

Chișinău se datorează probabil asistenței medicale de urgență mai oportune și mai calificate.

### Concluzii

1. Mortalitatea cauzată de traumatismul rutier corelează cu nivelul de venit pe locuitor: cu cât venitul este mai mic, cu atât mortalitatea e mai mare.

2. În Republica Moldova, majoritatea (34%) persoanelor decedate sunt pietoni, urmași de pasagerii autovehiculelor (33%) și conducătorii autovehiculelor (25%), motocicliști și cicliști – 4% și 2% corespunzător.

3. În Republica Moldova, numărul de persoane traumatate la trafic, raportate la o persoană decedată din această cauză, este 5,0 și se plasează pe locul doi, urmată de Belarus (5,25) și Federația Rusă (8,8).

4. Dinamica ultimilor 30 de ani demonstrează că mortalitatea cauzată de traumatismul rutier este în descreștere, dar rămâne totuși mai înaltă decât în țările incluse în studiu.

5. Nivelul mortalității cauzate de traumatismul rutier în zonele Republicii Moldova arată că cel mai înalt indicator este în zona Nord și în UTA Găgăuzia, care înregistrează câte 16,8 cazuri la 100 mii populație, urmate de zona Centru cu 16,1 și zona Sud cu 10,9 cazuri la 100 mii populație.

6. Pentru municipii media mortalității este de 7,6; în mun. Bălți – 9,4 cazuri la 100 mii locuitori, iar mun. Chișinău înregistrează cel mai favorabil indicator – 7,3 cazuri la 100 mii locuitori.

### Bibliografie

1. [http://www.who.int/gho/road\\_safety/mortality/traffic\\_deaths\\_number/en/index.ht](http://www.who.int/gho/road_safety/mortality/traffic_deaths_number/en/index.ht), accesat 15.11.2012.
2. *Global status report on road safety: time for action*. Geneva, World Health Organization, 2009, [www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/road\\_safety\\_status/2009](http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009), accesat 15.11.2012.
3. *European Health for All Database (HFA-DB)* <http://www.euro.who.int/hfad>, accesat 01.12.2012.
4. *Sănătatea publică în Moldova*. Centrul Național de Sănătate Publică. <http://cnms.md/ro/rapoarte>, accesat 07.12.2012.

Prezentat la 26.12.2012

### Mihail Palanciuc,

dr., conf. univ.,  
Laboratorul Management în servicii de sănătate,  
Spitalul Clinic Republican  
Tel.: +37322574307, mob.: 069153216  
e-mail: mihailpalanciuc@yahoo.com

## DIAGNOSTICUL TIMPURIU AL TULBURĂRILOR DIN SPECTRUL AUTIST: NOI POSIBILITĂȚI DE ABILITARE ÎN CADRUL INTERVENȚIEI TIMPURII ÎN COPILĂRIE

Ivan PUTU<sup>1</sup>, Marina CALAC<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>Centrul de intervenție timpurie Voinicel

### Summary

#### *Early diagnostic of autistic spectrum disorders: new possibilities of abilitation in the system of early interventions*

*Earlier identification and diagnosis of autism spectrum disorders (ASDs) can improve opportunities for children to benefit from early intervention and lessen the burden on concerned parents. This review summarizes current knowledge about early signs of autism and early diagnosis. Many data from different retrospective and prospective studies of high-risk infants indicate that ASD symptoms emerge in the first two years of life, affecting multiple developmental domains, mapping onto symptom dimensions consistent with current diagnostic frameworks including social-communication, and repetitive interests/behaviors but also extending to motor delays and atypical regulation of attention and emotion. Recent findings have shed new light on patterns of symptom onset and progression, and promise to inform early detection and diagnosis. Further attention to effective application of new findings and related challenges in building health system capacity to ensure timely access to specialized assessment and interventions is needed to fully realize the promise of improved outcomes resulting inclusively from this research.*

**Keywords:** autism, autism spectrum disorders (ASDs), earlier identification, early diagnosis, early childhood intervention (ECI).

### Резюме

#### *Ранняя диагностика расстройств аутистического спектра: новые возможности абилитации в системе раннего вмешательства*

*Раннее выявление и ранняя диагностика расстройств аутистического спектра (РАС) может улучшить развитие ребенка, благодаря своевременной инициации программ раннего вмешательства, а также может уменьшить бремя родителей, связанное с данным нарушением. В этой обзорной статье обобщены современные знания о ранней диагностике и ранних признаках аутизма. Данные многочисленных исследований (ретроспективные и проспективные исследования детей с высоким риском) показывают, что симптомы аутизма появляются в течение первых двух лет жизни. Нарушения затрагивают различные области развития, в том числе социальные связи и интересы, поведение, но также распространяются на двигательную сферу (за-*

*держка моторного развития), атипическое внимание, нарушения в эмоциональной сфере. Последние достижения привнесли новый взгляд на модели дебюта, на клинические проявления и эволюцию аутизма, которые играют важную роль в выявлении ранних суггестивных признаков и в ранней диагностике нарушений. Требуется дополнительное внимание и бдительность для эффективного применения новых открытий и новых вызовов системы здравоохранения для обеспечения своевременного доступа к комплексной оценке ребенка и своевременного иницирования мер раннего вмешательства, для реализации новых подходов в ранней диагностике аутизма ребенка, в том числе тех, что приведены в данной статье.*

**Ключевые слова:** аутизм, расстройства аутистического спектра (РАС), раннее выявление, ранняя диагностика, раннее вмешательство.

**Introducere.** Tulburările din spectrul autist (TSA) constituie una dintre cele mai frecvente cauze ale tulburărilor de dezvoltare ale copilului în lumea întreagă, incidența lor actualmente fiind estimată la 1:100 copii [1], dintre care băieți 1 la 54 și fete 1 la 252 [5, 19]. Studiile denotă că TSA sunt determinate de autism în cca 82% cazuri, de sindromul Asperger – în 5% și de altele – în 3% cazuri [1]. TSA sunt cauzate de diferite interacțiuni genetice [2], afectările genice fiind foarte eterogene și depistate în 22 perechi de cromozomi. Problemele intrinsecate de nutriție pot avea un impact semnificativ asupra apariției tulburărilor de dezvoltare și TSA [3].

Diagnosticul timpuriu creează oportunități pentru copilul cu TSA de a beneficia de servicii de intervenție timpurie (ITC). Unii autori presupun chiar posibilitatea de a preveni manifestările depline ale autismului în baza plasticității creierului și prin dezvoltarea unor circuite compensatoare, în cazul intervențiilor inițiate la vârste mici [6]. Beneficiile prin intervenția timpurie pot duce la optimizarea funcțiilor adaptive și cognitive [34] și, ulterior, pot reduce considerabil costurile familiale și cele sociale legate de autism pe durata vieții [8, 9]. Diagnosticul timpuriu permite, la fel, părinților să cunoască riscurile de recurență pentru copiii născuți ulterior și să monitorizeze mai eficient dezvoltarea copilului, pentru a descoperi semnele timpurii de autism [34].

Acest articol de sinteză are ca scop promovarea cunoștințelor curente în depistarea cât mai timpurie a autismului, a manifestărilor sugestive ale TSA în perioadele de sugar și copil mic, semne ce ar putea fi folosite cu o mare utilitate de către medicul de familie, pediaterul-consultant și alți specialiști din domeniul puericulturii.

**Îngrijorarea părinților privind dezvoltarea copilului.** În pofida multiplelor evidențe că unele semne de TSA sunt prezente până la vârsta de 2 ani,

vârsta medie de stabilire a acestui diagnostic variază de la 3 la 5 ani, iar pentru sindromul Asperger – 11 ani [33]. Totodată, mulți părinți exprimă îngrijorări în privința dezvoltării copilului pe parcursul primilor 2 ani de viață – peste 76-83% până la vârsta de 2-3 ani [18], fiind într-o așteptare foarte stresantă în următorii 2-3 ani și mai mult, până la stabilirea diagnosticului. Dificultățile diagnosticului sunt legate de faptul că multe semne comportamentale se observă rar (de ex., mișcările stereotipice) sau sunt atipice (de ex., tulburările de comunicare) până la vârsta de 2 ani [23, 33]. Astfel, diagnosticarea timpurie trebuie începută odată cu apariția îngrijorărilor părinților privind dezvoltarea copilului, acesta având nevoie de supraveghere minuțioasă odată cu apariția primelor suspiciuni.

TSA se caracterizează printr-o eterogenitate clinică excepțională, multe din semne nefiind incluse în cele definitorii ale tulburării. De menționat că nu există o corelație între îngrijorările părinților până la vârsta de 6 luni a copilului și incidența detectării ulterioare a TSA, această corelație fiind semnificativă pentru îngrijorările părinților la vârsta de 12-18 luni și mai târziu [33]. Printre cele mai frecvente îngrijorări menționate de părinți sunt cele de tulburare a vorbirii, contact vizual redus, nivel atipic de reactivitate socială, lipsa jocului și interacțiunilor sociale, extreme de comportament, tulburări motorii, de somn, alimentație și comportament, dezvoltare atipică (întârziere sau pierdere a achizițiilor). Mulți părinți nu-și pot exprima verbal îngrijorările.

**Semnele clinice timpurii de suspiciune a TSA (până la vârsta de 18 luni)** pot fi din domeniul interacțiunilor sociale, fixare atipică a privirii, particularități de orientare la chemarea pe nume, de imitare, de surâs relațional, de reactivitate, de interes social, reducerea expresiei emoțiilor pozitive, tulburări de limbaj, motorii, ale jocului, dezvoltării cognitive [11, 28, 33, 34]. Este foarte dificil de presupus dezvoltarea unei TSA până la vârsta de 6 luni (semnele sunt absente), semnele fiind nespecifice până la vârsta de 12 luni (ele încadrându-se în tabloul subtil al unei dizabilități intelectuale) [16, 22]. La acești copii se observă reducerea gesturilor în comunicare, urmărirea unui obiect, indicarea cu degetul la obiectul solicitat [11]. Semnele de tulburare a interacțiunilor sociale ar putea fi observate la vârsta de 13-15 luni (de ex., surâsul relațional) și de tulburare a comunicării – la 19-24 luni (de ex., folosirea gesturilor). Alte semne timpurii ce ar putea sugera o TSA sunt: perimetrul cranian mare, cu maximul la 6 luni [4], temperamentul atipic, copil mai pasiv, mai iritabil, ușor stresat, cu atenția vizuală redusă, privire atipică, detașare lentă de la obiectul fixat cu privirea/fixare vizuală la stimuli

nonsociali, jocurile mai stereotipice (neschimbate) cu obiectele, posturi și mișcări mai stereotipate (din primele 24 luni de viață) [24, 25].

Metodele-standard moderne de screening timpuriu nu sunt încă suficient de eficiente [13, 14, 15], totodată, nici nu sunt utilizate pe scară largă de către medicii de familie și medicii-pediatri [8]. Doar profesioniștii din domeniu pot detecta TSA până la vârsta de 2 ani.

#### Achiziții timpurii de dezvoltare în autism

Achiziții de dezvoltare	Vârsta medie de apariție	Copilul cu autism
Surâsul relațional	6-8 săptămâni	Unii copii cu autism dezvoltă surâsul, caracteristica de bază însă fiind cea de lipsă a corelației dintre surâs și contactul social.
Răspunsul la chemarea pe nume	8-10 luni	Copiii cu autism, de regulă, nu răspund la nume sau răspund doar la multiplele încercări. Inițial, se recomandă de a exclude afectarea auzului.
Acordarea atenției	8-10 luni, cu urmărirea privirii altei persoane; urmărirea unui punct către 10-12 luni	Nu acordă atenție; poate uneori, pentru o clipă, să se uite în direcția dată, dar nu se întoarce cu privirea la punctul inițial.
Comunicarea prin gesturi	12-14 luni – indicarea prin gesturi	Nu indică prin gest.
Vocalizarea	”Da-da”, ”ba-ba” la 6-7 luni; la 8-10 luni vocalizarea implicată în comunicarea cu persoana îngrijitoare	Vocalizare întârziată, către vârsta de 12 luni. Sunete necomunicative, repetitive, izolate apar înaintea încercărilor de comunicare funcțională.

#### Recomandări (ce trebuie să facă pediatrul și medicul de familie):

- Supravegherea dezvoltării copilului și utilizarea metodelor de screening al tulburărilor de dezvoltare la vârsta de 9, 18, 24, 30 de luni sau la momentul exprimării îngrijorării de către părinți asupra dezvoltării copilului [28].
- Screeningul TSA se recomandă la vârsta de 18–24 de luni. Pentru nivelul primar de asistență medicală se recomandă **M-CHAT** (Modified Checklist for Autism in Toddlers) – *Fișa de evaluare pentru autism la copilul mic*, Robins și col., 2001 [21, 27]. La nivelul specializat vor fi folosite alte metode de screening și depistare: **ADOS** (Autism Diagnostic Observation Schedule – *Fișa de observație de diagnostic pentru autism*), **BISCUIT** (Baby and Infant Screen for Children with Autism Traits – *Screeningul trăsăturilor autiste la sugar și copil*) [17].
- Dacă testul M-CHAT este pozitiv, copilul va fi referit la nivelul 2 de asistență medicală. Este

important de a scurta la minim timpul de așteptare al părinților de la suspiciune până la stabilirea diagnosticului și încadrarea într-un program de abilitare. Pediatrul și medicul de familie trebuie să cunoască posibilitățile comunitare de diagnostic și abilitare a copilului cu tulburări de dezvoltare.

- Dacă este posibil, inițial familia va fi trimisă la un centru de intervenție timpurie, care are menirea de a realiza și a facilita diagnosticul TSA și de a oferi servicii centrate pe familie: suport informațional și psihologic, de orientare etc. Abilitarea copilului cu TSA are loc în centrele specializate (care la moment folosesc metode de analiză comportamentală aplicată (ABA – Applied Behavior Analysis), cu activități terapeutice structurate, orientate, în special, pe domeniile afectate (social, de comunicare, comportament). Studiile denotă o eficiență semnificativă a intervențiilor comportamentale comprehensive în TSA [7].

#### Concluzii

1. Există o necesitate stringentă de a dezvolta sistemul de servicii pentru copiii cu TSA, de elaborare a modelelor de servicii, de implementare a serviciilor intensive de abilitare, de instruire profesională, în special a celor ce oferă servicii de tratament.
2. Statul trebuie să-și sporească capacitățile pentru acordarea serviciilor de abilitare a copiilor cu tulburări de dezvoltare, inclusiv TSA [12].
3. Serviciile de abilitare a copilului cu TSA trebuie integrate în sistemul de servicii pentru copil și familie. Este necesar de a găsi soluții financiare pentru rambursarea cheltuielilor de tratament și minimizarea lor, în special, în cazul familiilor defavorizate.
4. Insuficiența cadrelor, în special a psihiatrilor, și nivelul redus de cunoștințe în domeniul diagnosticului timpuriu al TSA și conduitei acestor pacienți constituie o barieră importantă în schimbarea spre bine a situației.
5. Există o discrepanță esențială între descoperirile științifice din domeniul autismului și practicile folosite, fapt care stagnează dezvoltarea serviciilor eficiente pentru acești copii [8].

#### Bibliografie

1. A. Bravo Oro, J. Vázquez Briseño, C.A. Cuello García, R.F. Calderón Sepúlveda, A.M. Hernández Villalobos, C. Esmer Sánchez. *Early manifestations of autism spectrum disorders*. Experience of 393 cases in a child neurological centre. In: *Neurología (English Edition)*, vol. 27, issue 7, September 2012, p. 414-420.
2. Alison M. Kozlowski, Johnny L. Matson, Julie A. Worley. *The impact of familial autism diagnoses on autism*

- symptomatology in infants and toddlers.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 151-157.
3. Anne Bradford Harris, Marion Taylor Baer, Cristine M. Trahms, Beth Ogata. *Nutrition for Children with Special Health Care Needs.* In: Nutrition in the Prevention and Treatment of Disease (Third Edition), 2013, p. 295-315.
  4. Aya Fukumoto, Toshiaki Hashimoto, Kenji Mori, Yoshimi Tsuda, Kokichi Arisawa, Shoji Kagami. *Head circumference and body growth in autism spectrum disorders.* In: Brain and Development, vol. 33, issue 7, August 2011, p. 569-575.
  5. Centers for Disease Control and Prevention. *Prevalence of autism spectrum disorders — autism and developmental disabilities monitoring network, 14 sites, United States, 2008.* In: MMWR Surveillance Summaries, 2012; nr. 61, p. 1–19.
  6. Dawson G. *Early behavioral intervention, brain plasticity, and the prevention of autism spectrum disorder.* Development and Psychopathology, 2008; nr. 20, p. 775–803.
  7. Dawson G., Rogers S., Munson J., Smith M., Winter J., Greenson J. et al. *Randomized, controlled trial of an intervention for toddlers with autism: the earlystart Denver model.* In: Pediatrics, 2010, nr. 125, p. 17–23.
  8. Jacobson J.W., Mulick J.A. *System and cost research issues in treatments for people with autistic disorders.* In: Journal of Autism and Developmental Disorders, 2000, nr. 30, p. 585–593.
  9. Jarbrink K., Knapp M. *The economic impact of autism in Britain.* In: Autism, 2001, nr. 5, p. 7–22.
  10. Emilie Delaherche, Mohamed Chetouani, Fabienne Bigouret, Jean Xavier, Monique Plaza, David Cohen. *Assessment of the communicative and coordination skills of children with Autism Spectrum Disorders and typically developing children using social signal processing.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 7, issue 6, June 2013, p. 741-756.
  11. Frances de L. Martínez-Pedraza, Alice S. Carter. *Autism Spectrum Disorders in Young Children.* Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America, vol. 18, issue 3, July 2009, p. 645-663.
  12. Georgina Peacock, Sue C. Lin. *Enhancing early identification and coordination of intervention services for young children with autism spectrum disorders: Report from the Act Early Regional Summit Project.* In: Disability and Health Journal, vol. 5, issue 1, January 2012, p. 55-59.
  13. Gudrun Nygren, Eva Sandberg, Fredrik Gillstedt, Gunnar Ekeröth, Thomas Arvidsson, Christopher Gillberg. *A new screening programme for autism in a general population of Swedish toddlers.* In: Research in Developmental Disabilities, vol. 33, issue 4, July–August 2012, p. 1200-1210.
  14. Isabelle Rapin, Roberto F. Tuchman. *Autism: Definition, Neurobiology, Screening, Diagnosis.* In: Pediatric Clinics of North America, vol. 55, issue 5, October 2008, p. 1129-1146.
  15. Johnny L. Matson, Alison M. Kozlowski, Mary E. Fitzgerald, Megan Sipes. *True versus false positives and negatives on the Modified Checklist For Autism in Toddlers.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 7, issue 1, January 2013, p. 17-22.
  16. Johnny L. Matson, Jonathan Wilkins, Melissa González. *Early identification and diagnosis in autism spectrum disorders in young children and infants: How early is too early?* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 2, issue 1, January–March 2008, p. 75-84.
  17. Johnny L. Matson, Kim Tureck. *Early diagnosis of autism: Current status of the Baby and Infant Screen for Children with aUtism Traits (BISCUIT. Parts 1, 2, and 3).* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 3, July–September 2012, p. 1135-1141.
  18. Johnny L. Matson, Robert D. Rieske, Kimberly Tureck. *Additional considerations for the early detection and diagnosis of autism: Review of available instruments.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 4, October–December 2011, p. 1319-1326.
  19. Julie A. Worley, Johnny L. Matson, Megan Sipes, Alison M. Kozlowski. *Prevalence of autism spectrum disorders in toddlers receiving early intervention services.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 2, April–June 2011, p. 920-925.
  20. Kristyn Wright, Diane Poulin-Dubois. *Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) screening at 18 months of age predicts concurrent understanding of desires, word learning and expressive vocabulary.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 184-192.
  21. Lindsey Hoogsteen, Roberta Lynne Woodgate. *Centering Autism Within the Family: A Qualitative Approach to Autism and the Family.* In: Journal of Pediatric Nursing, vol. 28, issue 2, April 2013, p. 135-140.
  22. Lonnie Zwaigenbaum, Susan Bryson, Nancy Garon. *Early identification of autism spectrum disorders.* In: Behavioural Brain Research, In Press, Corrected Proof. Available online 12 April 2013.
  23. M. Thomas Kishore, Anirban Basu. *Early concerns of mothers of children later diagnosed with autism: Implications for early identification.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 157-163.
  24. Marleen Vanvuchelen, Herbert Roeyers, Willy De Weerd. *Do imitation problems reflect a core characteristic in autism?* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 89-95.
  25. Nadia Chabane. *Le diagnostic précoce dans les troubles du spectre autistique.* In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, issue 7, September 2012, p. 462-466.
  26. Naoko Inada, Tomonori Koyama, Eiko Inokuchi, Miho Kuroda, Yoko Kamio. *Reliability and validity of the Japanese version of the Modified Checklist for autism in toddlers (M-CHAT).* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 330-336.
  27. Neelkamal S. Soares, Dilip R. Patel. *Office Screening and Early Identification of Children with Autism.* In: Pediatric Clinics of North America, vol. 59, issue 1, February 2012, p. 89-102.
  28. Patricia J. Prelock, Nickola Wolf Nelson. *Language and Communication in Autism.* In: Pediatric Clinics of North America, vol. 59, issue 1, February 2012, p. 129-145.
  29. Santino V. LoVullo, Johnny L. Matson. *Development of a critical item algorithm for the Baby and Infant Screen for Children with autism Traits.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 1, January–March 2012, p. 378-384.
  30. Sarah Dababnah, Susan L. Parish, Lauren Turner Brown, Stephen R. Hooper. *Early screening for autism*

- spectrum disorders: A primer for social work practice.* In: Children and Youth Services Review, vol. 33, issue 2, February 2011, p. 265-273.
31. Sigridur Lóa Jónsdóttir, Evald Saemundsen, Ingibjorg Sif Antonsdóttir, Solveig Sigurdardóttir, Daniel Ólason. *Children diagnosed with autism spectrum disorder before or after the age of 6 years.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 5, issue 1, January–March 2011, p. 175-184.
  32. Stormi Pulver White, Amy S. Weitlauf, Zachary E. Warren. *Early Diagnosis of Autism Spectrum Disorder: Progress, Challenges, and Remaining Questions for Families and Professionals.* In: International Review of Research in Developmental Disabilities, vol. 43, 2012, p. 47-85.
  33. Vincent Guinchat, Brigitte Chamak, Beatrice Bonniau, Nicolas Bodeau, Didier Perisse, David Cohen, Anne Danion. *Very early signs of autism reported by parents include many concerns not specific to autism criteria.* In: Research in Autism Spectrum Disorders, vol. 6, issue 2, April–June 2012, p. 589-601.
  34. Zwaigenbaum L., Bryson S., Lord C., Rogers S., Carter A., Carver L. et al. *Clinical assessment and management of toddlers with suspected ASD: insights from studies of high-risk infants.* In: Pediatrics, 2009, nr. 123, p. 1383–1391.

Prezentat la 17.07.2013

#### Ivan Puiu,

dr. în medicină,

conf. univ.,

Catedra Medicină de Familie, USMF N. Testemițanu

ivanpuiu@gmail.com, tel. +373 69207735

## UNELE ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE INTOXICAȚIILOR CU PRODUSE DIN CIUPERCI

Afanasie LEONTE, CSP raional Orhei

### Summary

#### *Some aspects of food poisoning with mushrooms*

*In this article are analyzed statistical data on the food poisoning as a result of using the food inedible mushrooms. Research results showed that mushroom poisonings recorded in Orhei occur annually and carries a familial character.*

*We also underline the need for a complete organization and implementation of measures for prevention of mushroom poisoning.*

**Keywords:** *food, poisoning, inedible mushrooms, prevention.*

### Резюме

#### *Аспекты пищевых отравлений продуктами из грибов*

*В статье проанализированы статистические данные относительно пищевых отравлений в результате употребления в пищу несъедобных грибов. Результа-*

*ты исследований показали, что отравления грибами, зарегистрированные в районе Орхей, имеют место ежегодно и носят семейный характер. Подчеркивается необходимость организации и проведения комплексных мер профилактики отравления грибами.*

**Ключевые слова:** *пища, отравление, несъедобные грибы, профилактика.*

**Introducere.** Printre intoxicațiile alimentare acute de origine nemicrobiană, un loc important îl ocupă cele care au loc în urma consumului de bucate din ciuperci.

În lume există câteva zeci de mii de specii de ciuperci provenite din flora spontană. Dintre acestea, peste o sută sunt considerate toxice, iar mai puțin de 10 specii sunt potențial letale [1, 5].

Fiind sistematezate după proprietățile caracteristice nutriționale, ciupercile care cresc în natură pot fi divizate condiționat în: comestibile, condiționat comestibile și otrăvitoare. Particularitățile caracteristice ale ciupercilor sunt influențate de specie, de gradul de manifestare a depunerilor atmosferice, de compoziția solului, precum și de procesele biologice specifice ce se desfășoară în ele [3].

Actualitatea intoxicațiilor alimentare cu nutrienți din ciuperci este determinată și de faptul că, în anumite condiții climaterice, ciupercile condiționat comestibile capătă proprietăți otrăvitoare, inducându-l pe consumator în eroare.

**Material și metode.** Au fost studiate intoxicațiile alimentare cu produse din ciuperci, care au fost înregistrate în raionul Orhei în anii 2008-2012.

Datele referitoare la cazurile de intoxicații alimentare cu produse din ciuperci au fost extrase din formularul nr. 18 *Darea de seamă a centrelor de sănătate publică municipale și raionale* în raionul Orhei, în perioada 2008-2012 [2].

Pentru obținerea datelor și efectuarea studiului, au fost utilizate următoarele metode de extragere a informației: matematică, statistică, de analiză și studiu, epidemiologică [6].

**Rezultate și discuții.** Perioada studiată evidențiază particularitățile caracteristice de manifestare a intoxicațiilor alimentare cu nutrienți din ciuperci. Ele poartă caractere individual și familial.

În perioada 2008-2012, s-au intoxicat în urma consumului bucatelor din ciuperci în total 56 de persoane, din care 29% au fost copii până la 17 ani. Persoanele decedate alcătuiesc 3,6%. Din numărul copiilor afectați, celor decedați le revin 6,2%. Mai frecvent s-au înregistrat maladii în rândul femeilor – 71%, bărbați – 29%. Cazurile de deces înregistrate în rândul femeilor constituie 4%.

În aspect cronologic, intensitatea îmbolnăvirii persoanelor în urma consumului bucatelor din ciuperci este diferită, fiind înregistrate victime după