16,5% – с экстази.

Анализ употребления различных наркотиков подростками, пробывавшими ПАВ, выявил определенную картину. В отношении марихуаны можно привести следующие данные: 26,0% из числа ее употреблявших пробовали ее один раз, 19,1% школьников этой группы употребляли до 10 раз, и регулярно ее используют 9,2%. Клей, бензин, ацетон и растворители пробовали 1 раз 13,3% подростков, употребляли эти препараты до 10 раз и более по 4,4% школьников. Барбитураты, димедрол использовали 1 раз 12,1% респондентов, до 10 раз – 3,8%, более 10 раз – 3,2%. Экстази пробовали 10,5% учащихся данной группы 1 раз, о более частом его употреблении сообщили 5,0% подростков (до 10 раз – 2,2%, более 10 раз – 3,8%).

Суммируя количество подростков, употреблявших различные виды конопли (марихуана, гашиш, анаша), известные им под разными названиями, необходимо отметить, что 78,6% школьников-«экспериментаторов» употребляли эти препараты. Менее трети подростков (29,9%) этой группы употребляли перечисленные препараты до 10 раз, 16,9% – более 10 раз.

На вопрос, касающийся возраста, в котором была осуществлена первая проба психоактивного вещества, ответили 325 человек, что составляет 15,8% от общего числа опрошенных школьников. В возрастном интервале 11-14 лет наркотик пробовали в каждом случае более четверти школьников 1-й группы (27,1% и 25,8% соответственно). Во 2-й группе на возраст 11-13 лет указали 23,5% подростков. В 15-летнем возрасте впервые осуществила первую пробу почти половина подростков 1-й группы (47,1%) и 3/4 из небольшого количества подростков 2-й группы (70,6%). Эти данные свидетельствуют о необходимости раннего начала проведения профилактических мероприятий, начиная намного раньше 11 лет, возможно даже с 7-9-летнего возраста (таблица 4).

Таблица 4

Распределение подростков по возрасту первой пробы психоактивных веществ

	15 лет	14 лет	13 лет	12 лет	11 лет	χ^2	p
1-я группа (n=291)	47,1	25,8	15,8	5,8	5,5	9,84	**
2-я группа (n=34)	70,6	5,9	11,8	2,9	8,8		

** - $p < 0,05$.

Отвечая на вопрос о том, какое поведение человека по отношению к наркотикам школьники считают нормальным, подростки разделились на следующие группы. Почти половина респондентов 1-й группы (46,2%) считает, что иногда можно курить «травку» в отличие от 1/8 части подростков 2-й группы (13,2%) – преваляирование в 3,5 раза. О том, что «травку» можно курить довольно часто, сообщили 12,1% подростков 1-й группы и 3,1% – 2-й (превышение в 4 раза). Каждый 16-й подросток из 1-й группы (6,2%) считает, что можно употреблять любые наркотики, если они доступны, в отличие от 0,3% школьников 2-й группы. Иногда можно употреблять наркотики покрепче (укол и т.п.) по представлениям 1,0% «пробовальщиков» и 0,3% респондентов 2-й группы. Только треть учащихся 1-й группы и 81,0% 2-й группы считают, что никогда и ни при каких обстоятельствах нельзя употреблять ПАВ. Необходимо отметить, что группа подростков, пробовавших наркотики, статистически достоверно преобладает над группой, не пробовавших ПАВ, по показателям допустимости употребления различных наркотиков ($p < 0,001$).

Сравнение данных анкетирования двух групп о том, из каких источников и как часто школьники получают информацию о наркотических веществах, выявило определенные особенности. Подростки, пробовавшие наркотики, указали источники информирования в следующем порядке: учителя, врачи – в 57,5% случаев, друзья в компании – в 55,9% случаев, СМИ – в 51,7% случаев, родители – в 52,1% случаев. Завершают этот ряд знакомые, употребляющие наркотики – в 28,9% случаев. Школьники, не пробовавшие ПАВ, указали перечисленные источники несколько в ином порядке: учителя, врачи и родители – в 62,5% и 51,5% случаев соответственно, на 3-м месте СМИ – в 42,6% случаев, затем следуют друзья в компании и знакомые, употребляющие наркотики – в 34,3% и 11,7% случаев соответственно. Выявлены статистически достоверные различия между двумя группами в отношении таких источников как друзья в компании (в 1-й группе более половины подростков говорят на эти темы, а во второй – только 1/3 учащихся) ($p < 0,01$). Со знакомыми, которые употребляют наркотики, подростки 1-й группы общаются на эти темы в 2,5 раза чаще, чем во 2-й ($p < 0,001$). Также из СМИ более часто в общей картине анализа подростки

1-й группы в 1,2 раза чаще получают информацию о наркотиках, возможно более целенаправленно выделяя эту информацию из общего потока ($p < 0,05$). Необходимо отметить, что подростки – «пробовальщики» в 2 раза чаще говорят со своими друзьями в компании на темы наркотиков «регулярно» (1-я группа: 6,7%, 2-я группа: 2,2%), «часто» - в 2,2 раза чаще (1-я группа: 20,9%, 2-я группа: 9,5%). Со знакомыми, употребляющими наркотики, школьники 1-й группы обсуждают «регулярно» в 4,2 раза чаще, чем во 2-й (1-я группа: 5,4%, 2-я группа: 1,3%), «часто» - в 3,4 раза чаще (1-я группа: 11,4%, 2-я группа: 3,4%). Родители и учителя, врачи примерно в одинаковой степени, согласно полученным данным, уделяют внимание вопросам злоупотребления ПАВ, но в пределах 51,5% - 62,5% случаев. Примечательно отметить, что родители в обеих группах проводят разъяснительную работу примерно в одинаковом процентном соотношении (таблица 5).

При оценке степени риска для здоровья при употреблении различных наркотических веществ было выявлено, что только 1/3 подростков (34,9%), пробовавших наркотики, считают опасным для здоровья неоднократный прием опиума (в 1,7 раза меньше, чем во 2-й группе – 58,7%) ($p < 0,05$). Несколько более половины школьников из этой группы (58,7%) сообщили, что употребление конопли может иметь последствия для состояния здоровья (2-я группа – 65,6%). Необходимо отметить, что, оценивая степень риска для здоровья употребления различных наркотиков, подростки 1-й группы статистически достоверно считают в меньшей степени опасным для здоровья употребление опиума и конопли ($p < 0,05$). По поводу других наркотиков они в большей степени, чем подростки 2-й группы высказывают мнение об опасности для здоровья употребление ПАВ, но только в отношении героина это преваляирование статистически достоверно (1-я группа – 72,7%, 2-я группа – 64,0%) ($p < 0,01$). Несмотря на то, что многие подростки-экспериментаторы употребляют клей, растворители, 68,3% из них считают, что прием этих токсических веществ связан с определенным риском для здоровья. Интересно отметить, что, сравнивая показатели обеих групп по данному вопросу, можно увидеть, что в 1-й группе наиболее опасными для здоровья были указаны такие препараты как героин, кокаин и клей, растворители, а во 2-й группе подростки еще добавили коноплю на втором месте в эту выделенную группу ПАВ. Возможно, данные ответы школьников также связаны с потоком информации о психоактивных веществах из СМИ и различных современных литературных источников, где часто встречаются названия кокаина и героина. В целом, достаточно большое количество учащихся недооценивает угрозу воздействия психоактивных

веществ на состояние здоровья и проявляет недостаточную информированность о реальном воздействии ПАВ и его последствиях, что свидетельствует о необходимости организации и внедрения программ профилактики наркомании.

Таблица 5

Уровень информированности школьников о наркотиках из различных источников.

	никогда		редко		часто		регулярно		χ^2	p
	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр	1гр	2гр		
учителя, врачи	42,5	37,5	30,5	29,0	19,1	25,4	7,9	8,1	6,44	*
друзья, в компании	44,1	65,6	28,3	22,7	20,9	9,5	6,7	2,2	73,54	***
знакомые, которые употребляют наркотики	71,1	88,3	12,1	7,0	11,4	3,4	5,4	1,3	79,47	****
средства массовой информации	48,3	57,4	18,4	16,2	22,5	17,6	10,8	8,9	9,5	**
родители	47,9	48,5	20,3	18,7	17,5	17,5	14,3	15,2	0,53	*

* - $p > 0,05$; ** - $p < 0,05$; *** - $p < 0,01$; **** - $p < 0,001$

Различные данные были получены при сравнительном анализе ответов на вопрос о том, много ли друзей курят или употребляют наркотические вещества в окружении обследуемых подростков ($p < 0,001$). Несмотря на то, что анкетированные подростки учатся в одних и тех же исследуемых учебных заведениях, ответ «никто» выбрали 18,7% подростков 1-й группы и 47,8% 2-й группы, «мало» – соответственно 47,1% и 39,2%, «много» – 29,0% и 11,6% (превалирование в 2,5 раза), «все» – 5,2% и 1,4% (превалирование в 3,7 раза). Эти данные еще раз подчеркивают важную роль социального окружения подростков, того круга друзей, с которым они общаются, и те примеры поведения, которые они перед собой видят ежедневно.

Нами также было проведено сравнение данных, отражающих появление изменений в худшую сторону в отношениях подростков с родителями и другими значимыми для них людьми после употребления психоактивных веществ. На данный вопрос ответили 391 человек (19%), которые вошли в две группы в результате нашего деления (1-я группа – 181 чел., 2-я группа – 210 чел.). Между ними были обнаружены статически достоверные различия, отражающие тот факт, что после приема ПАВ ухудшились отношения с друзьями у подростков 1-й группы в 2,6 раза реже, чем во 2-й (1-я группа – 7,2%, 2-я группа – 18,6%) ($p=0,001$), с другом, подругой в 1,6 раза реже (20,4% и 31,9% соответственно) ($p<0,01$).

Анализ показал, что у ответивших на данный вопрос учащихся (166 человек: мальчики – 111, девочки – 55) наиболее сильно изменились отношения в негативную сторону у мальчиков с родителями (в 34,2% случаев), а у девочек с подругой / другом (в 40,0% случаев). Второе место у мальчиков занимает друг/подруга – в 20,7% случаев, а у девочек – родители в 40,0% случаев. Для девочек отношения с другом/подругой изменились в худшую сторону статистически достоверно чаще в 2,3 раза, чем у мальчиков ($p < 0,001$). Негативную реакцию на употребление подростками наркотиков проявили друзья: у мальчиков – в 14,4% случаев, у девочек – в 23,6% случаев; преподаватели: у мальчиков – в 10,8% случаев, у девочек – в 21,8% случаев. На последнем месте находятся родственники (братья, сестры), которые изменили свое отношение к опрошенным подросткам после употребления ими наркотиков: у мальчиков – в 9,9% случаев, у девочек – в 20,0% случаев. Интересно отметить, что у подростков-«пробовальщиков» на 1-м месте находится ситуация ухудшения отношений с родителями (24,3%), затем уже с другом/подругой (20,4%), во 2-й группе

эти показатели смещаются в обратном порядке: сначала – с другом/подругой – в 31,9% случаев, затем с родителями – в 27,1% случаев.

В анкету также был включен вопрос «Нужны ли молодым людям беседы, разъяснения о вреде наркотиков?», на который более половины подростков дали положительный ответ (1-я группа – 52,7%, 2-я группа – 66,1%). Ответ «скорее да, чем нет» выбрали 24,5% школьников 1-й группы и 13,4% учащихся 2-й группы (превалирование в 1,8 раза); ответ «скорее нет, чем да» указали 3,8% подростков 1-й группы и 2,7% учащихся 2-й группы. Затруднились ответить на данный вопрос 9,8% школьников 1-й группы и 7,3% учащихся 2-й группы. Категоричный ответ «нет» выбрали каждый десятый подросток обеих групп (1-я группа – 9,2%, 2-я группа – 10,5%). Необходимо отметить, что данное сравнение выявило статистически достоверные различия во мнениях подростков двух групп по данному вопросу ($p<0,001$), т. к. абсолютно согласны с необходимостью проведения профилактической работы по наркомании большее число подростков из 2-й группы. Но четверть подростков, пробовавших наркотики (24,5%), считают, что все-таки данные мероприятия необходимы и важны.

Сравнение данных анкетирования о том, являются ли наркотики серьезной проблемой для молодежи, показало, что по мере уменьшения оценки степени серьезности проблемы наркомании доля ответов подростков-экспериментаторов становится преобладающей ($p < 0,001$). Несколько более половины подростков 1-й группы (56,2%) и 2/3 школьников 2-й группы (72,9%) считают эту проблему достаточно серьезной, осталь-

ные данные свидетельствуют о том, что подростки, употребляющие наркотики, недооценивают значимость и актуальность проблемы наркомании для молодежи. Так, достаточно серьезной проблемой считают наркотизм 18,1% школьников 1-й группы и 12,8% из 2-й (превалирование в 1,4 раза), скорее серьезной, чем нет – 10,5% 1-й группы и 2,9% из 2-й (превалирование в 3,6 раза), скорее несерьезной, чем серьезной – 0,9% 1-й группы и 0,6% из 2-й (превалирование в 1,5 раза). Школьники-экспериментаторы в 2,6 раза чаще выбрали ответ, свидетельствующий об их несерьезном отношении (1-я группа – 1,3%, 2-я группа – 0,5%), и в 1,5 раза чаще обозначили эту проблему как абсолютно несерьезную (1-я группа – 4,8%, 2-я группа – 3,3%). Затруднились ответить на данный вопрос 8,2% школьников 1-й группы и 7,0% из 2-й.

Выводы

Сравнительный анализ данных анонимного анкетирования школьников и лицеистов, «пробовавших ПАВ» и «не пробовавших ПАВ», показал, что

- каждый 6-7-й (15,3%) подросток из числа опрошенных школьников (Кишинэу – 16,0%, Бэлць – 14,5%) выбрал два положительных ответа из трех предложенных и был определен в группу подростков, пробовавших наркотические вещества;

- подростки, пробовавшие наркотики, более подвержены влиянию других людей, компании, под давлением которых часто и осуществляется «первая проба»;

- у подростков 1-й группы преобладают такие мотивы употребления ПАВ, как стремление получить удовольствие, потребность забыть свои проблемы, менее выражено желание выглядеть взрослыми, они больше бездельничают;

- более половины «пробовавших» знают о действии, способе приготовления и употребления марихуаны, менее половины – хорошо знакомы с механизмом действия клея, ацетона и растворителей;

- «пик» первой пробы ПАВ приходится на 13-15 лет;

- 3/4 школьников-«экспериментаторов» употребляли препараты конопли;

- подростки, пробовавшие наркотики, в компании со своими друзьями в 2 раза чаще, чем другие подростки, «регулярно» и «часто» говорят на темы наркотиков; со знакомыми, употребляющими наркотики, школьники 1-й группы «регулярно» обсуждают данную тему в 4 раза чаще, чем школьники 2-й.

Сравнение данных анкетирования о том, являются ли наркотики серьезной проблемой для молодежи, показало, что по мере уменьшения оценки степени серьезности проблемы наркомании доля ответов подростков-экспериментаторов становится преобладающей. Исследование наглядно подтверждает необходимость раннего начала проведения профилактических мероприятий, начиная намного раньше 11 лет, возможно даже с 7-9-летнего возраста.

Библиография

1. European Monitoring Centre for Drugs Addiction. *Handbook for surveys on drug use among the general population*. EMCDDA project CT.99.EP.08.B, Lisbon, EMCDDA, August 2002.
2. Hibbel B. Andersson B. Kokkevi A. Morgan M. Narusk A. (1997), The 1995 ESPAD report. *Alcohol and Other Drug Use Among Students in 26 European Countries*, Stockholm, Sweden.
3. National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health. U.S. Department of Health and HUMAN SERVICE. *Principles of Drugs Abuse Treatment for Criminal Justice Population*. A research-based guide. NIH Publication nr. 06-5316, Julz 2006.
4. Revenco M., Oprea N., Oprea V., Coșciug I., Prigoda Tatiana, Condratiuc Svetlana, *Considerații privind consumul de substanțe psihoactive în mediul tineretului studios din Republica Moldova*, în *Buletin de psihiatrie integrativă*, an XI, volumul X, nr. 4 (27), 2005, p. 226-233.
5. Revenco M., Oprea V., Prigoda Tatiana, Condratiuc Svetlana, Coșciug I., *The primary use of the psychoactive substances among the adolescents in the Republic of Moldova*, 9th Congress for Bridging Eastern and Western Psychiatry, Iași, România, 9-12 Iune 2006, p. 11.
6. *Мониторинг распространенности потребления психоактивных веществ среди учащихся г. Москвы*. Кошкина Е.А., Вышинский К.В., Шамота А.З., Гуртовенко В.М., *Пульс (общественное мнение, социологические исследования)*, Москва, Комитет по телекоммуникациям и средствам массовой информации, №2 (286), 2004 г.

Представлена 06.06.2008

DINAMICA MORTALITĂȚII GENERALE
ÎN RÂNDURILE POPULAȚIEI
REPUBLICII MOLDOVA (2003-2007)

Iurie GUZGAN, IMSP
Centrul de Chirurgie a Inimii,
Zina COBĂLEANU,
Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere

Perioada de tranziție economică și socială a afectat populația și fenomenele demografice în mai multe țări. Numărul populației este în scădere dinamică, iar natalitatea se situează sub nivelul mortalității și are drept consecință un spor natural negativ. Una dintre cauze ar fi natalitatea scăzută, cauzată în special de migrarea excesivă a persoanelor de vârstă fertilă.

Fiind un aspect negativ al stării de sănătate, mortalitatea constituie, alături de alte fenomene demografice, fenomenul demografic de bază. Astfel, mortalitatea caracterizează destul de fidel starea de sănătate a populației.

Ca fenomen demografic, mortalitatea reprezintă suma tuturor deceselor (evenimente demografice) înregistrate într-o anumită perioadă într-o populație dată. Mortalitatea generală ia în calcul toate decesele înregistrate într-un teritoriu, indiferent de vârsta la care s-a produs, de sex sau de cauzele morții. Mortalitatea în Republica Moldova a fost și rămâne ridicată.

Organizarea cercetării

Scopul studiului a fost analiza datelor statistice privind dinamica mortalității populației Republicii Moldova în perioada 2003-2007; identificarea tendințelor acestui fenomen, precum și formularea propunerilor.

Materiale și metode

Pentru desfășurarea studiului au fost utilizate datele statistice ale Centrului Național de Management în Sănătate.

În calitate de suport metodologic a servit analiza statistico-matematică. Abordarea este descriptivă, iar în prezentarea datelor sunt utilizate metode statistice curente.

Perioada supusă studiului sunt anii 2003-2007. Calitatea culegerii datelor și veridicitatea realizării studiului au fost asigurate personal de către cercetător.

Rezultate

În urma analizei datelor statistice de care dispune CNMS, am constatat scăderea numărului populației, care a continuat pe parcursul întregii perioade 2003-2007. În același timp, natalitatea s-a situat sub nivelul mortalității și a determinat un spor natural negativ al populației. Astfel, suntem puși în fața unui adevăr trist: în Moldova mor mai multe persoane decât se nasc.

Aceeași legitate se evidențiază atât pe țară, cât și la nivel de municipii și raioane. În funcție de mediul social, mortalitatea este mai ridicată în rândurile populației rurale (1308,0, 1265,1; 1363,0 și 1324,0 la 100000 de locuitori respectiv) față de cea din municipii (854,5‰);

Summary

Available statistic data on general and specific mortality during period of 2003-2007 in Moldova's population were analyzed. Authors concerns about decreasing of number of births and increasing of numbers of deaths. The figures are higher for mortality rate in rural area than in municipal area. Deaths are more frequent phenomena in men than in women. There is a sharp difference between figures of main cause of deaths by cardiovascular diseases and others reasons (cancer, gastric, lung diseases). The deaths occurred mainly out of medical facilities. The figures continue to be high, despite the light tendencies for decreasing.

839,4‰; 891,9‰, 852,1‰). Această situație se explică prin ponderea mare a populației vârstnice, prin nivelul scăzut de trai și gradul nesatisfăcător de asistență medicală (figura 1).

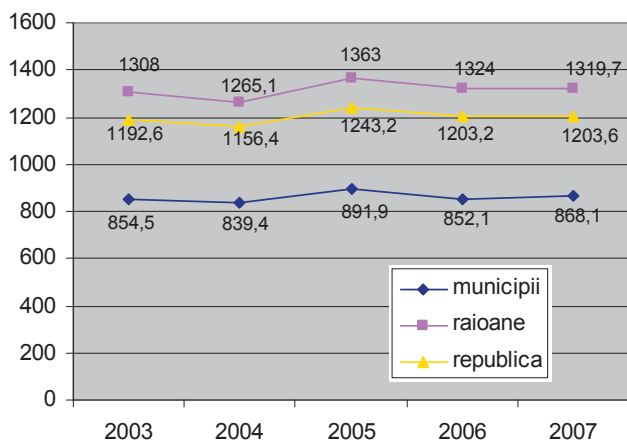


Fig. 1. Dinamica mortalității generale a populației RM, la diferite niveluri, în anii 2003-2007 (%ooo)

Se observă că sexul masculin se caracterizează printr-o mortalitate specifică mai mare decât cel feminin (figura 2).

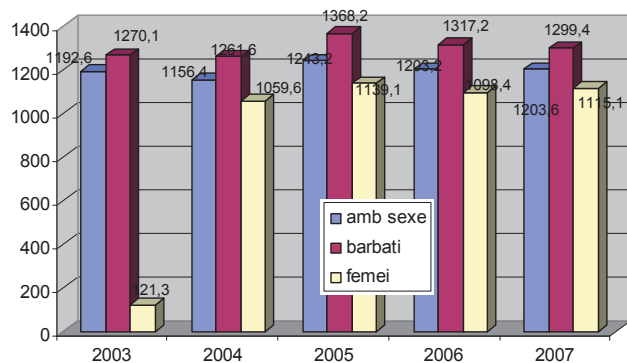


Fig. 2. Dinamica mortalității generale pe sexe a populației RM în anii 2003-2007 (%ooo)

Astfel, constatăm că pe parcursul perioadei de referință rata mortalității la bărbați este mai înaltă decât media pe țară. În anul 2003, rata mortalității femeilor a fost cea mai scăzută (121,3‰), după care a urmat o creștere bruscă de până la 1059,6 cazuri la 100000 locuitori. În anul 2005, s-a înregistrat o diminuare neînsemnată până la 1139,1‰, iar în 2006 iarăși are loc o creștere a ratei mortalității generale la femei până la 1098,4 la 100000 locuitori (figura 2).

Cele mai valoroase date ne sunt oferite de mortalitatea specifică pe cauze de boală (figura 3). Astfel, analiza datelor statistice de care dispunem denotă că cele mai multe decese în Republica Moldova sunt produse prin boli ale aparatului circulator cu rata mortalității de 679,6‰; 653,7; 700,1; 671,4; 874,5 la 100000 locuitori respectiv pe anii 2003-2007. Rata mortalității prin aceste maladii la bărbați este mai înaltă decât media pe țară, constituind nivele de 182,3;

199,9 și 193,9 la 100000 locuitori respectiv pe anii de referință, pe când la femei acest indicator este de 1,9 ori mai jos decât media pe țară (64,1; 63,5; 73,5; 67,7 la 100000 locuitori).

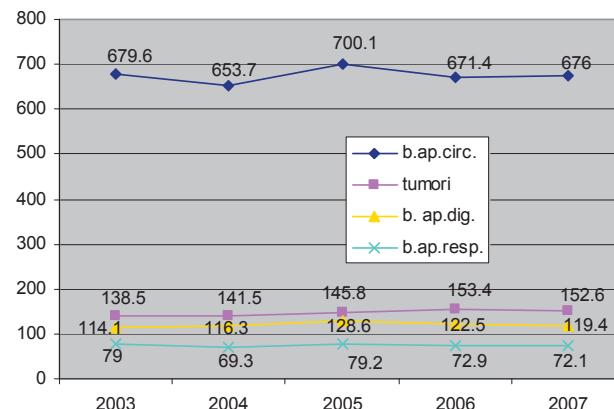


Fig. 3. Dinamica mortalității generale a populației RM, după principalele cauze de deces, în anii 2003-2007 (%ooo)

Tumorile sunt situate la o diferență semnificativă. Mortalitatea prin afecțiuni neoplazice se situează pe locul doi în mortalitatea generală în Republica Moldova, rata fiind în creștere dinamică (138,5; 141,5; 145,8; 153,4 și 152,2 la 100000 locuitori respectiv pe anii 2003-2007). Mortalitatea prin această patologie la bărbați este mai înaltă (112,2; 109,2; 119,2; 122,7 la 100000 locuitori) decât la femei (68,4; 62,3; 63,4; 71,1 la 100000 locuitori).

Am constatat că numărul celor afectați de bolile aparatului digestiv, pe parcursul anilor de referință, a fost în creștere (de la 114,1 la 100000 locuitori în 2003 la 116,3‰ în 2004, 128,6‰ în 2005, urmată de o diminuare până la 122,5‰ în 2006 și 119,1‰ în 2007). Mortalitatea prin aceste maladii la bărbați este în creștere dinamică și are valori mai înalte (119,8‰; 122,4‰; 137,5‰; 130,6‰). Rata mortalității înregistrată printre femeii poartă un caracter oscilatoriu (108,9‰; 110,7‰; 120,4‰; 115,1‰), dar este de aproximativ 2 ori mai joasă față de cea înregistrată la bărbați.

Rata mortalității cauzate de maladiile aparatului respirator are caracter oscilatoriu (79,0‰; 69,3‰; 79,2‰; 72,9‰; 71,9‰ respectiv pe anii 2003-2007) și se situează pe locul trei. La bărbați este mai înaltă (105,5‰; 94,3‰; 109,6‰; 99,1‰ pe anii de referință) decât la femei (55,2‰; 46,3‰; 51,2‰; 48,2‰ respectiv).

Analiza datelor denotă că la nivel de municipii se păstrează aceeași legitate, adică bolile aparatului circulator dețin întâietatea (437,0‰; 420,6‰; 467,8‰; 441,4‰), la distanță mare fiind urmate de: tumori (146,7‰; 149,7‰; 144,6; 144,1), bolile aparatului digestiv (68,9; 70,2‰; 76,2‰; 74,6‰), ale celui respirator (36,4‰; 36,7‰; 36,4‰; 35,9‰) (figura 4).

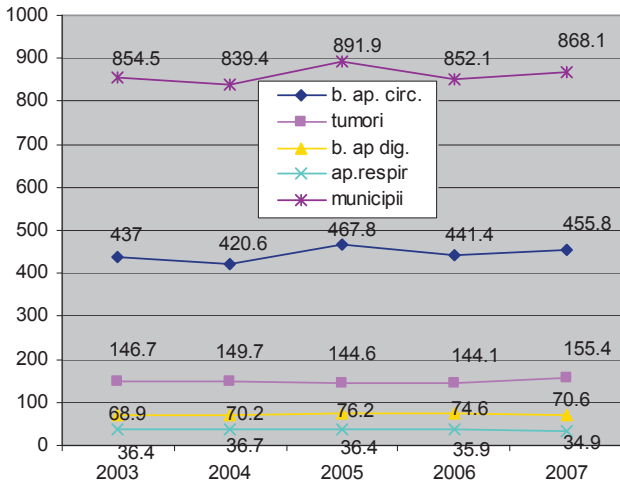


Fig. 4. Dinamica mortalității generale a populației RM (nivel de municipii), după principalele cauze de deces, în anii 2003-2007 (%ooo)

Aceeași legitate se înregistrează și la nivel de raioane. După cum se vede din figura 5, bolile aparatului circulator ocupă primul loc (763,1; 734,1%ooo; 779,9%ooo; 750,9%ooo; 752,6%ooo). Și în cazul raioanelor la distanță mare sunt situate tumorile (135,6%ooo, 138,5%ooo; 145,8%ooo; 139,1%ooo), care după nivel coincid aproape cu cele ale aparatului digestiv (129,5%ooo; 132,3%ooo; 146,5%ooo; 139,1%ooo). Acestea sunt urmate de bolile aparatului respirator (93,7%ooo; 80,5%ooo; 94,0%ooo; 85,6%ooo).

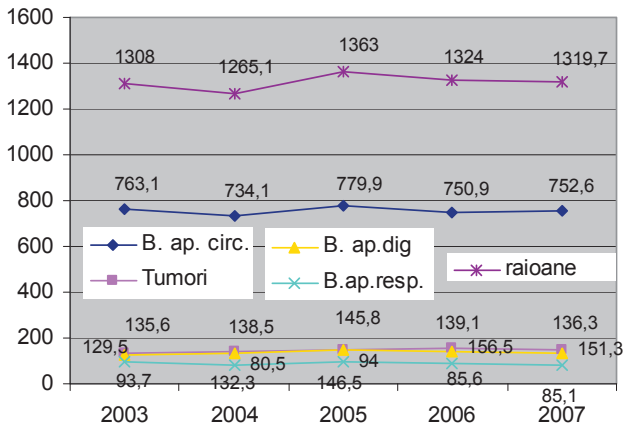


Fig. 5. Dinamica mortalității generale a populației RM (nivel de raioane), după principalele cauze de deces, în anii 2003-2007 (%ooo)

Analizând dinamica deceselor după locul unde au avut loc, constatăm că în staționar acest indicator are tendință de creștere ușoară – de la 14,6% cazuri de deces în 2003 la 17,6% în 2006. Deci, majoritatea deceselor (85,4% în 2003, 83,9% în 2004; 77,2% în 2005; 76,7% în 2006) au avut loc în afara staționarului, cu o tendință ușoară de descreștere (figura 6).

La nivel de municipii, în afara staționarului acest indicator este considerabil mai jos față de media pe republică, care variază între 73,5% în anul 2003 și

69,2% în 2007. În raioane, în afara staționarului decedează mai multe persoane comparativ cu media pe republică: de la 88,3% în anul 2003 la 84,8% în 2007 (figura 7).

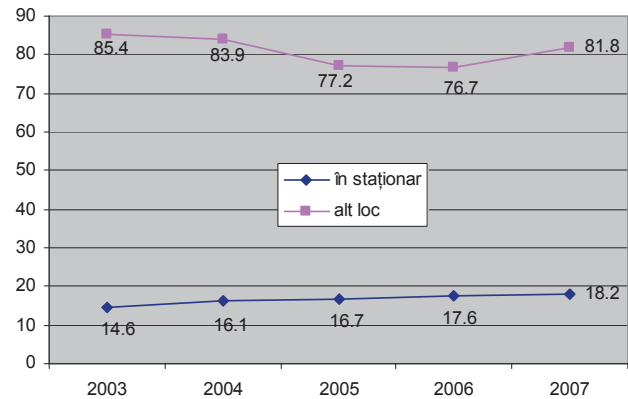


Fig. 6. Dinamica mortalității generale după locul de deces (%), anii 2003-2007

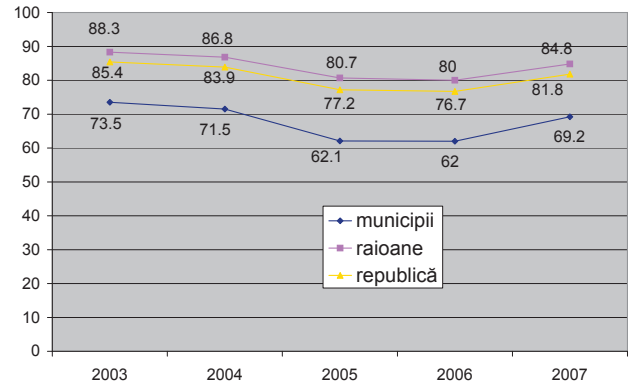


Fig. 7. Dinamica deceselor în afara staționarului, anii 2003-2007 (%)

Concluzii

1. Rata mortalității generale în Republica Moldova se menține la nivel înalt.
2. Pe parcursul perioadei de referință rata mortalității la bărbați a fost mai înaltă decât media pe țară.
3. Cele mai multe decese în Republica Moldova sunt produse prin maladii ale aparatului circulator, la distanță mare urmate de tumori, bolile aparatului digestiv și ale celui respirator.
4. Atât la nivel de municipii, cât și la nivel de raioane se păstrează aceeași legitate referitor la cauzele de deces.
5. În afara staționarului decedează mai multe persoane, cu toate că acest indice are o tendință ușoară de descreștere față de al celor care decedează în staționar.

Rezultatele analizei expuse prezintă interes pentru medici, studenți, rezidenți, demografi și persoanele cu putere de decizie vizavi de problema acută a sporului negativ al populației. Ponderea deceselor la domiciliu, mai ales în mediul rural, cere implementarea cât mai rapidă a îngrijirilor la domiciliu, în special a celor paliative.

Prezentat la 07.07.2008

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ
И ПРОБЛЕМЫ ФОРМИРОВАНИЯ
ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В КАЗАХСТАНЕ

Т.С. ХАЙДАРОВА,
Национальный центр проблем формирования
здорового образа жизни Министерства
здравоохранения Республики Казахстан

Формирование здорового образа жизни (ФЗОЖ) является одной из важнейших задач современной социальной политики Казахстана. Одним из важнейших достижений в области медицины 20-го века явилось открытие факторов риска (ФР) развития и прогрессирования неинфекционных заболеваний (НИЗ). Концепция факторов риска практически стирает грань между первичной и вторичной профилактикой НИЗ, она обосновывает необходимость коррекции ФР как у людей без клинических признаков заболевания, чтобы оно не развилось (первичная профилактика), так и у больных НИЗ, чтобы предупредить его прогрессирование (вторичная профилактика). В обоих случаях необходимы изменение образа жизни: рационализация питания, отказ от курения, оптимальная физическая нагрузка, умеренное употребление алкоголя. Предупреждение появления ФР и их коррекция являются эффективными средствами профилактики НИЗ, доступными практическому здравоохранению.

Здоровье, как известно, непосредственно связано с образом жизни поэтому его высокого уровня нельзя достичь без развития определенных мотивов и стереотипов поведения.

Модель поведения населения, сформированная к началу реформ в здравоохранении, характеризовалась формальным отношением к информации по санпросвет работе и к собственному здоровью и неспособностью предпринимать усилия по сохранению и восстановлению утраченного здоровья. С проведением реформ, как показали результаты социологических опросов, такая модель поведения продолжает сохраняться среди населения, хотя следует отметить небольшие положительные сдвиги в отношении к сохранению своего здоровья. Результаты анкетирования показывают, что население понимает явную неадекватность настоящим реалиям такой модели поведения, однако многие не желают и не находят времени для ее изменения.

В этой связи регулярное изучение поведенческих и связанных с ними факторов риска (ФР) и разработка системы мониторинга поведенческих ФР неинфекционных заболеваний (НИЗ) для регулярной оценки их распространенности и выявления динамики среди населения страны является целью проводимых с 1998 года научных исследований. Национальным Центром ФЗОЖ проведено 4 широкомасштабных исследования в пяти регионах Республики.

По результатам 1-4 национальных исследований (1998, 2001, 2004 и 2007 гг.) было установлено, что в динамике происходит изменение поведенческих и связанных с ними факторов риска развития заболеваний, так: снижается уровень потребления алкоголя, число лиц, желающих изменить образ жизни и поведенческие факторы, а также занимающихся физической культурой и подвижными ви-

Summary

Actual issues and problems of healthy lifestyle development in Kazakhstan

According to results of 1 to 4 national research (1998, 2001, 2004 and 2007) it was determined changes in behavioral and related risk factors of disease development. However, despite increase of healthy lifestyle promotion, rates of smoking, physically inactive and stress-loaded people were not decreased. Research results showed the necessity for new strategy development for work with population, directed to effective activity in market relations at public health. The strategies should include promotion at market complex actions on primary and secondary prevention, i.e. use social marketing concept.

дами спорта, увеличивается. Однако, несмотря на усиление пропаганды здорового образа жизни не снижается число лиц, курящих, ведущих малоподвижный образ жизни, и подверженных стрессовым воздействиям. Результаты исследований показывают, что необходимо разработать новые стратегии работы с населением, направленные на успешную деятельность в условиях рыночных отношений в здравоохранении и включающие продвижение на рынке комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике, т. е. использовать концепцию социального маркетинга, направленного на потребителя – пациента. Социальный маркетинг, концентрируясь на личностном поведении, стремится к принятию пациентом сознательных решений, направленных на изменение его поведения. Следовательно, социальный маркетинг позволяет влиять на типы поведения, формирующие здоровье населения, и данная концепция приемлема в качестве основы стратегии профилактики в системе здравоохранения.

В качестве главных причин, препятствующих внедрению и распространению ЗОЖ среди населения, можно выделить следующие:

1. В системе здравоохранения – приоритетное развитие лечебной, а не профилактической медицины. Здоровье как объект не исследуется.

2. Особое значение имеет формирование активной установки на ЗОЖ у тех, кто еще не имеет хронической патологии, именно эта часть населения оказывается на периферии внимания системы здравоохранения и страховых организаций, а сами граждане воспринимают собственное здоровье как нечто, само собой разумеющееся.

3. Существующие до настоящего времени методологические подходы к организации профилактической работы среди населения не отвечают требованиям времени. Необходимо качественное реформирование сложившегося формального отношения к профилактике и низкоэффективного санитарного просвещения, перейти от санитарно-просветительской работы к социальному маркетингу. Социальный маркетинг, концентрируясь на личностном поведении, побуждает пациентов к принятию сознательных решений, направленных на изменение его поведения.

4. Необходимо проводить санитарно-просветительскую работу по переориентации мышления граждан в отношении приоритетов в системе жизненных ценностей. Отсутствует мода на здоровье и физическое совершенство, не создан культ здоровья, не разработаны социально-экономические стимулы для развития

здоровья. Здоровье занимает 4-8 место в системе жизненных ценностей. Недооценена роль физкультуры в формировании здоровья населения. Средний уровень обеспеченности спортивными сооружениями занимает только 30%.

5. Недостаточная интеграция профилактических мероприятий в структуру оказания медицинской помощи, мониторинга и комплексной оценки эффективности деятельности первичного звена здравоохранения; медработники АПО не владеют методами диагностики здоровья здоровых людей.

6. Необходимо соблюдать системный подход и воздействовать на оба объекта в системе «потребитель – производитель конкретной медицинской услуги». В условиях недофинансирования профилактики основной акцент должен быть сделан на повышении уровня для гностической подготовленности производителей и потребителей медицинских и профилактических услуг, т. е. уровня знаний медицинских работников и информированности пациентов по этим вопросам. Недостаточная активность медицинских работников в профилактике заболеваний.

7. Необходимо перейти к индивидуализации профилактических мер, выявлению лиц, наиболее нуждающихся в оздоровительных мероприятиях, проводить адресную, точечную профилактику, что актуально при дефиците ресурсов. Разрабатывать целевые профилактические программы.

8. Рост профилактической активности необходимо стимулировать мерами морального и материального характера. Недостаточный уровень мотивации к ФЗОЖ у населения и поощрения ЗОЖ со стороны государства.

Были выявлены и другие негативные моменты ФЗОЖ. Так, проведение профилактических медосмотров половина опрошенных врачей оценила как малоэффективные по следующим причинам: недостаточное количество времени, отводимого для обследования (44,0%); отсутствие необходимого оборудования для выявления заболеваний на ранних стадиях (30,9%); недостаточная активность медперсонала при отказе пациентов от дальнейшего обследования и лечения (13%). Отмечено, что активность работников здравоохранения в настоящее время не отвечает высокой потребности населения в оздоровительных мероприятиях.

До сих пор не решена проблема оценки эффективности профилактической работы и формирования здорового образа жизни. Традиционные показатели характеризуют только одну сторону – интенсивность пропаганды.

Особое внимание исследователи обращают на отсутствие регламентации профилактической работы медицинских работников, включая нормативы ФЗОЖ, систему мониторинга и стимулирования профилактического труда. Причем, это в равной степени относится как к медицинским сестрам, так и к врачам. Малую эффективность профилактической деятельности объясняют недостаточным уровнем управленческих знаний и навыков руководителей АПО. К примеру, только 7,5% главных врачей и их заместителей смогли полно определить задачи поликлиник в диспансеризации, особое внимание в анкете уделялось вопросам выявления групп риска и своевременного проведения оздоровительных мероприятий.

Совершенствование ФЗОЖ должно базироваться на пересмотре и систематизации процесса санитарно-гигиенического обучения, изменении мотивации поведения, содействии и стимулировании активности в профилактике и укреплении здоровья как субъектов, так и объектов ПМСП.

Центр медицинской профилактики, который, по сути, и является центром социального маркетинга, через институт врачей ведет основной объем медико-санитарной работы с населением, в результате такого взаимодействия в учреждениях ПМСП должны формироваться такие функциональные подразделения, как школы для пациентов.

Эффективность различных профилактических программ, так же как и других направлений всей системы здравоохранения, все в большей степени зависит от обеспечения информацией и интенсивности процесса гигиенического обучения. Активное вовлечение населения в охрану здоровья, как один из принципов успешного функционирования ПМСП, невозможно без понимания людьми значения их участия и их воз-

можностей. Эффективность изменения образа жизни напрямую зависит от врачей, которые, несмотря на высокую компетентность в диагностике и лечении, не имеют достаточных навыков для обучения своих пациентов управлять заболеванием: не умеют общаться на понятном для пациента языке, стремятся информировать пациента о заболевании, а не научить управлять своим заболеванием в конкретных ежедневных условиях жизни. Мировая практика показывает, что наиболее эффективными являются те программы обучения, основная цель которых – обучить больных самоконтролю и самоуправлению своим заболеванием.

Таким образом, осуществление мероприятий, направленных на изменение образа жизни и поддержание на высоком уровне ведущих характеристик ЗОЖ, способствует улучшению показателей здоровья населения. Однако самым важным признаком эффективности любой профилактической программы является достижение соответствия имеющихся знаний поведению человека. Следует отметить, что в настоящее время существует необходимость в усовершенствовании методологии мониторинга и материально-техническом и кадровом обеспечении этого процесса.

Литература

1. Вялков А.И., Кучеренко В.З., *Теоретические и организационно-методические основы рисков в медицинской практике*, в журнале *Проблемы управления здравоохранением*, 2006г., №3(28), с. 52-57.
2. Малышева Е.В., Ганцев Ш.Х., Рахматуллина И.Р., *Здоровье, образ жизни и удовлетворенность медицинской помощью населения крупных городов Российской Федерации*, в журнале *Проблемы управления здравоохранением*, 2006 г., №3(28), с. 68-71.

Представлена 23.09.2008

ISTORIA
DEZVOLTĂRII IGIENEI MEDIULUI

Grigore FRIPTULEAC,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Igiena mediului este considerată o disciplină comparativ tânără nu numai ca ramură a științei igienice, ci și ca bază a activității practice a Serviciului sanitaro-antiepideemic de stat, precum și ca obiect de instruire în instituțiile de învățământ superior și mediu de specialitate. Pentru a conștientiza poziția igienei mediului în societate și rolul ei pe parcursul secolelor, este necesară o scurtă privire asupra evoluției ei. Acest fapt se impune și din cauza că, odată cu evoluția rapidă din ultimul timp a științelor sociale și economice, medicina tinde spre o orientare profilactică pronunțată.

Problemele protecției și promovării sănătății depind în mare măsură de cunoștințele populației privind condițiile și cauzele care determină dezvoltarea optimă a organismului și a societății, precum și de posibilitățile materiale pentru realizarea acestor condiții. În acest context, trebuie de menționat că pentru păstrarea și fortificarea sănătății umane este nevoie de date despre starea ecologo-igienică a naturii, despre structura și modul de funcționare a organismului uman, despre natura și legile conform cărora se stabilesc relațiile dintre om și mediu, pe de o parte, și dintre membrii societății, pe de altă parte. Deci, nu este posibilă prevenirea maladiilor dacă nu se cunoaște etiologia și patogeniza proceselor morbide care au loc în colectivitățile umane.

Pe parcursul timpurilor, medicina clinică, în scopul tratamentului bolnavilor, s-a dezvoltat în corespundere cu descoperirile științifice din domeniul biologiei și al științelor naturale în general, iar igiena, fiind mai cuprinzătoare în scop și mai complexă în mijloace de aplicare și realizări se, implică în supravegherea stării de sănătate și a factorilor determinatori din colectivități întregi și în dezvoltarea sănătății. Astfel, ea este în strânsă dependență nu numai de gradul de dezvoltare a disciplinelor științei medicale, ci și de progresul tehnicii, al științelor economice și sociale.

Elementele de igienă a mediului au apărut odată cu necesitățile igienice generale, caracteristice primilor oameni de pe pământ cu așezările lor de trai și primele semne de locuințe.

Cu aproximativ 4000-1000 de ani î.e.n., la chinezi, hinduși, babilonieni, în Iudeea, Egipt etc. se întâlneau unele reguli și măsuri cu caracter de igienă personală, precum și unele realizări de ordin sanitar. Promovarea și supravegherea acestor reguli empirice de igienă o făceau slujitorii religiei în numele divinității. Evident, posibilitățile mai avansate în respectarea lor aparțineau unui grup restrâns de persoane din clasele superioare.

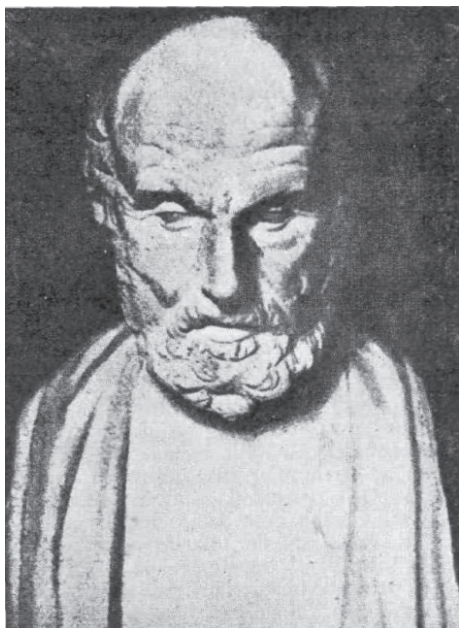
Un început remarcabil pentru igiena mediului are loc în Antichitate, în orânduirea sclavagistă, când Școala hipocratică se manifestă din punct de vedere medical. Hipocrate în opera sa *Despre aer, apă și localități* a demonstrat necesitatea studierii climei, apei, solului, centrelor populate. În această operă el atenționează că, în cazul când cineva vine într-un oraș necunoscut, este important ca acesta

Summary

History of Environment's Hygiene

It is presented the evolution of development of Environment's Hygiene during centuries. There are elucidated the main historical steps, activities of scientists in Hygiene from different countries, inclusively Russia, Romania, Republic of Moldova. It is presented also the characteristics of modern activities for population's health in connection with environmental factors.

să observe amplasarea localității față de direcția vânturilor, de razele solare, factori care diferă în zonele de sud și cele de nord.



Hipocrate din Chios (460-377 î. e. n.)

În *Prescripțiile* sale Hipocrate s-a referit și la activitățile medicilor, indicându-le să aibă grijă de oamenii sănătoși, pentru ca aceștia să nu se îmbolnăvească prematur. Este regretabil faptul că intențiile bune ale lui Hipocrate au rămas doar speranțe timp de mai multe secole. Mult mai târziu maladiile contagioase, îndeosebi holera, care bântuia nu numai printre păturile sărace ale populației, ci a început a ataca și clasele avute, au contribuit la unele realizări profilactice, precum desfășurarea lucrărilor intense de asigurare a localităților cu apă și sisteme de canalizare, de amenajare sanitară a orașelor.

Astfel, epoca lui Hipocrate este considerată de istoriografi ca începutul medicinei științifice. Ea a coincis cu caracteristicile de dezvoltare a filosofiei elene care, nefiind de acord cu concepțiile mistice despre lume, a căutat o argumentare materialist-științifică pentru a explica natura proceselor morbide. Această situație a făcut ca pricina bolilor să fie cercetată în legătură cu mediul de viață al indivizilor.

La această etapă, prescripțiile și regulile de igienă purtau un caracter individual, pentru menținerea unei vieți sănătoase se propagau activități de educație fizică și recomandări în privința factorilor de mediu, inclusiv a aerului și apei. Deci, igiena avea preponderent caracter de igienă personală, iar lucrurile de interes colectiv, cu caracter sanitar, de igienă publică, care s-au limitat la orașe și cetăți, se realizau doar în interesul celor bogați și al planurilor de cuceriri ale Imperiului. Aceasta se referă și la beneficiile de asistență medicală și ale condițiilor de

salubritate, de care se bucura numai clasa exploata-torilor minori față de majoritatea populației formată din sclavi, care trăiau în condiții mizere, istoviți de munci și de boli.

Un nou moment istoric al igienei mediului este extinderea măsurilor principale la nivelul colectivității romanilor, grație cărora de la igiena individuală se trece la marile realizări ale igienei publice. Marea densitate a populației din Roma Antică și dezvoltarea Imperiului Roman a condus la crearea rețelilor de canalizare a orașelor, la construcția apeductelor pentru aprovizionarea populației cu apă potabilă. Prin cele 14 apeducte din Roma fiecare locuitor se asigura zilnic cu până la 500 l de apă. S-au construit și funcționau băi publice (terme) cu mii de cabine, săli de gimnastică și de masaj, a fost reglementată înhumarea cadavrelor, supravegherea salubrității orașului etc.

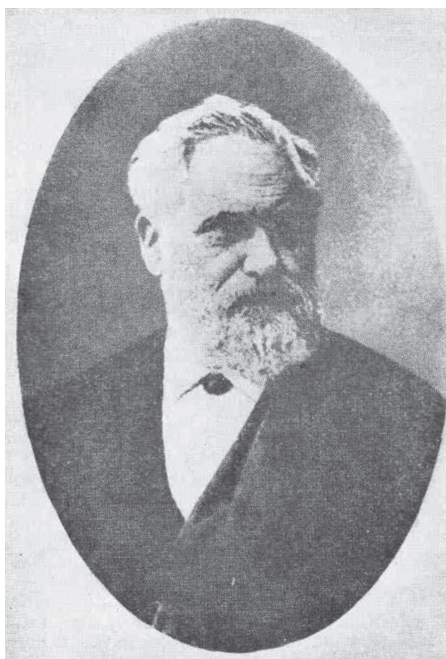
Interesante elemente de igienă a mediului întâlnim și la getodaci (strămoșii noștri), care dispuneau de instalații speciale (cisterne) pentru păstrarea apei potabile. Aceste cisterne se alimentau din izvoare prin olane de pământ ars, protejate de jgheaburi de lemn.

Ulterior, după descompunerea societății elene, filosofia cu conținutul său științific s-a îndepărtat de tendințele materialiste. În perioada feudalismului, progresul științelor, inclusiv al medicinei, cu toate concepțiile igienice privind viața și boala, a stagnat radical. În această perioadă conducătorul spiritual devine Biserica, care își pune sarcina de a da răspuns categoric tuturor problemelor științifice. Condițiile de viață au devenit precare, s-au înțepenit războaiele, deplasările populației, ceea ce a făcut din Evul Mediu perioada celor mai mari și grave epidemii de boli infecțioase, care au secerat sute de mii de vieți ome-nești. Spre exemplu, epidemia de pestă din secolul al XIV-lea a răpus circa 30 de milioane din populația Europei.

Aceste intemperii au impus reconsiderarea igienei în genere și a igienei mediului în particular, precum și începerea unei noi etape – a Renașterii, care cuprinde secolele XVI-VIII. Se pun bazele științelor naturale moderne, inclusiv ale igienei mediului, bazate pe succesele fizicii, chimiei, fiziologiei etc. Se inițiază medicina de stat cu câteva divizări, printre care *poliția medicală* și *medicina judiciară*.

Realizările din această perioadă conduc la activarea elementelor științifice și practice ale igienei mediului. De exemplu, în orașele engleze s-au desfășurat mari lucrări pentru asigurarea populației cu apă și sisteme de canalizare care, după cum arată F. F. Erisman, au dat un imbold puternic nu numai direcției profilactice a problemelor sanitariei, ci și igienei științifice.

În medicină, medicul elvețian Paracelsus (1493-1541) pune experiența ca principiu în cercetarea științifică și concepe funcționarea organismului uman ca fiind rezultatul proceselor chimice. El este autorul tratatului în 4 părți *De longa vita* (1527), consacrat în mare parte problemelor de igienă a mediului. Vesale (1514-1564), prin cercetările sale pe cadavre (1543), stabilește bazele anatomiei, iar Harvey (1578-1667), prin descoperirile circulației sanguine (1628), pune bazele fiziologiei. Descoperirea microscopului (1683) de Leeuwenhoek (1632-1723) pune la dispoziția cercetătorului un instrument mai precis de investigație. Girolamo Fracastoro (1478-1553) studiază bolile contagioase, scrie lucrarea *De contagione et contagiosis morbis*; el consideră că transmiterea maladiilor infecțioase se face prin anumiți germeni invizibili, prin diferite contacte și căi ce pot fi determinate. Bernardino Ramazzini (1633-1714) sintetizează cunoștințele teoretice de o valoare incontestabilă pentru patologia și epidemiologia bolilor infecțioase și profesionale. Iohann Peter Frank (1745-1821), profesor de Göttingen, Pavia și Viena, rector al Academiei Medico-Chirurgicale din Sankt Petersburg, elaborează o lucrare în 6 volume – sistemul unei poliții sanitare complexe, în care sunt elucidate actuale probleme de igienă a mediului.



Max Pettenkofer (1818-1901)

Vestiții igieniste apuseni Pettenkofer, Flügge ș. a. în manualele lor de igienă au abordat pe larg probleme ce au constituit mai apoi baza igienei mediului. În ultimii ani ai sec. XVIII și la începutul sec. XIX, paralel cu concepția morfologică din medicină, ia naștere igiena publică, pe baza căreia și prin școala lui Max Pettenkofer mai târziu se dez-

voltă igiena experimentală. În acest context, F. F. Erisman în articolul său consacrat memoriei lui M. Pettenkofer, pe bună dreptate îl numește „*fondatorul igienei experimentale*”. El accentuează cele spuse de M. Pettenkofer: că igiena nu poate fi satisfăcută numai prin cunoașterea fiziologiei omului; ea necesită cunoștințe și în domeniul fiziologiei mediului ambiant, deoarece de acesta depinde sănătatea persoanei. Igiena necesită cunoașterea aspectelor calitative ale aerului, apei, solului, locuinței, îmbrăcămintei etc.

O contribuție destul de reușită în istoria dezvoltării igienei au adus-o și savanții igienisti din **Rusia**. Faptele istorice cunoscute combat încercările de a prezenta Rusia antică ca înapoiată și barbară în ceea ce privește cultura sanitară. Este de menționat că în unele dintre cele mai vechi documente rusești se conțineau directive care cereau ca la construirea orașelor și satelor să nu se folosească terenurile joase și mlăștinoase, foarte periculoase pentru sănătate. Deja în sec. XI se efectua pavarea străzilor și a petelor în orașele antice (de exemplu, în Novgorod), pe când străzile pavate în Niuremberg, de exemplu, au apărut abea în anul 1369, iar în Londra – în 1407. Aproximativ pe la sfârșitul sec. XI, în curtea iaroslavă din Novgorod a fost construit primul apeduct cu scurgere liberă.

În rezolvarea problemelor construcțiilor comunale un rol important îi revine lui Petru I. În Decretul său de la 25 mai anul 1718 se insistă asupra întăririi și întreținerii malurilor râurilor și pâraielor, șanțurilor de pe străzi, pentru ca apele meteorice oricând să aibă scurgere și să nu inundeze teritoriile.

Majoritatea medicilor-savanți clinicieni se expuneu pozitiv în privința igienei, inclusiv a igienei mediului. De exemplu, renumitul terapeut G. A. Zahariin (1829-1897), în cuvântarea sa universitară din anul 1873 *Sănătatea și educația în oraș și în afara orașului* spunea: „*Noi considerăm igiena nu numai ca fiind un compartiment necesar al studiilor medicale din școală, ci și ca unul dintre cele mai importante, dacă nu chiar cel mai important obiect de studiu al oricărui medic-practician; [...] cu cât e mai experimentat medicul, cu atât mai bine înțelege puterea igienei și slăbiciunea relativă a tratamentului, terapiei [...] doar igiena poate să învingă suferințele poporului. De aceea e clar că noțiunile igienice sunt mai necesare, mai obligatorii pentru fiecare decât cunoașterea maladiilor și a tratamentului lor*”.

O serie de idei igienice importante au început să se realizeze odată cu inițierea cercetărilor științifice sistematice în domeniu, îndeosebi odată cu organizarea catedrelor de igienă la facultățile medicale universitare. Meritul deosebit la acest capitol îi aparține lui Aleksei Petrovici Dobroslavina, care a

fondat prima Catedră de igienă pe lângă Academia Medico-Chirurgicală din Petersburg. Fiind fondatorul științei igienice în Rusia, a citit prima lecție de igienă la 19 noiembrie 1871. După absolvirea Academiei Medico-Chirurgicale din Petersburg și susținerea doctoratului, A. P. Dobroslavin a activat peste hotare în laboratoarele profesorilor Pettenkofer și Foit, iar în timpul activității la Catedră dispunea de o diversitate de metode de cercetare. Primul în Rusia a efectuat studii experimentale în domeniul igienei, a creat un laborator de igienă pe lângă Catedră. Determinând sarcinile acestei științe, A. P. Dobroslavin a scris: „Igiena trebuie să studieze condițiile pentru cea mai fructuoasă activitate a omului și să determine factorii ce acționează nefavorabil asupra ei, să găsească mijloace de lichidare a acestora”.



A. P. Dobroslavin (1842–1889)

Problemele igienei mediului au ocupat un loc de frunte în activitatea lui A. P. Dobroslavin. El a participat activ la argumentarea științifică a măsurilor igienice direcționate spre asigurarea salubrității orașului Petersburg, în special a alimentării cu apă și a canalizării lui; a condus Secția de asanare a centrelor populate, a clădirilor publice și particulare, a întreprinderilor industriale, a stat în fruntea Societății de ocrotire a sănătății populației Rusiei.

Un aport deosebit în igiena mediului a fost adus de Feodor Feodorovici Erisman. F. F. Erisman s-a născut în Elveția, a absolvit universitatea din Zürich. La vârsta de 23 de ani, el susține exame-

nele de doctorat în medicină, activează în calitate de asistent în clinica de oftalmologie, iar în 1869 se mută la Petersburg. Acordă atenție condițiilor igienice de trai ale muncitorilor. Publică un șir de lucrări: *Starea sanitară a caselor cneazului Veazemski din Petersburg*, *Locuințele din subsolurile Petersburgului* ș. a. F. F. Erisman de asemenea a activat timp de 2 ani în calitate de laborant la profesorii Foit și Pettenkofer. În anul 1879 F. F. Erisman este invitat de zemstva gubernială din Moscova pentru a organiza controlul sanitar al fabricilor și uzinelor.



F. F. Erisman (1842–1915)

Din anul 1882 el conduce Catedra de igienă a Universității din Moscova. Grație activităților sale și rezultatelor obținute, F. F. Erisman este considerat fondatorul igienei mediului. El a efectuat cercetări științifice în domeniul igienei alimentare cu apă. Unele concepții ale sale le-a formulat în lucrarea *Cu privire la problema privind calitatea și cantitatea apei pentru aprovizionarea orașelor* (1884). Sunt cunoscute concluziile lui F. F. Erisman despre alimentarea cu apă a or. Nikolaev, calitatea apei or. Mâtișci, alegerea locului de captare a apei pentru apeductul din Petersburg etc.

În anul 1896, împreună cu un grup de profesori, F. F. Erisman a fost concediat din Universitatea din Moscova pentru atitudinea compătitoare față de mișcarea politică a studenților. Numele lui F. F. Erisman îl poartă Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Igienii din or. Moscova, fondat în anul 1921 pe baza stației sanitare a orașului Moscova, deschisă din inițiativa lui F. F. Erisman în anul 1891.

În anul 1873 a fost deschisă Catedra de igienă la Universitatea din Harkov. Primul conducător al ei a fost A. N. Iakobii. Din anul 1885 Catedra este condusă de I. P. Skvortov (1847—1921).

Ulterior în Rusia au activat eminenți savanți care și-au adus aportul considerabil în dezvoltarea igienei mediului. Printre ei se evidențiază G. V. Hlopin – savant-igienist și specialist renumit în domeniul igienei mediului (1863–1929). Prin activitatea lor științifică și practică, igienisții ruși N. P. Vasilevski, Ia. Iu. Bardah, P. N. Diatroptov ș. a. au demonstrat că apa este una dintre principalele surse de răspândire a infecțiilor intestinale.

Unii igienisți și specialiști de profil sanitaro-tehnic au efectuat cercetări de evaluare comparativă igienică a diferitelor metode de epurare a apelor reziduale (A. D. Sokolov, M. B. Koșin, S. N. Stroganov ș. a.). În special, la începutul secolului XX S. N. Stroganov a elaborat metode noi de epurare biologică a apelor reziduale. De asemenea, au fost elaborate metode accesibile de determinare a indicilor de poluare chimică a aerului din încăperi (V. Nagorski, I. Subotin, A. Nessler ș. a.).

La începutul anilor '20 ai sec. XX, în Rusia au fost adoptate decretele *Cu privire la măsurile de combatere a epidemiilor* (1919), *Cu privire la protecția sanitară a locuințelor* (1919), *Cu privire la măsurile de ameliorare a aprovizionării cu apă, canalizării și asanării în republică* (1921) și alte documente de stat, care au stat la baza legislației sovietice sanitare. Au luat naștere instituții de cercetări științifice de profil igienic și epidemiologic.

În anul 1922 a avut loc un eveniment istoric important în dezvoltarea ocrotirii sănătății sovietice, când prin decretul Sovietului Comisarilor Norodnici din RSFSR *Cu privire la organele sanitare ale republicii* pentru prima dată în practica mondială au fost puse bazele sistemului de control sanitar de stat.

Sarcinile organelor sanitare au inclus problemele de protecție sanitară a apei, aerului, solului și locuințelor, de organizare a măsurilor antiepidemice și de combatere a maladiilor sociale, de statistică și de educație sanitară.

Din iunie 1931, în cadrul institutelor medicale superioare, s-a început pregătirea medicilor nu doar de profil general, ci și a specialiștilor în anumite ramuri ale ocrotirii sănătății, creându-se trei facultăți: curativă, sanitaro-profilactică și cea de ocrotire a mamei și copilului. Astfel, pentru prima dată a luat naștere facultatea în care se pregăteau atât medici igienisți de profil general, cât și specialiști în domeniul igienei locativ-comunale, alimentare, industriale; medici-epidemiologi.

O mare contribuție în dezvoltarea igienei mediului au adus-o foștii medici sanitari de zemstvă. Printre ei un loc de frunte îl ocupă Z. G. Frenkel, A. N. Sâsin, A. N. Marzeev. În anul 1937, sub conducerea lui A. N. Sâsin a fost elaborat standardul temporar al calității apei potabile. Lucrarea lui Z. G. Frenkel *Bazele generale ale amenajării urbane* un timp îndelungat a servit ca îndrumar pentru medicii-igienisți și inginerii din sfera igienei mediului. Din 1922, sub redacția lui A. N. Marzeev a început să apară revista lunară *Medicina profilactică*. În anul 1951 vede lumina tiparului primul manual pentru facultățile de sanitarie și igienă ale institutelor de medicină – *Igiena comunală*, scris de A. N. Marzeev, care apoi a fost tradus în limbile poloneză și chineză.

V. A. Rezanov și-a consacrat principalele cercetări științifice igienei aerului atmosferic. Din 1952 până în 1964 conduce Catedra de igienă comunală a Institutului Central de Perfecționare a Medicilor din Moscova, iar din anul 1962 devine director al Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Igienii Generale și Comunale A. N. Sâsin al AȘM a URSS.

Un aport deosebit în igiena mediului l-a adus S. N. Cerkinski, care a publicat peste 260 de lucrări științifice, inclusiv 12 monografii. Direcția principală a cercetărilor lui S. N. Cerkinski și a școlii create de el este studierea problemelor de protecție sanitară a bazinelor de apă, de igienă a apei și a alimentării cu apă. Sub redacția și cu participarea nemijlocită a lui S. N. Cerkinski a apărut volumul 2 al *Îndrumarului în igiena comunală* (1962) și *Îndrumarul în igiena alimentării cu apă* (1975).

Pe lângă savanții igienisți menționați, în Rusia au activat fructuos și alți cercetători care au adus un aport considerabil la dezvoltarea științei igienei mediului. În special, în lucrările lui R. A. Babaianț, K. A. Buștueva etc. sunt dezvoltate problemele actuale ale igienei aerului atmosferic; în lucrările lui S. V. Moiseev, S. M. Stroganov, S. M. Graciiov, I. I. Beleaiev, V. M. Jabotinski, G. I. Sidorenko ș. a. – prolelele igienice privind aprovizionarea populației cu apă.

În **România**, teoria, metodele și practicile igienei mediului au o istorie de dezvoltare identică cu cea din alte țări. Evoluția acestora se caracterizează însă printr-o întârziere față de ritmul de dezvoltare a acestei discipline în țările apusene, situație condiționată de starea economico-culturală precară din țară cu progresul prea lent al tehnicii și științei.

Din epoca Imperiului Roman în România au rămas urme ale civilizației și culturii. În special, localitățile din acele vremuri dispuneau de unele nor-

mative de construcții edilitare, în cetăți și orașe, cu exigențe igienice destul de înaintate. Unele publicații menționează că urmele orașelor cuprind sisteme de aliniere a străzilor, de aprovizionare centralizată cu apă, stadioane pentru cultura fizică și sport, băi, sisteme de îndepărtare a reziduurilor etc.

În perioada feudalismului, care aici durează mai mult decât în țările din Occident, nu poate fi vorba de o igienă a mediului în sens științific. Au avut loc epidemii grave de pestă, variolă, tifos exantematic și holeră, care au secerat sute de mii de vieți omenești. Se luau măsuri doar cu scop de combatere, și nu de profilaxie. Evident, rezultatele acestor măsuri erau practic neeficace, deoarece ele purtau un caracter neștiințific. Spitalele de pe lângă mănăstiri erau conduse de călugări. Biserica considera boala ca o pedeapsă de la Dumnezeu, preocuparea deosebită de igiena corporală se considera un păcat. Problemele sanitare erau în mâna domnitorului, a boierilor și a clerului, care de regulă luau măsuri doar în interesul vieții lor.

Situația critică referitoare la sănătatea populației, marile epidemii, necesitatea dezvoltării socioeconomice au impus reconsiderarea igienei și intrarea ei într-o etapă nouă. Această etapă corespunde perioadei de Renaștere dintre secolele XVI și XVIII, când se fac unii pași ce conduc la constituirea igienei ca știință.

Printre precursorii igienei în România, Victor Comes și coaut. (1974) îl numește, în primul rând, pe Constantin Caracaș (1773-1828) – medic comunal în București. Acesta atenționează guvernul că este de datoria lui să aibă grijă de sănătatea și viața locuitorilor. Caracaș a propus înlocuirea unor legi și regulamente sanitare, înființarea unui organ sanitar (de poliție medicală), care să vegheze tot ce se referă la păstrarea sănătății și a vieții private și publice.

Evenimente progresiste au loc în țările române pe parcursul sec. XVIII, când s-au început activități importante de organizare sanitară. În special, se realizează măsuri de poliție sanitară prin înființarea primelor carantine la frontiere, angajarea medicilor de orașe plătiți din buget, popularizarea cunoștințelor de igienă. Sunt prevăzute și măsuri pentru curățenia străzilor, târgurilor și satelor, cercetarea locurilor de alimentație etc.

În anul 1830 au loc două evenimente importante: adoptarea *Regulamentului pentru îmbunătățirea și buna orânduială în poliția Bucureștiului* și instalarea carantinei de-a lungul Dunării. Conform *Regulamentului*, medicii angajați aveau obligații nu numai curative, ci și de inspecție a pieței de produse alimentare, sesizarea aspectelor de igienă publică.

Au apărut primele lucrări medicale în limba română cu caracter de educație sanitară: *Oglinda sănătății și a frumuseții omenești*, scrisă în 1829 de Episcopescu; *Antropologia sau scurtă cunoștință despre om* a lui Pavel Vasici (1930) etc. Activitatea publicistică de igienă este stimulată mult de Iacob Felix, care publică o serie de cercetări privind apa potabilă, băuturile alcoolice etc. în *Monitorul medical*, apoi în *Gazeta medicală*. În această perioadă apar mai multe reviste cu titlurile *Higiena*, *Higiena și școala*, *Higienistul*, în care se popularizau toate ramurile medicinei, inclusiv și igiena cu referire la igiena corporală și a locuinței, la apele minerale etc.

Aproximativ la jumătatea sec. XIX, au fost înființate instituții medicale medii și superioare. Astfel, în 1856 Carol Davilla a înființat la București Școala națională de medicină și farmacie, care în 1867 s-a transformat în Facultatea de medicină; în 1885 ia naștere Facultatea de medicină din Iași. În 1863 a fost fondat Institutul de Chimie Sanitară din București, o serie de instituții spitalicești, iar în 1887 – Institutul de Patologie și Bacteriologie al prof. Victor Babeș. În 1870, la Facultatea de medicină din București a fost fondată prima Catedră de igienă, care a fost condusă pe parcursul a 40 de ani de Iacob Felix.

Perioada orânduirii burghezo-moșierești conține mai multe etape caracterizate mai reușit de legile sanitare din 1874 (Davilla, Fătu, Felix), 1910 (Cantacuzino, Sion) și 1930 (vezi I. Ardelean, 1962). De menționat că problemele sanitare în general, inclusiv cele ale igienei mediului, erau în sarcina Departamentului Internelor și au fost foarte neglijate. Totuși, au fost construite sisteme de aprovizionare cu apă în mai multe orașe.

Cu tot caracterul avansat al legilor și regulamentelor, situația oamenilor a rămas mizeră. În special satul, cartierele muncitorești, condițiile de viață ale muncitorilor și ale țăranilor au fost foarte puțin modificate. Starea de sănătate a populației este precară. Până în anul 1945, mortalitatea infantilă constituia 18-19 %, mortalitatea prin tuberculoză – 170-200 cazuri la 100000 de locuitori; erau sute de mii de pelagroși, gușați. Existau circa 1000000 de sifilitici, 50-60% din copiii de școală erau subnutriți. Durata medie a vieții era în jurul de 42 de ani.

O contribuție deosebită la dezvoltarea igienei în România a adus-o, în primul rând, dr. Iacob Felix, profesor de igienă, care a deținut mai multe funcții în administrația sanitară a statului. Lui îi aparține *Tratatul de igienă publică și poliție sanitară* (volumul I apare în 1870, volumul II – în 1889), în care sunt expuse noțiunile privind igiena atmosferei și a solului, igiena locuințelor, salubritatea satelor și orașelor, cerințele igienice la înhumarea cadavrelor ș. a.



Iacob Felix (1832-1905)

Iacob Felix pune problema înființării laboratoarelor de igienă. El este fondatorul igienei științifice în România, a jucat un rol foarte important în dezvoltarea sănătății publice la sfârșitul secolului XIX, când se pun bazele unei organizări sanitare moderne.

Iacob Felix a scris *Istoria igienei în România în secolul al XIX-lea și starea ei la începutul secolului al XX-lea*. În această lucrare el își expune concepțiile progresiste privind influența condițiilor socioeconomice asupra sănătății populației. Lucrările lui Felix găsesc ecou la studenții din medicină, ceea ce observăm în monografiile pe teme de igienă elaborate de C. I. Istrati, V. Bianu, Șt. Stâncă și alții.

Un mare savant cu renume mondial a fost Victor Babeș (1854-1926), care a activat nu numai ca anatomopatolog și bacteriolog, ci și ca igienist. El a deschis o cale nouă în igienă, promovând cercetarea sistematică chimică și bacteriologică a mediului. Lucrând în Institutul de Patologie și Bacteriologie, V. Babeș a efectuat unele lucrări experimentale originale în domeniul igienei mediului. S-a referit la problemele igienice ale asigurării populației din București cu apă potabilă. El publică rezultatele cercetărilor sale în lucrările *Studiul filtrelor de nisip și apeductului orașului București* (1889), *Asupra unui nou principiu aplicat în sterilizarea apei* (1892). Victor Babeș printre primii în lume propune principiul coagulării cu ajutorul substanțelor chimice. În perioada 1896-1898 efectuează remarcabile cercetări pentru verificarea eficienței aparatelor și a mijloacelor destinate dezinfecției aerului din încăperi.

Realizări importante au fost obținute de cercetătorul Ion Cantacuzino (1863-1934). Fiind preocupat mult de problemele sănătății publice, el contribuie la organizarea și dezvoltarea bazei materiale igienico-sanitare. Cea mai de seamă realizare a lui I. Cantacuzino este înființarea laboratoarelor de igienă în mai multe orașe ale țării.

Învățământul medical are caracteristici pozitive atât la București, unde Catedra de igienă este condusă de Dimitrie Mezincescu (1880-1961), cât și la Cluj prin Catedra de igienă condusă de Luliu Moldovan (1882-1966). Un puternic curent de medicină preventivă a fost creat de Școala de igienă din Cluj. Rezultatele întregii activități ale lui I. Moldovan ca igienist și organizator de sănătate se conțin în *Tratatul de sănătate publică* (1947).

Un aport deosebit de important la dezvoltarea igienei mediului l-au adus de asemenea Catedra de igienă de la Iași, condusă în perioada 1922-1934 de către profesorul Mihai Ciucă (1883-1969), Institutele de igienă din București, Cluj și Iași.

După evenimentele revoluționare din 1944-1948, aspectelor profilactice din activitatea medico-sanitară li se acordă un loc de frunte în toate unitățile de asistență medicală și sanitară. Se înființează rețele medicale pe specialități, inclusiv rețeaua de igienă comunală cu puternice laboratoare și institute de cercetări de igienă și sanitarie publică.

La facultățile de medicină și la Facultatea pentru specializarea medicilor și farmaciștilor iau ființă noi catedre și discipline de igienă, inclusiv de igienă a mediului. Prin intermediul Ministerului Sănătății și al Academiei Române se efectuează importante cercetările științifice în diferitele probleme de igienă, iar cele peste 100 de centre sanitare și antiepidemice regionale și raionale se dezvoltă o intensă activitate de teren, în colaborare cu rețeaua curativ-profilactică.

Doar după 15 ani de activitate s-au înregistrat succese considerabile în ridicarea nivelului de sănătate al populației. S-a redus mortalitatea și morbiditatea populației, sporesc indicii de dezvoltare fizică a copiilor, capacitatea de muncă fizică și mentală a populației muncitoare marchează o îmbunătățire simțitoare.

La rezolvarea marilor probleme de sănătate publică, igiena comunală și-a adus contribuția prin măsuri speciale sau generale de asanare. Statul introduce în toate construcțiile mari realizări pe plan economic și social-cultural, implementează normativele igienice în interesul apărării și promovării sănătății populației.

Exigențele igienice s-au luat în considerare la construcția noilor orașe industriale, la sistematizarea centrelor populate, la construcția locuințelor, la ameliorarea condițiilor igienico-sanitare din stațiunile balneo-climaterice.

O intensă activitate științifică s-a dezvoltat în toate ramurile de igienă, cu rezultate care s-au dovedit de o valoare deosebită pentru practica ocrotirii sănătății și care au fost recunoscute și peste hotare ca o contribuție de seamă la îmbunătățirea patrimoniului științific din acest domeniu.

Lucrări de o deosebită importanță în igiena mediului aparțin remarcabililor profesori Sergiu Mănescu

și Rene C. Duda. Contemporanii medicinei preventive de azi sunt înzestrați cu materiale moderne prezentate în *Tratatul de igienă* în 3 volume (sub redacția lui S. Mănescu, 1984) și în *Sănătate publică și management* (autor R. C. Duda, 1996). Sunt de mare valoare realizările Societății Științifice de Igienă și Sănătate Publică, ale Institutelor de Sănătate Publică, precum și cele ale Autorităților de Sănătate Publică din România.

În **Republica Moldova** istoria dezvoltării științei în genere și a igienei în particular a decurs în funcție de regimurile statale de care țara a fost dependentă. Primele scrieri despre aspectele igienice la noi în țară aparțin anilor '70 ai sec. XVII, când domnitorul G. Ghica aprobă funcția de medic (polițai) orășenesc în Iași, cu dreptul de a deschide o farmacie publică. Se creează *Casa publică*, care conducea și cu problemele sanitariei.

Pe lângă spitale se creau consilii de tutelă (epitropii). Astfel, pe lângă spitalul *Sf. Spiridon* din Iași consiliul era format din reprezentanții curții domnești, ai culturii, monahi, medici care aveau grijă nu numai de activități curative, dar și de realizarea măsurilor de combatere a epidemiilor de boli infecțioase.

Spre sfârșitul sec. XVII – începutul sec. XVIII, în Moldova vin câțiva medici din Rusia: G. M. Orreus, D. S. Samoilovici, Volifingher, I. M. Minderer și alții, care au organizat lupta cu pesta, variola, holera. La Chișinău, în 1813 se creează Direcția medicală orășenească, compusă din 10 persoane, inclusiv un inspector și un medic, cu funcția de a organiza asistența medicală populației și de a populariza cunoștințele medicale. Se construiește primul spital orășenesc (se deschide la 20 decembrie 1816). În 1830 se creează secția de ocrotire a sănătății, se organizează măsuri de igienă a mediului, în special de întreținere a curățeniei străzilor și locuințelor.

Însă toate măsurile întreprinse erau prea modeste. În satele Basarabiei și în Chișinău domnea o stare antisanoitară. Orașele nu aveau apeducte și sisteme de canalizare, străzile nu erau pavate. Apa în Chișinău se căra de la un singur izvor de lângă biserica *Mazarache*.

Activități medicale mai intense se desfășoară doar în sec. XIX, ceea ce se explică prin starea materială grea a populației, practic lipsită de asistență medicală, prin răspândirea multor maladii grave cum ar fi pelagra, pesta, holera, malaria, tifosul exantematic, tuberculoza etc. Au fost elaborate metode de protecție de condițiile nefavorabile exterioare. S-a creat igiena populară cu recomandări privind alegerea locului pentru centrele populate, despre caracterul locuinței, alimentarea cu apă, înhumarea cadavrelor etc.

Un rol important în această perioadă l-a avut C. Vârnav, care în 1836 susține teza de doctor *Prima experiență a fiziografiei Moldovei*, cu caracteristica curativă și profilactică a 332 de plante medicinale din Moldova. C. Vârnav a realizat multe activități pentru cercetarea stării sanitare a ținutului, pentru

descrierea lui medico-geografică, caracteristica medicinei populare, popularizarea cunoștințelor medico-geografice. În scopuri de prevenire a maladiilor infecțioase, savantul recomandă a nu se scălda în iazuri murdare, a nu bea apă din râuri, acordă atenție igienei locuințelor, salubrității centrelor populate, întreținerii în curățenie a curții, străzilor etc.

La sfârșitul anului 1869 în Basarabia ia naștere medicina de zemstvă, care are sarcina de a se îngriji preponderent de populația rurală. În 1872, prin meritul lui T. Ciorba și inițiativa Direcției de zemstvă a guberniei, pe lângă Spitalul de zemstvă a guberniei se deschide Școala de 2 ani de pregătire a felcerilor și moașelor.

În anul 1886, în Spitalul de zemstvă a guberniei a fost creat un cabinet de cercetări analitice și microscopice. Peste un an aici se instalează prima cameră de dezinfectie (etuvă), iar încă peste un an se deschide cabinetul bacteriologic.

La sfârșitul sec. XIX, problema ocrotirii sănătății și combaterii diverselor maladii în Basarabia a trezit interesul multor savanți. Astfel, în 1892, la Kiev apare cartea lui M. Goelison *Orbirea la populația din Chișinău*, în 1893, la Moscova – cartea lui V. Kojuhariov *Cu privire la pelagră*. În anul 1893 apare cartea rectorului Universității din Kiev, A. Korceack-Cepurkovski *Materiale pentru istoria medicinei de zemstvă din gubernia Basarabia*. Aceste publicații conțineau și recomandări igienice, inclusiv privind igiena mediului.

Un deosebit interes trezesc lucrările savanților din Basarabia: A. Coțovschi, I. Șeptelici-Herțesco, M. P. Rașcovici, T. F. Ciorba, I. E. Varzari etc., în care sunt prezentate măsurile de combatere a pelagrei și a altor maladii.

Până la crearea zemstvelor, în Basarabia nu exista un sistem special de măsuri sanitaro-antiepidemice. Responsabili de realizarea acestor măsuri erau medicii din județe și orașe (A. V. Korceak-Cepurkovski, N. A. Doroșevschi, 1893). De aceea, măsurile purtau caracter antiincendiar. Un caracter mai stabil purta doar vaccinarea contra variolei. Concomitent, după proiectul și sub conducerea lui Toma Ciorba se construiește Spitalul de boli infecțioase (1896) și Spitalul militar (1908). Mulți ani T. Ciorba a condus Spitalul de boli infecțioase, realizând importante măsuri curative și profilactice.

În anul 1873 a avut loc primul congres al medicilor de zemstvă a guberniei, apoi au avut loc și alte congrese, la care se discutau probleme organizatorice și sanitaro-igienice, se accentua asupra necesității realizării măsurilor profilactice pentru combaterea maladiilor. Se organiza populația pentru a face curățenie în curți, pe străzi, la locurile de muncă și cele publice. Controlul se efectua de așa-numitele *Detașamente medicale*, care întruneau polițiști, medici, felceri, slujitori ai Bisericii. La multe congrese se discuta despre necesitatea creării unui birou sanitar al guberniei și inițierea funcției de medic-sanitar.

Însă sistemul birocratic de fiecare dată respingea propunerea. Mai mult ca atât, a fost lichidată finanțarea măsurilor de combatere a epidemiilor. Acest fapt a condus la creșterea epidemiei de holeră, ceea ce i-a speriat pe cinovnicii zemstvei și aceștia în 1893 îl invită pe A. V. Korceak-Cepurkovski (activist al zemstvei Herson) să organizeze Biroul sanitar al guberniei și să-l conducă. Acesta s-a inclus activ în lucru, i-a invitat să activeze în birou pe M. P. Rașcovici, lu. A. Katkovski, T. F. Ciorba ș. a., a mobilizat medicii pentru lupta cu infecțiile. Primul medic-sanitar al guberniei A. V. Korceak-Cepurkovski a adus un aport semnificativ în organizarea combaterii epidemiilor de boli infecțioase. Însă cinovnicilor din zemstvă nu le-a plăcut activitatea lui și în 1897 au izbutit plecarea lui și închiderea biroului.

Biroul a fost redeschis doar în 1912, fiind condus de medicul-sanitar V. I. Kopâtov. Propunerile de a crea instituții sanitare în județe și funcții de medici-sanitari, care trebuie să fie igienisți, n-au fost ascultate. La sfârșitul sec. XIX funcții de medic sanitar existau doar în Chișinău (T. F. Ciorba, M. B. Frenchel), Bender (C. Z. Porucic) și Bălți.

Cele 9 congrese ale medicilor de zemstvă (ultimul a avut loc în 1914) au acordat atenție necesității lichidării neajunsurilor în condițiile de trai ale țăranilor, propagării cunoștințelor igienice, creării condițiilor de instruire în școli. De menționat rolul pozitiv al Societății medicilor din Basarabia, la ședințele căreia se citeau lecții, se aduceau informații importante.

În perioada Primului Război Mondial s-a diminuat drastic activitatea tuturor instituțiilor medicale, o mare parte dintre ele au fost lichidate, situația sanitară s-a înrăutățit, puterile medicilor erau prea mici pentru rezolvarea problemelor apărute.

În perioada interbelică (1918-1940) problemele sănătății publice au devenit o prerogativă permanentă a Statului Român, care a reușit să organizeze și să majoreze numărul de instituții medicale. În Basarabia au fost implementate principiile medicinei preventive, manifestate prin crearea unei rețele largi de dispensare, maternități mici, centre de puericultură, stațiuni de deparazitare, băi publice. Concomitent s-au desfășurat activități concrete de asanare în localitățile afectate de diferite maladii. Au fost realizate măsuri vaste de imunizări ale populației: antitifo-paratifice, antiscarlatinoase, contra difteriei, tifosului exantematic, variolei etc.

În anii de după al Doilea Război Mondial, în legătură cu restabilirea și reconstruirea orașelor și comunelor distruse, au căpătat o dezvoltare amplă lucrările în domeniul igienei sistematizării centrelor populate.

În anul 1945, în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău a fost fondată Catedra *Igienă Generală* prin concursul profesorului Cristofor Nicogolian, doctor habilitat în medicină, Om Emerit în

științe. El a condus catedra până în 1957, fiind succedat în funcție de conferențiarul A. Zorin (1957-1960) și profesorul I. Reznic (1960-1979). Concomitent, profesorul I. Reznic era și președintele Societății științifice a igienistilor din republică, membru al direcției Societății igienistilor din URSS.



Iacov Reznic (1902-1979)

În 1963, prin insistența Ministrului Sănătății, profesorului universitar Nicolae Testemițanu, în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău a fost fondată Facultatea de igienă și sanitarie (ulterior Facultatea de medicină preventivă, actualmente Facultatea de sănătate publică). Pe lângă Catedra de igienă generală au luat naștere cursuri didactice de profil: igiena comunală (actualmente igiena mediului) în frunte cu doctorul în medicină, lectorul superior Filimon Avraman, igiena muncii – doctorul în medicină, conferențiarul universitar Vasile Iachim, igiena alimentației – doctorul în medicină, conferențiarul universitar Victor Vangheli, igiena copiilor și adolescenților – doctorul în medicină, conferențiarul universitar Ion Hăbășescu.

Luând în considerație specificul economiei republicii noastre, Iacov Reznic – savant-igienist, profesor universitar, doctor habilitat în științe medicale, Om Emerit în științe al Republicii Moldova – a creat o nouă școală științifică în RM: igiena muncii în agricultură și toxicologia pesticidelor. Sub egida profesorului au fost efectuate mai multe lucrări și susținute teze de doctorat: G. Rudi, 1970; B. Rusnac, 1965; V. Vangheli, 1965; Gh. Sprâncean, 1966; I. Hăbășescu, 1966; V. Gudumac, 1969; N. Bucun, 1970; G. Ivasi, 1970; M. Popovici, 1970; L. Suvac, 1970; I. Diaciuc, 1981; Gh. Ostrofeț, 1978; Gr. Friptuleac, 1979;

Dm. Rusnac, 1981; M. Morari, 1983. Au fost efectuate studii și în domeniul igienei mediului. În special, teza de doctorat a lui Boris Rusnac a fost dedicată problemei răspândirii fluorului în apele Republicii Moldova, impactului asupra sănătății populației și măsurilor profilactice necesare

Au fost publicate peste 800 de articole științifice, 8 monografii, 7 manuale, 35 de elaborări metodice, 4 culegeri cu materiale ale 4 conferințe organizate de colaboratorii catedrei, iar monografia *Igiena muncii în agricultură*, la care au fost coautori Ghenrieta Rudi și Grigore Friptuleac, în 1982 a fost menționată cu premiul *F. Erisman* al Academiei de Științe Medicale a URSS.

Pe parcursul anilor 1979-1994, în fruntea catedrei a activat Ghenrietta Rudi – doctor habilitat, profesor universitar. Din 1994 până în prezent, catedra este dirijată de profesorul universitar Gh. Ostrofeț, care în 2000 și-a susținut teza de doctor habilitat în științe medicale

Pentru buna desfășurare a procesului didactic și prin eforturile colaboratorilor catedrei a fost editat în traducere manualul *Igiena* (autor R. D. Gabovici, 1991) și manualele originale *Igiena* (autori Gh. Ostrofeț, L. Groza, L. Kuznețov, 1994), *Igiena pentru Facultatea Farmacie* (Lilia Groza, Larisa Migali, 1994); *Curs de igienă* (Gh. Ostrofeț, 1998). Pentru studenții torentului rus au fost editate: *Общая гигиена, руководство к практическим занятиям* de Gh. Ostrofeț, H. Rudi, L. Groza, L. Kuznețov, vol.1, 1999, vol. 2, 2000. Au fost publicate toate elaborările metodice destinate studenților.

În anul 2002, catedra a organizat conferința științifică internațională cu tema *Profilaxia – strategia principală a sănătății publice*, iar în 2004 – cu tema *Probleme stringente ale igienei la etapa contemporană*.

Contribuții esențiale la dezvoltarea științei igienice în Republica Moldova a adus Institutul Moldovenesc de Cercetări Științifice în Igienă și Epidemiologie (IMCȘIE), înființat în 1947 pe baza Laboratorului de bacteriologie sanitară. Această instituție, împreună cu Stația Republicană Sanitaro-Epidemiologică (fondată în 1948), a realizat multiple probleme de sănătate publică. În primii ani de activitate tematica științifică includea problemele igienice de sistematizare și amenajare a orașelor și satelor, de estimare a stării sanitare a alimentării cu apă, a habitatului uman etc.

Ulterior savanții Institutului acordă tot mai mare atenție factorilor biogeochimici. În acest context, în anii '60 ai sec. XX, Valentina Strocataia studiază conținutul de iod în sol, apă și produsele alimentare în regiunile cu răspândire largă a gușei endemice. O vastă gamă de cercetări au fost realizate în privința conținutului de nitrați în apa surselor subterane și în produsele alimentare, au fost elaborate măsuri de profilaxie a methemoglobinemiei (A. P. Discalenco, N.

I. Opopol, E. V. Dobreanski). În aceeași perioadă a fost estimată calitatea apei r. Nistru și Prut, s-au elaborat măsuri de prevenire a poluării bazinelor de apă din republică (O. N. Gronic).

În anii '70-'80 ai sec. XX cercetările privind calitatea apelor subterane s-au prelungit. Au fost evidențiate probleme de sănătate a populației legate de supramineralizarea apei potabile (E. A. Cebanu).

În anul 1995, la propunerea Ministerului Sănătății, prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova, IMCȘIE a fost unit cu Centrul Republican de Igienă și Epidemiologie instituindu-se Centrul Național Științifico-Practic de Igienă și Epidemiologie. Ulterior, în 1998, această denumire a fost modificată în Centrul Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă.

Activitatea științifică în această perioadă a fost orientată spre cercetarea stării de sănătate a populației în relație cu calitatea factorilor mediului ambiant (apei potabile, aerului atmosferic, solului). În anul 2001, prin Hotărârea Guvernului Republicii Moldova, a fost elaborat și aprobat *Planul Național de Acțiuni pentru Sănătate în relație cu Mediul* (PNASM). Din 2004 se realizează cercetări cu privire la sănătatea copiilor în relație cu calitatea factorilor mediului.

În 1977, prin integrarea disciplinelor igienice a fost înființată Catedra de igienă a Facultății de igienă și sanitare (actualmente Facultatea de sănătate publică), ceea ce a permis ameliorarea bazei materiale și perfecționarea procesului didactic. Catedra a fost condusă de conferențiarul universitar, dr. Vasile Iachim până în 1986, de conferențiarul universitar, dr. Mihai Ojovanu în anii 1986-1988, de profesorul universitar, dr. habilitat Victor Vangheli. Din 1999 catedra este dirijată de profesorul universitar, dr. habilitat Grigore Friptuleac.

Au fost unificate principiile de elaborare a cursurilor și lucrărilor practice, de redactare a proceselor-verbale, de efectuare a lucrărilor științifico-practice etc. Perfecționarea pregătirii studenților sub aspectul practico-organizatoric în domeniul supravegherii igienice preventive și curente s-a realizat prin subordonatura introdusă în anul 1976, apoi, din 1989 – prin internatură, iar din 1996 – prin rezidențiatul de 2 ani.

În ultimii ani au fost editate o serie de elaborări metodice, materiale didactice, au fost alcătuite manuale și compendii la igiena mediului, igiena muncii, igiena alimentației, igiena copiilor și adolescenților. A fost computerizată testarea studenților și rezidenților.

La Catedra *Igienă* au fost elaborate și susținute 2 teze de doctor habilitat în medicină: V. Vangheli în 1990; Gr. Friptuleac în 2001; 6 teze de doctor în medicină – Dm. Rusnac, în 1981; C. Râmiș în 2001, Raisa Rusu și Eudochia Tcaci în 2003, V. Meșina – 2007; S. Cebanu – 2008. Au fost realizate așa teme științifice ca *Evaluarea igienică a factorilor exogeni*

determinanți în geneza litiazei urinare și elaborarea măsurilor de prevenție a ei (Grigore Friptuleac), *Aspecte igienice ale impactului gradului de mineralizare a apei potabile asupra stării de sănătate a populației*” (Eudochia Tcaci).

În colaborare cu CNȘPMP și CMMP Chișinău, a fost cercetată tema cu privire la selectarea, analiza și evaluarea indicilor relevanți pentru sistemul de monitoring socioigienic. De asemenea, se fac cercetări științifice prețioase în evaluarea stării de sănătate a copiilor în relație cu mediul, în evaluarea stării de sănătate a populației urbane în relație cu calitatea aerului atmosferic etc.

Au fost elaborate o serie de regulamente igienice: *Cerințe privind proiectarea, construcția și exploatarea apeductelor de apă potabilă* (1995); *Cerințe privind calitatea apei potabile la aprovizionarea decentralizată. Protecția surselor, amenajarea și menținerea fântânilor, cișmelor* (1996); *Protecția bazinelor de apă contra poluării* (1997); *buletinul de monitoring ecopedologic Modificarea stării de calitate a solului ca rezultat al utilizării apelor uzate la complexe zootehnice* (1997); *Norme sanitare privind calitatea apei potabile* (2007).

Ulterior au fost elaborate: *Planul Național de Acțiuni pentru Sănătate în relație cu Mediul – 2001, Recomandări igienice cu privire la măsurile de prevenție a litiazei urinare – 2001, Recomandări igienice cu privire la evaluarea calității aerului din încăperi, impactului asupra sistemului respirator și măsurile de profilaxie, Normativele igienice privind reziduurile preparatelor de uz fitosanitar în obiectele mediului.*

Începând cu anii 1995-1997, colaboratorii catedrei au activat în cadrul proiectelor moldo-americe *Estimarea riscului și managementul riscului. Calitatea aerului din încăperi și sănătatea copiilor*; în anii 2003-2005 – în proiectul Uniunii Europene *Promovarea sănătății și profilaxia maladiilor*; pe parcursul anilor 2003-2007 – la realizarea proiectului cu privire la încălzirea globală și adaptarea sănătății umane în corespundere cu cerințele Convenției-Cadru a Națiunilor Unite privind Schimbările Climatice.

În anul 1992 a fost fondată Catedra *Igienă și Epidemiologie* a Facultății de perfecționare a medicilor în frunte cu Nicolae Opopol – doctor habilitat în medicină, profesor universitar, membru-corespondent al Academiei de Științe din Moldova. Corpul didactic al acestei catedre activează cot la cot cu colaboratorii Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă și cu celelalte catedre de igienă, rezolvând probleme importante pentru sănătatea populației în relație cu mediul. De menționat conferințele științifico-practice *Sănătatea populației în relație cu mediul*, organizate prin concursul președintelui Societății igieniştilor din Republica Moldova N. Opopol.

Colectivele catedrelor au inițiat și organizat conferințe științifice tematice, congrese ale igieniştilor, participă la lucrările comisiilor de problemă, colaborează cu instituțiile științifice și universitare din București, Iași, Timișoara, Târgu-Mureș, Arad

(România), Kiev (Ucraina), Permi, Moscova (Federația Rusă); Norfolk (SUA), Paris (Franța), de asemenea din Belarusi, Grecia etc.

Sarcina de bază a catedrelor de igienă, a CNȘPMP, a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat la ora actuală rămâne dezvoltarea de mai departe a științei igienice, implementarea reformelor organizatorice și a metodelor avansate de supraveghere preventivă și curentă a sănătății populației și factorilor determinanți în corespundere cu prevederile Politicii Naționale de Sănătate și cu cerințele OMS și UE; perfecționarea în continuare a procesului didactico-metodic, elaborarea și implementarea priorităților în activitatea științifică și practică, a metodelor eficiente de estimare a riscurilor majore pentru sănătate, de ocrotire a sănătății populației, de profilaxie a maladiilor. Una dintre condițiile necesare de dezvoltare a igienei mediului este implementarea în deplină măsură a sistemului de sănătate publică, a mecanismelor de mobilizare a potențialului tuturor ministerelor, departamentelor, administrației publice centrale și locale, mișcărilor politice, organizațiilor nonguvernamentale, populației pentru realizarea sarcinilor de bază privind ocrotirea sănătății umane, determinate de factorii mediului ambiant.

Bibliografie

1. *Curs de medicină socială*. Sub red. V. Comes, Cluj-Napoca, Litografia IMF, 1974, 338 p.
2. *Igiena generală și comunală*. Sub red. I. Ardelean, București, Editura medicală, 1962, 563 p.
3. *Institutul Moldovenesc de Cercetări Științifice în domeniul Igienii și Epidemiologiei la 40 de ani, în Ocrotirea sănătății*, 1987, nr. 6, p. 55-57.
4. Mănescu S., Barnea M., Dumitrache S. ș. a. *Igiena*, București, Editura didactică și pedagogică, 1980, 387 p.
5. Mănescu S., Dumitrache S., Cucu M., Fuiuogă E., *Igiena mediului*, București, Editura medicală, 1981, 304 p.
6. Opopol N., Volneanschi A., Calin V., *Realizările științifice în igienă și epidemiologie ale Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă la 50 de ani de la constituire*, în Materialele conf. consacrate jubileului de 50 de ani ai Centrului Național Științifico-Practic de Medicină Preventivă, Chișinău, 1998, p. 7-11.
7. *Tratat de igienă*, Sub red. S. Mănescu, vol. 1, București, Editura medicală, 1984, 698 p.
8. *Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu” la 60 de ani*, Chișinău, CEP Medicina, 2005, 448 p.
9. Акулов К. И., Буштуева К. А., Гончарук Е. И. и др., *Коммунальная гигиена*, Изд-во Медицина, Москва, 1986, 607 с.
10. Марзеев А. Н., Жаботинский В. М., *Коммунальная гигиена*, Изд-во Медицина, Москва, 1968, 519 с.
11. Марзеев А. Н., Жаботинский В. М., *Коммунальная гигиена*, Изд-во Медицина, Москва, 1979, 574 с.
12. Попушой Е. П., *Очерки истории медицины и здравоохранения Молдавии*. Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Кишинев, 1980, 409 с.

Prezentat la 30.09.2008

COMBATEREA MALARIEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Petru IAROVOI,
Centrul Național Științifico-Practic
de Medicină Preventivă

Malaria reprezintă o boală socială de natură infecțioasă, ce se caracterizează prin accese periodice de febră care istovesc și anemizează la maximum organismul. Este o infecție care în Basarabia și-a făcut veacuri de-a rândul cuib pe cursul inferior al râurilor Prut, Nistru, Răut și Bâc, afectând fără milă, an de an, zeci de mii de oameni și secerând mii de vieți.

Malaria, probabil, e cea mai veche maladie cunoscută și descrisă pe parcursul mileniilor. În mai multe publicații ale unor istorici și medici se menționează că în Grecia malaria avea o răspândire de proporții fără precedent în secolul al IV-lea î.e.n., în China a fost descrisă în anul 2700 î.e.n. Observațiile empirice și cercetările științifice în istoria căutării și cunoașterii etiologiei, căilor de transmitere, diagnosticării, tratamentului și profilaxiei malariei enumeră multe secole.

În epoca lui Pericle (495-429 î.e.n), în mai multe relatări literare sunt semnalate prejudicii enorme aduse de malarie, inclusiv depopularea orașelor și provinciilor. Primul care a descris simptomele principale ale malariei a fost Hipocrate (460-377 î.e.n). În tratatul medical *Susruta* sunt descrise simptomele caracteristice malariei și sunt expuse primele păreri că ea se datorează înțepăturilor unor insecte, fapt ce a servit ca motiv pentru mulți scriitori romani să trateze malaria ca boală din preajma mlaștinilor rău mirositoare, de unde și denumirea bolii (*mal'aria* – boala de “aer rău”). Mult mai târziu, în 1880, medicul-chirurg al armatei franceze în Algeria Sare Lui Alfons Laveran primul a depistat în sângele bolnavului paraziții malarici – descoperire ce a fost nominalizată cu Premiul Nobel în anul 1907. În anul 1886, neurofiziologul italian Comillo Goldji a descris două forme ale malariei – *tertian* și *quartan*, ca rezultat al celor două forme de evoluție a ciclului biologic al paraziților (Premiul Nobil în 1906). Cercetătorii italieni Giovanni Batista Garsia și Raimondo Filetti au descoperit aceste două forme – *Plasmodium vivax* și *Plasmodium malareae*; în 1897 americanul William H. Wallich diferențiază a treia formă – *Plasmodium falciparum*, iar în 1922 Jon Wilam Wotson Stephanes descrie al patrulea parazit malaric – *Plasmodium ovale*. Aceste patru protozoare, care fac parte din clasa *Sporozoare*, familia *Plasmodide*, genul *Plasmodium*, sunt considerate și astăzi agenți patogeni ai malariei umane. Sunt cunoscute și alte specii – *P. knowlesi*, *P. cynomolgi*, *P. brasilianum* –, considerate agenți patogeni ai malariei la animale. Tot în acești ani (1897-1898), ofițerul britanic al serviciului medical în India, Ronald Ross, a demonstrat că agenții patogeni ai malariei pot fi transmiși prin țânțari și a fost nominalizat la Premiul Nobel în 1902. În 1898-1899, sub conducerea lui Giovanni Batista Garsia, cercetătorii italieni Amico Bignami și Guzepppe Bastianelli dovedesc experimental că malaria umană se transmite de la om la om de țânțarii *Anopheles* [4].

Malaria a fost una dintre cele mai răspândite boli infecțioase în Basarabia pe parcursul a sute de ani. Conform datelor statistice, în anul 1910 au fost înregistrate 89 450 cazuri [4], în 1934-1939 anual se înregistrau circa 90000 de bolnavi (în anul 1938 – 96 000 cazuri) sau 2 500 cazuri la 10000 populație, boala având consecințe grave social-umane – anual în urma malariei decedau 300 și mai mulți bolnavi [5].

Malaria a fost una dintre cele mai răspândite infecții în Moldova. Adevăratele proporții ale prejudiciilor aduse sănătății populației sunt greu de apreciat, deoarece date, mai ales complete, cu privire la numărul de bolnavi și morți de

Summary

Wrestling with malaria in the Republic of Moldova

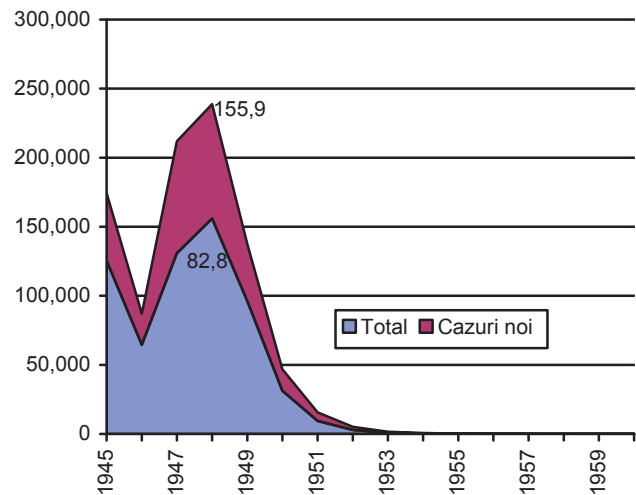
The article presented from the historical point of view the morbidity of malaria in the Republic of Moldova in the XIX centuries and undertaken social and medical efforts to eradicate this infection beginning with 1948 year. There a mentioned the possibilities of importation this infection.

această boală în timpul războiului și în primii ani de după război nu s-au păstrat. Putem doar presupune că în această perioadă se îmbolnăveau anual de malarie sute de mii de oameni. Facem aceste presupuneri pe baza numărului de persoane care s-au adresat după asistență medicală. Astfel, în cursul anului 1945 au solicitat asistență medicală 126 733 de bolnavi de malarie (vezi anexa).

Deoarece în legătură cu morbiditatea prin această boală în perioada războiului se crease o situație extrem de grea, deja în octombrie 1944 și-a început activitatea Stația republicană de combatere a malariei. A fost cea de-a doua instituție specializată de nivel republican, care avea menirea să asigure realizarea complexului de măsuri antimalarice. În anul 1947, când rețeaua de instituții sanitare a devenit mai ramificată, a crescut numărul de medici și a lucrătorilor medicali de la sate, după ajutor medical s-au adresat mai mulți bolnavi decât în anul 1945 – 130856 sau 595 la 10000 de locuitori. În anul 1948 au fost adoptate măsuri suplimentare de combatere a malariei. Ministerul Ocrotirii Sănătății al URSS trimite în ajutorul organelor locale ale ocrotirii sănătății echipe speciale de medici și o grupă a Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Malariei, parazitologiei medicale și helmintologiei. Au fost de asemenea întreprinse măsuri energice de completare a instituțiilor curativ-profilactice cu cadre și de pregătire a lor în vederea combaterii malariei; au fost lărgite considerabil numărul și calitatea măsurilor antiepidemice, la realizarea lor fiind mobilizate și alte ministere și departamente ale republicii. 1948 devine astfel anul declanșării ofensivei în masă împotriva malariei. Planul complex de combatere a maladiei prevedea înfăptuirea următoarelor măsuri de bază:

- 1) depistarea activă a bolnavilor și a purtătorilor de paraziți de malarie;
- 2) tratarea tuturor pacienților și a purtătorilor de paraziți depistați;
- 3) înfăptuirea unei chimioprofilaxii individuale și sociale;
- 4) realizarea unui complex de măsuri de luptă cu vectorii bolii, printre care un accent deosebit ce punea pe: a) nimicirea țânțarilor din încăperi și a larvelor de țânțari din bazinele de apă; b) micșorarea și lichidarea locurilor de înmulțire a țânțarilor *Anopheles* prin intermediul unor lucrări hidrotehnice mici și de proporții.

În 1948 și în anii următori, în aceste direcții a fost înfăptuit un mare volum de lucrări, principalul scop fiind depistarea bolnavilor și a purtătorilor de paraziți. În cursul anului 1948 s-a reușit să se înregistreze un număr de 155926 de bolnavi, inclusiv 82813 de persoane noi care au fost imediat supuse tratamentului (vezi *diagrama*).



Morbiditatea prin malarie în Republica Moldova în anii 1945-1960.

Pentru a oferi o imagine a gradului de infectare a populației Moldovei cu agenți patogeni ai malariei, vom menționa că în timpul cercetării de laborator a 488789 de persoane, întreprinse în anul 1949, s-a constatat că aproape fiecare a 6-a persoană examinată purta agenți patogeni.

Concomitent cu tratarea bolnavilor și a purtătorilor de paraziți depistați, se înfăptuiau pe larg și măsuri de chimioprofilaxie. Astfel, în 1947 chimioprofilaxiei individuale au fost supuși 237842 de persoane, în 1949 – 230417. Proporțiile și intensitatea acestei munci s-au menținut la același nivel înalt și în anii următori. În 1950 procesul de tratament sistematic cuprindea peste 3,5 mii de persoane, tratamentul contra recidivelor – 131858 și chimioprofilaxia socială – 156619 persoane.

Eforturi și mijloace importante au fost orientate spre combaterea vectorilor. Astfel, în 1948 a fost întreprinsă o tratare de protecție cu DDT, cu un mare efect epidemiologic, a încăperilor și cu hexacloran a zonelor din preajma râurilor și a iazurilor. În anul următor, astfel de lucrări s-au înfăptuit în zona bălților de pe cursurile inferioare ale râurilor Prut și Nistru, având ca scop protecția unei populații de 50000 de persoane. Sunt supuse tratării cu soluții speciale bazinele de apă, precum și o zonă de 3-5 km din jurul lor. În acest scop se aplică pe larg pulverizarea din avion. Pentru asanarea locurilor de înmulțire a țânțarilor se efectua pe larg secarea și acoperirea bazinelor de apă și a spațiilor înmlăștinite, care nu prezentau nici o importanță din punct de vedere economic. Bazinele de apă de interes economic erau supuse unor reamenajări hidrotehnice radicale prin curățarea de mâl și vegetație, pe calea adâncirii sau a lichidării locurilor neadânci. În total, în curs de zece ani (1947-1957) au fost înfăptuite următoarele lucrări hidrotehnice: s-au desecat, acoperit și curățat respectiv 1145,74 și 1358 ha de bazine de apă și terenuri de apă de mică adâncime.

În cursul luptei cu vectorii malariei, din 1946 până în 1960 s-au înfăptuit: a) lucrări hidrotehnice de proporții mici pe o suprafață de 4009,78 ha; b) tratarea încăperilor pe o suprafață totală de 88 070,6 mii de hectare; b) tratarea directă a bazinelor de apă pe o suprafață de 91021,7 ha; c) pulverizarea din avion pe o suprafață de 504366 ha [5].

Măsurile antimalarice înfăptuite și-au găsit o reflectare imediată în scăderea nivelului morbidității populației prin malarie. Astfel, în anul 1949 se înregistrează 96101 cazuri de malarie, inclusiv 41323 de cazuri noi, adică de 2 ori mai puțin decât în anul 1948, când s-au constatat 82813 cazuri noi. În anul următor, numărul bolnavilor scade de trei ori – până la 31251, dintre acestea numai 15601 sunt cazuri noi (vezi anexa). De menționat că în 1950 numărul stațiilor antimalarice în republică atinge cifra de 63 și, prin urmare, lupta cu maladia a devenit și mai eficace. În următorii trei ani morbiditatea prin malarie înregistrează o scădere bruscă, în 1953 fiind depistate doar 890 de cazuri, inclusiv noi – 756. Deoarece în anul 1954 în majoritatea raioanelor din Moldova n-au fost înregistrate cazuri de malarie, iar în câteva raioane au fost depistate cazuri rare – până la 237 de bolnavi noi, anul 1953 se consideră an al lichidării în Moldova a malariei ca boală de masă, iar anul 1960, când a fost înregistrat ultimul caz de malarie, se consideră ca an al lichidării malariei pe teritoriul republicii. Acest fapt a fost confirmat prin datele de laborator, obținute în urma unei examinări medicale a populației locale întreprinse în 1960, care indica faptul că printre cele 104944 de persoane examinate în vederea descoperirii malariei în 1955 și cele 63 859 examinate în 1960 a fost depistat un singur purtător de paraziți. O imagine mai limpede a dinamicii morbidității prin malarie și a succeselor obținute în combaterea ei în Republica Moldova este prezentată în diagramă [5].

Deși am menționat că anul 1960 a fost considerat anul de lichidare a cazurilor de malarie autohtonă, această situație încă nu poate fi considerată o eradicare a malariei în Republica Moldova, dat fiind faptul că în lume mai sunt circa 100 țări endemice în care, conform ultimelor date ale CDC, anual se înregistrează 350-500 milioane de cazuri de malarie, dintre care mai mult de un milion decedează, majoritatea din ei copii de vârstă fragedă din Africa de Sud. [6] Conform altor informații anual se îmbolnăvesc aproximativ 500 milioane de oameni, cauzând decesul a 3 milioane. [3].

Datorită activizării migrației panmondiale umane, în ultimii ani în Republica Moldova crește numărul de cazuri de malarie, în majoritatea lor de import. Dacă în anii '90 ai secolului trecut anual se înregistrau cazuri unice (1-8 cazuri), începând cu anul 2000 numărul crește de la 27 până la 47 de cazuri în 2007. Majoritatea sunt depistate la persoane autohtone venite de la diferite munci din Sudan, Camerun, Congo, Angola, Guineea Ecuatorială, Irac, Afganistan, Federația Rusă. [1, 2]

Ținând cont de faptul că în Republica Moldova vectorul principal de transmitere a malariei – țânțarii din genul *Antofeles* – continuă să ne însoțească în activitatea habituală, precum și de lipsa imunității contra malariei, nu sunt excluse erupții minore al acestei maladii. Reieșind din cele expuse, rămâne să luăm măsuri antiepidemice, în special examinarea clinică și de laborator a persoanelor sosite din zonele endemice, întru depistarea precoce a persoanelor infectate, spitalizarea și tratarea lor.

Anexă

Morbiditatea prin malarie în Republica Moldova (cazuri absolute)

Anii	Total	Cazuri noi	Anii	Cazuri noi
1945	126 733	48 973	1984	42
1946	64 527	22 552	1985	53
1947	130 856	81 065	1986	40
1948	155 929	82 813	1987	23
1949	96 101	41 323	1988	33
1950	31 251	15 601	1989	25
1951	9 417	6 177	1990	?
1952	2 882	2 271	1991	7
1953		756	1992	1
1954		237	1993	1
1955		110	1994	1
1956		43	1995	2
1957		6	1996	8
1958		4	1997	2
1959		1	1998	4
1960		1	1999	1
1961		1	2000	27
1962		1	2001	16
1963		0	2002	26
1964		2	2003	22
1965		1	2004	5
1966-1971		5	2005	20
1972-1982		?	2006	15
1983		34	2007	47

Notă: Au fost consultate materialele Arhivei Naționale a Republicii Moldova, Arhivei CNȘPMP. Începând cu anul 1953 date privind total cazuri (adresări) nu au fost găsite.

Bibliografie

1. Anualele statistice "Starea sanitaro-igienică și Epidemiologică în Republica Moldova" pentru anii respectivi.
2. Anualele statistice "Starea sanitaro-igienică și Epidemiologică în Republica Moldova" pentru anul 2007, p. 27.
3. Chiotan Mircea, *Boli infecțioase*, București, 2002, p. 572.
4. Vezi www.CDC.org
5. История борьбы с малярией, древней болезнью, <http://www-cdc-gov-malaria>.
6. Яровой П. Боль ынвинсе, Кишинэу, 1980.

GHEORGHE RUSSU,
director general al Companiei Naționale
de Asigurări în Medicină

Omagiu la 70 de ani



Gheorghe Russu s-a născut la 25 octombrie 1938 într-o familie de țărani gospodari din s. Chetriș, r-l Fălești, situat în lunca Prutului. A absolvit școala de cultură generală din s. Bolotino, r-l Glodeni, iar mai apoi – Școala de mecanizatori din s. Ciuciulea, același raion. În anul 1958 a fost recrutat ca militar în or. Lvov, Ucraina. După mai multe căutări, alege calea medicinei, pe care o urmează și astăzi cu dăruire de sine.

Încântat de frumusețea orașului Lvov, își face studiile la Institutul de Medicină, pe care l-a absolvit în anul 1967. Pe parcursul studiilor activează în calitate de asistent medical în cadrul Comitetului Regional al Crucii Roșii. Acordând ajutor celor suferinzi, s-a pătruns de măreția profesiei pe care și-a ales-o.

După absolvirea Institutului, domnia sa a lucrat 3 ani în Spitalul raional Zastavna, regiunea Cernăuți, în funcția de medic-șef adjunct și specialist principal pe probleme de pediatrie.

În anul 1970 dl. Gh. Russu revine în republică, angajându-se

în sistemul ocrotirii sănătății al municipiului Bălți, unde a activat 5 ani în funcție de șef de secție pediatrie, medic-șef adjunct al spitalului de copii și pediatru principal în cadrul Direcției sănătății a Executivului Bălți.

În această perioadă s-au evidențiat capacitățile sale organizatorice și profesionale. Astfel, în anul 1975 este transferat la Ministerul Sănătății în funcție de șef Direcție Ocrotirea Sănătății Mamei și Copilului, contribuind la îmbunătățirea indicatorilor principali ce țin de morbiditatea și mortalitatea copiilor. În republică a fost creată rețeaua de alimentare a copiilor de diferite vârste, s-au consolidat structurile de prestare a serviciilor de profilaxie și tratament atât în condiții de ambulator, cât și de staționar, se dezvoltă terapia intensivă în domeniu și cea specializată.

În anul 1983 Gh. Russu este numit în funcția de medic-șef al Centrului Mamei și Copilului, unde reușește să creeze o bază tehnico-materială de performanță. În anul 1989, câștigând în concurența dură pe sectorul electoral național 260 Botanica, municipiul Chișinău, a fost ales în calitate de deputat al poporului al URSS.

În anul 1993 i se încredințează Biroul de statistică sanitară și informație care, sub conducerea dlui Gheorghe Russu devine ulterior Centrul Științifico-Practic *Sănătate Publică și Management Sanitar*.

Anii '90 ai secolului trecut au pus la grea încercare sistemul național al sănătății, care s-a pomenit în impas din cauza crizei financiare profunde. În situația creată, s-a luat decizia privind implementarea principiilor fundamentale ale asigurărilor obligatorii de asistență medicală. Astfel, prin Hotărârea Guvernului nr. 950 din 07.09.2001 este constituită Compania Națională de Asigurări în Medicină, iar prin Hotărârea Guvernului nr. 254 din 01.03.2002 dlul Gheorghe Russu este numit director general al acestei Companii. Începând cu 01.07.2003, dl Gh. Russu implementează cu succes asigurările obligatorii de asistență medicală în raionul-pilot Hâncești, iar la 01.01.2004 asigurările medicale au fost extinse pe întreg teritoriul republicii. Ca urmare, în RM s-a creat un sistem nou de sănătate, bazat pe solidaritate și echitate socială, fapt ce a condus la sporirea accesibilității serviciilor medicale în volum necesar și de calitate.

Autorul și promotorul implementării acestor asigurări este și va rămâne dl Gheorghe Russu, care a dat dovadă de voință imensă, spirit de conducător competent, capacități organizatorice incontestabile, responsabilitate și devotament cauzei.

Stimate coleg, Vă felicităm cordial cu jubileul frumos de 70 de ani și Vă dorim multă sănătate, prosperitate, stima și susținerea colegilor și realizării remarcabile într-o prosperare și bunăstare a poporului.

La mai mult și la mai mare!

Colegiul de redacție

PETRU MOROZ,

doctor habilitat în medicină, profesor universitar,
șef al Catedrei *Ortopedie, Traumatologie, Chirurgie și
Anesteziologie Pediatrică*

Omagiu la 70 de ani



În 1938, la 12 iulie sau în luna lui cupTOR
În familia Moroz s-a născut un Petrișor,
Barza albă a adus scumpul mamei odoraș,
Ce semăna la chip cu-n adevărat îngerăș!
Frageda copilărie i-a trecut în vremuri grele,
Ani de război, secetă, foamete și alte rele.
Tăticul Toader, mobilizat la război, a fost rănit
Și invaliditate de gradul întâi i s-a conferit,
Iar fratele Ștefan pe câmpul de luptă a decedat
Și în orașul Bixta din Letonia a fost înmormântat.
Tatăl micuțului Petrică mereu îi povestea
Despre greutățile de pe front și din spital ce le-ntâlnea!
Petrică la toate nevoile a rezistat
Și din ele cu greu, dar a scăpat.
Părinții îndemnându-l întotdeauna la învățat,
Șapte clase în satul labloana cu mențiune a finisat!
Ulterior școala medie din raionul Glodeni a urmat,
Apoi actele la Facultatea *Pediatrică* le-a-naintat.

Petru în 1961 studiile cu mențiune le-a finisat,
Ca medic-ordinator, apoi șef Secție ortopedo-neurologie în Sergheevka a activat.
Cu Petrică chiar din primul an de studii ne-am împrietenit,
Deoarece trei ani împreună într-o odaie în cămin am trăit.
Era un student deștept, stăruitor și la nevoie săritor,
Mai ales când aveai nevoie de vre-un ajutor!
Fiind student, cercetări în cercul studentesc de chirurgie a efectuat,
Ba chiar și o lucrare științifică la Tbilisi a publicat.
În 1963 specializarea primară în ortopedia pediatrică la Institutul din Harkov a urmat;
În 1963-1966 studiile în doctoratură la ICTO din Moscova le-a efectuat.
În 1966 doctoratura, cu susținerea tezei de doctorat cu succes, a finisat
Și în calitate de asistent universitar la Catedra *Chirurgie pediatrică* a ISM din Chișinău a fost angajat
Ulterior 21 de ani în același post la Catedra *Traumatologie, Ortopedie și Chirurgie de Campanie* a activat,
Iar în 1988 a susținut strălucitor teza de doctor habilitat.
În 1989 titlul de profesor universitar i s-a conferit
Și în acest post la Catedra *Chirurgie Pediatrică* a fost numit.
Un an ca șef de curs de ortopedie, traumatologie, chirurgie și anesteziologie pediatrică la FPM a activat,
Care din 1997 în catedra cu același nume și șef s-a transformat.
Domnia sa are peste 240 de lucrări științifice publicate,
Inclusiv două monografii de specialitate.
În timpul anilor ce s-au perindat
34 de invenții și 83 de inovații a acumulat,
Pentru care, pe bună dreptate, poate fi felicitat!
A dirijat cu 4 teze de doctorat,
Altele două fiind în stadiul aproape finisat.
În 2002 a devenit fondatorul și primul președinte al Societății de ortopedie pediatrică din R. Moldova,

Unde activează mai mult cu fapta decât cu vorba!
Pe scara ierarhică omagiatul s-a urcat încet,
Deși permanent a fost un om ager și excelent.
În schimb, de fiica Argentina mult s-a bucurat,
Când a susținut la aceeași specialitate teza de doctorat
Și ulterior rapid titlul de conferențiar i s-a acordat.
Pentru succesele obținute în activitatea de invenție și raționalizare
A fost distins cu multiple de aur, argint și de bronz medalii,
Însă de tânărul nostru stat
Numai cu medalia *Meritul civic* a fost decorat,
Ceea ce e foarte puțin, drăguță frate,
Pentru astfel de prodigioasă activitate!

Domnule profesor, azi ne rugăm lui Dumnezeu să-ți dea sănătate,
Iar șefilor – iertare de păcate!
Sperăm că meritele tale vor fi mai apreciate
Și bunul Dumnezeu îți va face mai multă dreptate!
La mulți și rodnici ani, dragă bădie,
Fii mereu un Luceafăr în pediatria traumatologie și ortopedie!
Soția, fiicele și nepoții la mulți ani să-ți trăiască
Și Dumnezeu întreaga familie Moroz de medici s-o ocrotească!
În acest an pentru voi jubiliar
Ridicăm toți cu vin câte un pahar!
La mai mult și la mai mare,
S-aveți înaintea numai zile cu soare!

12.07.2008

Constantin Andriuță,
prieten, coleg de studii și profesor universitar la Catedra *Boli infecțioase,*
tropicale și parazitologie medicală, Om emerit al Republicii Moldova

MIHAI MOROȘANU – OMUL CARE
ÎNFRUMUSEȚEAZĂ LOCUL

Omagiu la 60 de ani



A vorbi despre o personalitate, a scrie despre meritele și faptele sale este o datorie a celor care au fost martorii vieții acestei personalități. Brazdele adânci ale muncii pline de abnegație dau roade frumoase, de care se pot bucura cei din preajmă.

Născut într-o familie de țărani, Moroșanu Ion și Moroșanu Elizaveta, din satul Sevrova, r-ul Florești, la 1 septembrie 1948, Mihai Moroșanu a parcurs 6 decenii ale vieții cu un devotament mare pentru neam, pentru colegi și prieteni, pentru sarcinile și responsabilitățile puse pe seama lui. Rămâne orfan la doar 2 ani, crescând alături de mama sa, la care ține mult și astăzi.

Absolvește cu mențiune, în anul 1963, școala generală (8 clase) din satul natal. Între 1963 și 1966 își continuă studiile (11 clase) la școala medie din satul Bujor, r-ul Hâncești, pe care o absolvește cu medalie de aur. Susținând doar un examen de înmatriculare (la fizică) la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, devine student al acestei instituții de învățământ superior.

În anii de studenție, alături de alți colegi (Aurel Grosu, Andrian Tănase, Valerii Rotaru), înființează primul ansamblu de muzică ușoară al Institutului, al cărui solist a fost. De asemenea, s-a manifestat ca un activist al facultății.

În anul 1972 absolvește Institutul cu diplomă roșie (mențiune) și este înrolat, împreună cu alți 40 de colegi, în rândurile Armatei Sovietice. Din 1973 până în 1975 a îndeplinit funcția de șef al serviciului medical al unui regiment de artilerie din or. Kaliningrad, Rusia. Rezultatele activității medicale printre ostașii Armatei Sovietice au fost menționate de nenumărate ori de comandanți. În perioada 1975 – martie 1977, după demobilizare, activează ca terapeut de sector la policlinica nr. 2 din or. Bălți. Doar într-un an și jumătate de activitate a reușit să cucerească respectul și prețuirea pacienților, rudelor lor și colegilor din spital.

În martie 1977 este numit medic-șef al Dispensarului psihoneurologic din or. Bălți, unde activează până în octombrie 1985. În cei 8 ani de gestionare a Serviciului psihoneurologic a înființat, organizat și dirijat serviciul narcologic al or. Bălți, a ridicat performanța colectivului; a implementat psihoterapia în tratamentul nevrozelor, alcoolismului. Tot atunci și-a început activitatea științifică, publicând primele articole în anul 1981. Pentru rezultate remarcabile, în 1982 a fost menționat cu insigna *Eminent al ocrotirii sănătății din URSS*, cu alte distincții de stat, diplome și premii. Datorită succeselor obținute, în octombrie 1985 este promovat în funcția de medic-șef a Dispensarului narcologic republican nou-fondat.

Începând cu anul 1986, organizează dispensarele narcologice din or. Bălți, Bender și Tiraspol, spitalele din Dermendji, Pavlovca, Suruceni. Continuă activitatea științifică prin publicarea articolelor și tezelor în diferite reviste de specialitate unionale.

În octombrie 1992, este numit viceministru al sănătății al RM, iar în decembrie 1993 – în funcția de director general al Asociației Curativ-Sa-

natoriale pe lângă Cancelaria de stat a RM, structură nou-fondată, la cerințele vremii, pentru protejarea patrimoniului structurilor medicale aflate pe teritoriul Ucrainei. Pe parcursul a 3 ani a organizat 4 foruri științifice internaționale în cadrul ACS a RM., a publicat peste 15 lucrări științifice, a îmbunătățit baza tehnico-materială a celor 8 instituții medicale din subordine, a implementat noi forme și metode de lucru, de management, de activitate economică a structurii pe care a condus-o.

În 1997 susține teza de doctor în medicină, sub conducerea eminentului om de știință, academicianului, profesorului universitar, d.h.m. Eugen Popușoi. Din 1998 până în 2002 activează în funcția de vicerector, director al Departamentului *Medicină* la ULIM, perioadă în care a inițiat deschiderea Facultății de psihologie, a introdus noi forme de lucru, a îmbunătățit managementul Departamentului.

Din septembrie 2002 activează în cadrul USMF N. *Testemițanu* în funcția de conferențiar universitar la Catedra *Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină*. Pe parcursul ultimilor 6 ani a dezvoltat o fructuoasă activitate științifică, didactică și organizatorică în cadrul catedrei. Are publicate circa 90 de lucrări științifice, inclusiv o monografie, un îndrumar metodic și peste 40 de articole în reviste și culegeri de materiale la diverse foruri științifice.

M. Moroșanu este o personalitate erudită, cu calități profesionale deosebite, cu o mare putere de convingere, are poziții proprii pe care le poate argumenta, cunoaște bine psihologia, deține calități carismatice de organizator, având o logică temeinică, inițiativă și creativitate. De asemenea, este un pedagog iscusit, ține prelegeri și duce lecții practice la un nivel înalt, este exigent și corect. Se bucură de autoritate bine meritată printre studenți și colegi.

Colectivul catedrei apreciază mult aportul Domniei Sale în succesele obținute de catedră și îi dorește multă sănătate, prosperitate, realizări remarcabile în viitor, stima și dragostea prietenilor și celor apropiați. La mulți ani!

Constantin Ețco,
șef catedră

STIMAȚI CITITORI,

Consiliul Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică a inițiat procesul de evaluare a tuturor revistelor științifice din R. Moldova, cu obiectivul de a le clasifica în câteva categorii, conform unui chestionar special, și de a crește impactul cercetărilor științifice din țară asupra comunității internaționale.

Revista *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină* a intrat în procesul de evaluare și face parte din grupul revistelor recunoscute de Consiliul Național pentru Acreditare și Atestare din ianuarie 2004.

Evaluarea este un proces continuu și, prin urmare, colegiul de redacție al publicației noastre va milita pentru îmbunătățirea continuă a calității articolelor publicate.

Paginile revistei sunt deschise tuturor celor care doresc să-și prezinte rezultatele lucrărilor realizate, sugestiile, ideile, punctele de vedere în oricare dintre domeniile sănătății publice și ale managementului sanitar.



RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

Lucrările prezentate vor fi scrise pe foi de format A4, Times New Roman, 12, în Word 2003, la 1,5 intervale, cu câmpul de 2,5 cm pe toate laturile, folosindu-se o singură față a hârtiei.

Foaia de titlu va conține titlul lucrării, prenumele și numele autorului (autorilor), titlul/gradul științific, instituția unde a fost elaborată lucrarea.

Lucrările în limba română vor fi însoțite de rezumate în limba engleză și rusă, articolele în limba rusă – de rezumate în română și engleză, iar cele în limbile engleză și franceză – de rezumate în română și rusă, având un volum de până la 150-200 cuvinte fiecare, pe foi aparte.

Textul articolelor experimentale sau clinice cu un volum de până la 13 pagini și a publicațiilor scurte va include: introducere, metode și materiale, rezultatele obținute, discuții, concluzii și referințe bibliografice. Publicațiile medico-sociale, referatele și materialele cu tematică farmaceutică nu vor depăși 20 de pagini și vor conține cel mult 50 de referințe. Materialele informative – ordine, hotărâri ale Colegiului Ministerului Sănătății, programe naționale, hotărâri de guvern și legi din domeniul sănătății – vor fi publicate integral.

Materialele ilustrative (fotografii, desene, tabele, figuri, scheme, diagrame), într-un număr minim, vor conține numărul în ordinea în care sunt citate în text, denumirea articolului, numele primului autor, marginea superioară va fi marcată cu săgeată și nu vor fi prezentate în text, ci atașate lucrării. Se acceptă numai desene realizate în tuș negru sau în variantă electronică negru-alb, fotografiile realizate pe hârtie fotografică mată.

Legenda figurilor și tabelelor va fi dată pe baza lor.

Formulele matematice sau chimice vor fi scrise citeț și corect (să se diferențieze clar nivelul pentru

indici, exponenți, literele majuscule sau minuscule și simbolurile grecești).

Referințele bibliografice vor fi prezentate la sfârșitul lucrării în ordinea alfabetică a numelui autorilor, fiind numerotate. Titlurile fără autor se înscriu în ordinea anului de apariție. Bibliografia va corespunde cerințelor Regulamentului privind susținerea tezelor. În text, citările se fac prin indicarea între bare drepte a poziției din lista bibliografică.

Lucrările vor fi prezentate în 2 exemplare cu toate elementele corespunzătoare, însoțite de dischetă/CD, pe care se va indica numele autorului, denumirea articolului, file-ul și versiunea.

Scrisoarea de însoțire. Lucrările vor fi însoțite de o scrisoare din numele conducătorului instituției sau al autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va confirma faptul că toți autorii sunt de acord cu conținutul și că materialele date n-au fost publicate anterior.

În atenția autorilor:

- articolele sunt recenzate de specialiștii din domeniul respectiv;
- în cazul în care manuscrisul este restituit autorului pentru revizuire, modificare sau prescurtare, se va prezenta varianta nouă și varianta inițială a manuscrisului;
- corectura nu se expediază autorului;
- redacția nu este responsabilă pentru veridicitatea materialelor publicate;
- articolele prezentate necorespunzător regulilor descrise nu vor fi înregistrate și examinate.

Prezentarea. Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului-șef **Constantin Ețco**, dr. habilitat, profesor universitar, catedra *Economie, management și psihopedagogie*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, pe adresa:

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

*Primii fulgi imaculați, apoi scârțâitul zăpezii,
ghirlandele de luminițe multicolore,
mirosul îmbătător de portocale și de cetină,
glasuri voioase de colindători...
Nimic din toate acestea nu ne lasă indiferenți,
ne copleșesc, ne schimbă
starea de spirit și simțim nevoia să împărțim dragoste și
recunoștință celor din jur.*

*În aceste zile de bilanțuri și speranță de mai bine,
cu o deosebită plăcere
vă aducem cele mai alese urări: sănătate, voie bună,
împliniri.
Cu ocazia sărbătorilor de iarnă –
momente de înălțare și bucurie –
lumina și gândul bun să vă dăruiască pace sufletească,
satisfacții depline și fericire alături de cei dragi.*

*Crăciun fericit!
La mulți ani!*

Colegiul de redacție



RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

Lucrările prezentate vor fi scrise pe foi de format A4, Times New Roman, 14, în Word 2003, la 1,5 intervale, cu câmpul de 2,5 cm pe toate laturile, folosindu-se o singură față a hârtiei.

Foaia de titlu va conține titlul lucrării, prenumele și numele autorului (autorilor), titlul/gradul științific, instituția unde a fost elaborată lucrarea.

Lucrările vor fi însoțite de rezumate în limba română și în limba engleză, având un volum de până la 150-200 cuvinte fiecare, pe foi aparte.

Textul articolelor experimentale sau clinice cu un volum de până la 13 pagini și a publicațiilor scurte va include: introducere, metode și materiale, rezultatele obținute, discuții, concluzii și referințe bibliografice. Publicațiile medico-sociale, referatele și materialele cu tematică farmaceutică nu vor depăși 20 de pagini și vor conține cel mult 50 de referințe. Materialele informative – ordine, hotărâri ale Colegiului Ministerului Sănătății, programe naționale, hotărâri de guvern și legi din domeniul sănătății – vor fi publicate integral.

Materialele ilustrative (fotografii, desene, figuri, scheme, diagrame), într-un număr minim, vor conține pe verso numărul în ordinea în care sunt citate în text, denumirea articolului, numele primului autor, marginea superioară va fi marcată cu săgeată și nu vor fi prezentate în text, ci atașate lucrării. Se acceptă numai desene realizate în tuș negru sau în variantă electronică negru-alb, fotografii realizate pe hârtie fotografică mată.

Legenda figurilor și tabelelor va fi dată pe baza lor.

Formulele matematice sau chimice vor fi scrise citeț și corect (să se diferențieze clar nivelul pentru indici, exponenți, literele majuscule sau minuscule și simbolurile grecești).

Referințele bibliografice vor fi prezentate la sfârșitul lucrării în ordinea alfabetică a numelui autorilor, fiind numerotate. Titlurile fără autor se înscriu în ordinea anului de apariție. Bibliografia va corespunde cerințelor internaționale *Committee of Medical Journal Editors* față de publicațiile medicobiologice. În text, citările se fac prin indicarea între bare drepte a poziției din lista bibliografică.

Lucrările vor fi prezentate în 2 exemplare cu toate elementele corespunzătoare, însoțite de dischetă/CD, pe care se va indica numele autorului, denumirea articolului, file-ul și versiunea.

Scrisoarea de însoțire. Lucrările vor fi însoțite de o scrisoare din numele conducătorului instituției sau al autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va confirma faptul că toți autorii sunt de acord cu conținutul și că materialele date n-au fost publicate anterior.

În atenția autorilor:

- articolele sunt recenzate de specialiștii din domeniul respectiv;
- în cazul în care manuscrisul este restituit autorului pentru revizuire, modificare sau prescurtare, se va prezenta varianta nouă și varianta inițială a manuscrisului;
- corectura nu se expediază autorului;
- redacția nu este responsabilă pentru veridicitatea materialelor publicate;
- articolele prezentate necorespunzător regulilor descrise nu vor fi înregistrate și examinate.

Prezentarea. Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului-șef **Constantin Ețco**, dr. habilitat, profesor universitar, catedra *Economie, management și psihopedagogie*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, pe adresa:

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

Urătură

*Aho, aho, colegi și frați,
Stați puțin și nu mânați
Și cuvântul ne-ascultați.
Noi cântăm pe la ferestre,
Ca la toți să dăm de veste
C-Anul Nou acum ne vine
Să ne-aducă numai bine.*

*Să ne dea ogoarele
Grâu curat ca soarele;
Ploi la vară fără vânt,
Cer curat peste Pământ;
Flori pe lunci, iar în câmpii –
Tril voios de ciocârlii;
Murmur dulce de izvoare,
Roadă mare pe ogoare!
Crească țara cum ne place;
Pe pământ să fie pace!
Fie cântec pân-departe;
La mulți ani cu sănătate!*

Colegiul de redacție