

9. Reabova E., Yetsko C. "System and Theoretical Aspects of Quality and Efficiency of Medical Assistance Evolution"- Revista „Sănătate publică, Economie și management în medicină”. Chișinău, 2004, N4, p. 25-26.

CATACTERISTICA MEDICO-SOCIALĂ A ADULȚILOR CU CIROZE HEPATICE DIN REPUBLICA MOLDOVA

Larisa Solomon, Larisa Spinei

Centrul Național de Management în Sănătate,
Școala de Management în Sănătatea Publică, USMF „N. Testemițanu”

Summary

Medical and social characteristics of adults with liver cirrhosis in Republic of Moldova

An selective study based on questionnaire "Survey regarding the patient with liver cirrhosis", specially developed, which included general data on patient: the socio-cultural characteristics of living and eating, working, presence occupational hazards, health characteristics of the patient: diseases evolution, presence of concomitant pathologies, etc. There were investigated 368 adults with liver cirrhosis the answers, were introduced in the questionnaire responses, processed by the "EpiInfo-2002" and analyzed depending of the residence: total on the country, urban, rural and sex.

Rezumat

De către noi a fost efectuat studiu selectiv în baza chestionarului „Ancheta privitor la bolnavul cu ciroza hepatică”, elaborat special, care a cuprins date despre caracteristica generală a bolnavului: statutul socio-cultural, caracteristica condițiilor de trai și de alimentație, muncii, prezența noxelor profesionale, caracteristica sănătății a bolnavului: evoluția bolii, prezența patologiilor concomitente, etc. Au fost anchetate 368 de persoane adulte cu ciroza hepatică, răspunsurile au fost introduse în chestionare, care au fost prelucrate prin intermediul programului „Epiinfo-2002” și analizate în dependență de mediul de reședință: total pe republică, urban, rural, și după sex.

Actualitatea

Importanța cirozei hepatice ca problema sănătății publice se argumentează prin faptul creșterii morbidității generale, invalidizării precoce a persoanelor apte de muncă și mortalității prin această maladie [1,2,3].

Dorința de ameliorare a stării de sănătate a populației este un obiectiv propus de aproape toate programele de guvernare, iar atingerea acestei deziderat impune măsuri care trebuie să aibă la bază o cunoaștere foarte bună a evoluției stării de sănătate. Starea de sănătate a populației este măsurată astăzi prin mai multe metode, dar niciuna dintre acestea metode nu poate aprecia într-o manieră exhaustivă nivelul real al stării de sănătate populației. Starea de sănătate pune probleme atât de definire, cât și de măsurare/evaluare [5,6,3].

După datele statisticii oficiale, în perioada anilor 1998-2010, rata incidenței a crescut de 2,0 ori, de la 39,0 la 78,9 cazuri 100 mii adulți. În structura invalidității primare bolile aparatului digestiv (BAD) ocupă al VII-lea loc, și în 69,0 % de cazuri revin cirozei hepatice. În structura mortalității generale pentru anul 2010, BAD ocupă al III-lea loc, după bolile ale aparatului circulator și neoplasme [4,9].

Nivelul înalt al mortalității prin BAD este constatat și de organisme internaționale, și conform datelor Biroului European al OMS, în Republica Moldova, acest indice în anul 2009 a depășit de 2,2 ori media țărilor europene grupei Eur-B+C, și de 4,4 ori – media pentru Eur-A [7,8].

În anul 2009 rata standardizată a mortalității prin bolilor cronice ale ficatului și ciroza hepatică în Republica Moldova a depășit de 3,0 ori media țărilor europene din grupa Eur-B+C, de 9,1 ori – media pentru Eur-A, și de 5,2 ori media Regiunii Europene. Este îngrijorat faptul, că Republica Moldova, în clasamentul OMS a țărilor Eur-C și a țărilor CSI ocupă primul loc, față de celelalte țări ale CSI, unde mortalitatea excesivă este cauzată de cauze externe [7,8].

Obiectivele

Ne-am propus drept obiectiv evaluarea medico-socială a populației adulte cu ciroze hepatice din Republica Moldova.

Material și metode

A fost efectuat studiu selectiv în baza chestionarului „Ancheta privitor la bolnavul cu ciroza hepatică”, elaborat special, care a cuprins date despre caracteristica generală a bolnavului: statutul socio-cultural, caracteristica condițiilor de trai și de alimentație, muncii, prezența noxelor profesionale, caracteristica sănătății a bolnavului: evoluția bolii, prezența patologiilor concomitente, etc. Au fost anchetate 368 de persoane, răspunsurile au fost introduse în chestionare, care au fost prelucrate prin intermediul programului „Epiinfo-2002” și analizate în dependență de mediul de reședință (urban, rural), și în total pe republică, sex. Pentru determinarea influenței mediului de reședință a persoanelor intervievați asupra gradului reducerii a vitalității, a fost efectuat un studiu prin calcularea χ^2 și aprecierea veridicității.

Rezultate și discuții

Cercetările au stabilit că 82,9±2,2 % (p<0,001) din bolnavii cu ciroze hepatice provin din localitățile rurale și doar 17,1±4,7% (p<0,001) - din localitățile urbane, mai frecvent sunt afectați bărbați 58,7±3,4% (p<0,001), față de 41,3±3,9% (p<0,001) pentru femei.

Vârsta medie pe republică a persoanelor studiate este de 52,2±0,54 (p<0,001) ani, în mediul rural – 51,7±0,58 (p<0,001) ani și în mediul urban – 54,1±1,43 (p<0,001) ani, și nu se observă o diferență semnificativă (p>0,05). Constatăm că, mai frecvent afectată prin ciroze hepatice este grupa de vârstă 51-60 ani, indiferent de mediul de reședință. A fost constatat că vârsta medie de diagnosticare a bolii pe republică este de 48,9 ±0,55 ani, în mediul rural – 48,6 ±0,61 ani și în mediul urban – 36,9±3,0 ani.

La studierea statutului marital s-a stabilit că rata persoanelor căsătorite este 86,7±3,4% (p<0,001) pe republică, pe când persoanele singuratice constituie 10,3±1,2 % (p<0,001) și 3±1,4 % (p<0,001) revin persoanelor divorțate. În mediul rural și urban persoanelor căsătorite revine cota majoră de 88,9% și 86,2% respectiv. Mai des de ciroze hepatice sunt afectați persoanele cu studii medii de specialitate – 45,4±3,2 % (p<0,001) pe republică, 50,8 ±2,8 % (p<0,001) în mediul urban și în mediul rural – 44,3±2,4% (p<0,001) respectiv.

Din numărul persoanelor intervievați 33,4±1,8% (p<0,001) pe republică sunt angajați în câmpul muncii, 31,2±1,6% (p<0,001) – în mediul rural și 44,4±2,0% (p<0,001) – în mediul urban.

Totodată, frecvența majoră revine persoanelor neangajați, faptul argumentat prin specificul evoluției patologiei studiate: invalidizarea precoce a persoanelor apte de muncă. Astfel, în 47,6±2,0% (p<0,001) de cazuri pe republică bolnavii cu ciroza hepatică nu sunt angajați în câmpul muncii, în mediul rural –50,8±1,7% (p<0,001), în mediul urban – 31,8±3,2% (p<0,001).

Repartiția persoanelor intervievați după categoriile socio-profesionale este prezentată în modul următor. Frecvența majoră aparține persoanelor ce fac parte din categorie muncitori în 51,4±1,8 % (p<0,001) pe republică, în mediul rural – 52,1±1,6% (p<0,001), în mediul urban – 47,6±2,5 % (p<0,001) respectiv. Categoria agricultorii este caracteristică mediului rural în 24,6% de cazuri, față de 3,2% – în mediul urban. Totodată, în mediul urban predomină grupa funcționarilor în 49,2±4,2% (p>0,005) de cazuri, față de mediul rural – 23,3±2,2% (p<0,001) de cazuri. Angajații în câmpul muncii și-au caracterizat munca prestată drept munca de greutate medie în 58,2% de cazuri pe republica. Această caracteristică diferă în dependență de mediul de

reședință: 60,3% – în mediul rural și 47,6% în mediul urban. Reieșind din faptul că în mediul urban este specifică categoria socio-profesională ca funcționar, caracteristica muncii în 46,0% este calificată ca ușoară, față de mediul rural – în 25,6 % respectiv. Tot în acest context, munca grea este de 2,2 ori mai frecvent întâlnită în mediul rural (14,1% de cazuri), față de mediului urban – 6,4%.

Prezența noxelor profesionale au menționat 69 de persoane intervievați din mediul rural, ce constituie 22,6±5,0% de cazuri, și este de 2,9 ori mai frecventă în mediul rural, față de 5 persoane din mediul urban –7,9±1,1% respectiv. Dintre cele mai des întâlnite noxe profesionale sunt numiți: lucru cu tutun –37,0±0,9%, substanțe chimice nocive (polietilen, sulf, carbon, vopsea, acetona, aburi etilice, sudare), caracteristici mediului rural în 31,5±1,4% de cazuri, și altele–31,5±1,1% (dezinfecțanți, uleiuri, motorină, substanțe radioactive, sînge). Durata medie de muncă în condiții nocive în mediul rural constituie 19,5±0,95 ani, dar în mediul urban–10,4±1,26 ani respectiv (p<0,001).

Dintre factori ce influențează starea sănătății sunt condiții de trai și de alimentație. Așa dar, în studiul petrecut de noi, majoritatea respondenților le-au apreciat condiții de trai drept satisfăcătoare în 64,7 ±2,2 % (p<0,001) pe republică, rata fiind mai mare în mediul urban – 77,8±3,2 % (p<0,001), pe cînd în mediul rural este de 62±1,9 % (p<0,001). În ce privește caracteristica generală a alimentației, rata persoanelor care se alimentează satisfăcător este de 65±2,4 % (p<0,001) în republică, dar în raport cu mediul de reședință este mai satisfăcătoare alimentație în mediului urban 77,8±1,6 % (p<0,001), pe cînd în mediului rural 62,3±1,7% (p<0,001).

Prezența unor astfel de deprinderi dăunătoare ca tabagism și consumul de alcool este un factor de risc în apariția multor boli, inclusiv și a cirozei hepatice. Nu consumă alcool numai 11,7 ±2,5 % (p<0,001) dintre persoane anchetate pe republică, dintre care 11,1±1,3% (p<0,001) din mediul urban și 11,8±4,2% (p<0,001) din mediul rural. Restul persoanelor folosesc alcoolul în diferite măsuri, de la consumul frecvent 12,5±5,2% (p<0,001) pe republică, (13,4±3,2 % (p<0,001) în mediul rural, 7,9 ±1,2 % (p<0,001) mediul urban), pînă la ocazional – 37,5±2,2% (p>0,001) pe republică, (37,1±3,2% (p<0,001) în mediul rural, 39,7±3,3 % (p<0,001) în mediul urban. Locuitori din mediul urban sunt supuși într-o măsură mai mare de tabagismul 46,1±1,2% (p<0,001), cei din zona rurală 36,1±1,9% (p>0,005) de cazuri, formînd o medie pe republică de 37,8±2,2% (p<0,001).

În timpul cercetărilor s-a stabilit că la 178 (48,4±2,2% (p<0,001)) din persoane anchetate a fost pierdută capacitatea de muncă din cauza cirozei hepatice, ele deținînd grad de invaliditate. Pentru determinarea influenței mediul de reședință a persoanelor intervievați asupra gradului reducerii a vitalității, a fost efectuat un studiu prin calcularea χ^2 și aprecierea veridicității (Tab.1).

Tabelul 1.Determinarea influenței mediul de reședință a persoanelor intervievați asupra gradului reducerii a vitalității.

Grupa	Urban P ₁	Rural P ₂	n ₁ P ₁	n ₂ P ₂	P ₁ +P ₂	(n ₁ P ₂ - n ₂ P ₁) ²	(-) ² /P ₁ +P ₂
I	11	7	1099	231	18	753424	41857
II	134	13	2140	2841	147	597529	4065
III	12	1	157	252	13	9025	694,2
Total	157 n ₁	21 n ₂					$\Sigma=46616,2$

1. n₁ X n₂= 3297
2. χ^2 calc = 46616,2/ 3297 = 14,1
3. K = (3- 1)(2- 1) = 2
4. Cînd K = 2 χ^2 tab =5,9-9,2-13,8
5. χ^2 calc = 14,1 >5,9>9,2>13,8

6. **Concluzie:** mediul de reședință a persoanelor intervievați influențează asupra gradului reducerii a vitalității ($p < 0,001$).

Mai afectați sunt persoane din mediul rural în $51,5 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$), pe când celor din mediul urban revin $33,3 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$). S-a constatat că, frecvența majoră aparține gradului accentuat (gr. II) în $82,6 \pm 2,72\%$ ($p < 0,001$) pe republică, mediului urban revin $61,9 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$) și mediului rural – $85,4 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri.

În urma cercetării efectuate a fost analizată și starea sănătății a bolnavilor cu ciroze hepatice. Din 368 de intervievați, etiologia virală a fost stabilită în $67,7 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri pe republică, ce constituie cota majoră în structura internă a cirozelor hepatice diagnosticate, urmată de altă etiologie și neprecizată în $19,6 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) pe republică, în mediul rural – $19,1 \pm 1,2\%$ și în mediul urban – $19,7 \pm 2,5\%$ ($p < 0,001$), locul III - etiologia mixtă – $6 \pm 1,2\%$ pe republică, în mediul rural – $5,9 \pm 2,5\%$ și în mediul urban – $6,4 \pm 1,7\%$ ($p < 0,001$). Etiologia etilică și toxică este prezentată pe republică în cîte $2,7 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$), preponderent înregistrate în mediul rural – $3,0 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri. În minoritate s-au prezentat cazuri de ciroze hepatice cu etiologie biliară – $1,1 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) pe republică și de altă etiologie (cardiogenă) – $0,3 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri respectiv. Celelalte etiologii, așa ca medicamentoasă, portală nu au fost înregistrate pe parcursul studiului efectuat.

În urma analizei detaliate a etiologiei virale s-a constatat că, $25,7 \pm 2,6\%$ pe republică revin cirozelor hepatice provocate de HCV, urmată de etiologia mixtă HBV+ HDV – $23,7 \pm 1,2\%$, $21,7 \pm 1,9\%$ aparține infecție HBV+HCV, HBV – în $20,1 \pm 2,2\%$ de cazuri, HBV+ HDV+HCV – $4,8 \pm 1,4\%$ și HDV – 4% de cazuri ($p < 0,001$).

Ciroza hepatică de etiologie toxică în majoritatea cazurilor $66,7 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$) sunt provocate de contact cu pesticide și tutun, iar $33,3\%$ revine substanțelor chimice nocive (polietilen, sulf, carbon, vopsea, acetona, aburi etilice, sudare) și altele (dezinfecțanții, uleiuri, motorină, substanțe radioactive, sînge).

Etiologia mixtă în $31,8 \pm 2,1\%$ de cazuri pe republică este prezentă de etiologia „virală+toxică”, cîte $27,3 \pm 1,6\%$ aparține etiologiilor „virală +alcoolică” și „virală + cardiogenă (staz)”, și respectiv $13,6 \pm 3,2\%$ revine etiologiei „alcoool + cardiogenă (staz)” ($p < 0,001$).

Majoritate bolnavilor, $99,2 \pm 1,0\%$ ($p < 0,001$) pe republică au prezentat faza activă a procesului și doar $0,8 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$) revin fazei neactive. Ne alarmează faptul că, nici la o persoană intervievată nu a fost diagnosticată evoluția stabilă a procesului patologic, față de $89,1 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri al evoluției progresive, totodată, evoluția rapid progresivă a fost stabilită în $6,3 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$), iar evoluția lent progresivă la $4,6 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$) de cazuri pe republică.

După gradul compensării bolnavii au fost repartizați astfel: $51,6 \pm 3,4\%$ de cazuri pe republică posedă gradul subcompensat, $34 \pm 1,9\%$ revine gradului decompensat și $14,4 \pm 3,2\%$ prezintă gradul compensat al procesului ($p < 0,001$).

Din numărul total al persoanelor intervievați au suportat hepatita virală în trecut $49,7 \pm 2,5\%$ ($p < 0,001$) pe republică, față de $50,3 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri neafectați, în mediul urban $44,4 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$) de bolnavi au suportat hepatita virală, iar în $55,6 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$) de cazuri răspunsul a fost negativ. Caracteristica mediului rural, la acest capitol denota: în $50,8 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) răspunsul pozitiv, iar în $49,2 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$) de respondenți nu au suportat hepatita virală în anamneză.

Pe parcursul studiului a fost analizată și evoluția bolii, anume, perioada medie în ani, de la suportarea hepatitei virale pînă la diagnosticarea cirozei hepatice. Această caracteristica pentru republică constituie $10,6 \pm 0,72$ ani, pentru mediul urban $-10,8 \pm 2,0$ ani și în mediul rural $10,4 \pm 0,72$ ani respectiv ($p > 0,05$).

Dintre persoane studiate care au suportat hepatita virală în anamneză: la $45,6 \pm 1,9\%$ de cazuri hepatita virală a fost provocată de HBV, în $22,4\%$ de cazuri de HCV, $8,1 \pm 2,9\%$ de HDV. Etiologia mixtă a hepatitei virale suportate este prezentată de: HBV+HCV în $6,6 \pm 2,3\%$ de cazuri, $7,7 \pm 1,9\%$ de HBV+ HDV, cîte $2,6 \pm 1,5\%$ – HBV+HCV+HDV și HCV+HDV respectiv

($p < 0,001$). Analiza mediului urban și rural la acest capitol denotă tabloul similar cu situația pe republică.

În urma cercetărilor a fost stabilit că, în structura morbidității prin patologii concomitente frecvența majoră de $68,8\% \pm 2,9\%$ aparține maladiilor sistemului gastro-intestinal. Pe locul II s-au plasat maladiile sistemului cardio-vascular $11,3\% \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$). Rata morbidității prin bolile concomitente sistemului gastro-intestinal este de $206,3 \pm 7,7$ cazuri la 100 de bolnavi intervievați. Este îngrijorat faptul că unui bolnav revin 2,1 patologii tractului gastro-intestinal (1:2,1), dintre care mai des întâlnite sunt pancreatite – în $38 \pm 2,6\%$ de cazuri, colecistite – $28,5 \pm 2,2\%$, gastro-duodenite – $10,3 \pm 1,6\%$, gastrite – $7,5 \pm 2,3\%$ ($p < 0,001$).

Starea sănătății și evoluția bolii pot fi monitorizate prin evidența la medic de familie sau la medic specialist de profil. În scopul diagnosticării precoce și a tratamentului adecvat a complicațiilor, bolnavilor cu CH compensată controlul medical activ, este recomandat cu frecvența adresării la medic de 4 vizite pe parcursul anului. Rata frecvenței vizitelor la medic în legătura cu CH în cadrul studiului petrecut se diferită. Majoritatea bolnavilor pe republică, în $39,1 \pm 1,6\%$, se adresează la medic în legătura cu diagnosticul de bază de 3 ori și mai mult pe an, ce corespunde recomandărilor actuale, în mediul rural fiind de $38,7 \pm 3,6\%$ ($p < 0,001$) de cazuri, în mediul urban cota majoră revine frecvenței de 2 ori pe an în $44,4 \pm 2,1\%$ ($p < 0,001$). A fost studiată și frecvența concediilor medicale pe parcursul anului în legătura cu ciroze hepatice. Majoritatea respondenților au răspuns că sunt în concediul medical de 2 ori pe an, pe republică $47 \pm 3,6\%$ ($p < 0,001$), $62,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) în mediul rural și $43,9 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) în mediul urban. O dată pe an în concediul medical sunt $45,2 \pm 1,6\%$ ($p < 0,001$) de bolnavi cu CH pe republică, $47,5 \pm 2,5\%$ ($p < 0,001$) în mediul rural și mai rar, în $34,5 \pm 2,3\%$ ($p < 0,001$) de cazuri din mediul urban. Ca excepție, frecvența concediilor medicala de 4 și de 7 ori pe an a fost înregistrată la bolnavii din mediul rural.

Au beneficiat de tratament staționar $97 \pm 2,6\%$ ($p < 0,001$) din bolnavii pe republică, în mediul rural – $96,4 \pm 1,9\%$ ($p < 0,001$) și în mediul rural – toți bolnavii au petrecut tratament în staționar. Reieșind din datele prezentate concluzionăm că, ciroza hepatică este o patologie gravă și prezența complicațiilor severe, ce necesită tratamentul în condițiile de staționar, cu suportarea cheltuielilor majore în evidența și îngrijirea acestui contingent de pacienți.

În urma studiului s-a stabilit că rata tratamentului de reabilitare a respondenților este foarte scăzută, și numai în $10,9 \pm 1,2\%$ ($p < 0,001$) de bolnavi pe republică au beneficiat de tratamentul sanatorial, frecvența căroră a fost maximum o dată pe toată perioada bolii, față de $89,1 \pm 3,1\%$ ($p < 0,001$) de cazuri care nu au beneficiat tratamentul de reabilitare sub nici o formă.

Concluzii

1. Printr-o cercetarea selectivă, în baza chestionarului elaborat, a fost studiată caracteristica medico-socială a adulților cu ciroze hepatice. Cercetările au stabilit că $82,9 \pm 2,2\%$ ($p < 0,001$) din bolnavii cu ciroza hepatică provin din localitățile rurale, sunt mai frecvent afectați bărbați în $58,7 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$) de cazuri, vârsta medie pe republică constituie $52,2 \pm 0,54\%$ ($p < 0,001$) ani, cea mai afectată grupa de vârstă 51-60 ani, indiferent de mediul de reședință. A fost constatat că vârsta medie de diagnosticare a bolii pe republică este de $48,9 \pm 0,55\%$ ani, rata persoanelor căsătorite – $86,7 \pm 3,4\%$ ($p < 0,001$), mai frecvent sunt afectați persoanele cu studii medii de specialitate – $45,4 \pm 3,2\%$ ($p < 0,001$), de categorie socio-profesională ca muncitori în $51,4 \pm 1,8\%$ de cazuri ($p < 0,001$).

2. Dintre cele mai des întâlnite noxe profesionale sunt numiți: lucru cu tutun – $37,0\%$ substanțe chimice nocive (polietilen, sulf, carbon, vopsea, acetonă, aburi etilice, sudare) caracteristici pentru mediul rural în $31,5\%$ de cazuri, și altele – $31,5\%$ (dezinfectanți, uleiuri, motorină, substanțe radioactive, sânge), cu durata medie de lucru în condiții nocive în mediul rural – $19,5 \pm 0,95$ ani și în mediul urban – $10,4 \pm 1,26$ ani respectiv ($p < 0,001$).

3. Prin calcularea χ^2 și aprecierea veridicității a fost determinată influența directă între mediul de reședință și gradul reducerii a vitalității. Mai afectate sunt persoane din mediul rural

51,5±3,2% (p<0,001), și frecvența majoră aparține gradului accentuat (gr. II) – 82,6±2,72% (p<0,001).

3. La 67,7±3,2% (p<0,001)) de persoane pe republică a fost stabilită etiologia virală a cirozei hepatice, cu cota majoră de ciroza hepatică provocată de HCV, în 99,2±1,0% (p<0,001) de cazuri bolnavii au prezentat faza activă a procesului, cu evoluția progresivă, și în 51,6±3,4% de cazuri pe republică posedă gradul subcompensat. Nici la o persoană interviuată nu a fost diagnosticată evoluția stabilă a procesului patologic. Din numărul total al persoanelor interviuați, au suportat hepatita virală în anamneză 49,7±2,5%(p<0,001) de cazuri pe republică, față de 50,3±2,2 % (p<0,001) de cazuri neafectate, și în 45,6±1,9% de cazuri hepatita virală a fost provocată de HBV. Perioada medie în ani, de la suportarea hepatitei virale pînă la diagnosticarea cirozei constituie 10,6±0,72 ani.

6. În structura morbidității prin patologii concomitente frecvența majoră de 68,8%±2,9% aparține maladiilor sistemul gastro-intestinal, și la un bolnav revin 2,1 patologii tractului gastro-intestinal (1:2,1). Au beneficiat tratamentul de staționar 97,0±2,6% (p<0,001) din bolnavi pe republică. Majoritatea respondenților au răspuns că sunt în concediul medical de 2 ori pe an. Rata tratamentul de reabilitare a respondenților este foarte scăzută, și numai în 10,9±1,2% (p<0,001) pe republică ele au beneficiat tratamentul sanatorial, frecvența căruia a fost maximum o dată pe toata perioada bolii, față de 89,1±3,1% (p<0,001) de cazuri cînd pacienții nu au beneficiat tratamentul de reabilitare sub nici o formă.

Bibliografie

1. Georgeta Zanoschi. Sănătatea Publică și Management Sanitar. EDIT DAN, Iași, 2003, p.12-18, 26-31.
2. Marcu Aurelia, Marcu G. M., Vitcu Anca Gabriela. Metode utilizate în monitorizarea stării de sănătate publică. București, 2002, p. 34-35, p. 124-142, p.178-179.
3. Promovarea sănătății și educație pentru sănătate. Școala Națională de Sănătate Publică și Management. Editura PUBLIC H PRESS, București, 2006, p.7-17.
4. Sănătatea Publică în Moldova. Anuar statistic, aa. 1998-2009. Centrul Național de Management în Sănătate. Chișinău.
5. Vladescu Cristian. Sănătatea Publică și Management Sanitar. Cartea Universitară, București, 2004, p.78.
6. Мировая статистика здравоохранения, 2009 год. ВОЗ, 2009 г., стр.150-151.
7. Web Site-ul: Organizației Mondiale Sănătății: www.who.int
8. Bazele de date on-line OMS: *European health for all database (HFA-DB)*. WHO, Regional Office for Europe, update, Iuly, 2011.

PARTICULARITĂȚILE ACTUALE DE ORGANIZARE ȘI DEZVOLTARE A SECTORULUI MEDICAL PRIVAT ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Larisa Catrinici

Catedra Medicină Socială și Management “Nicolae Testemițanu”, USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Current features in organization and development of private sector in the Republic of Moldova

Systemic approach to managing the organization and development of private medical segment is an option for improving the efficiency of health care.

Efficient use of private structural and functional capacity will contribute to increase investment efficiency in sector and to reduce the patient's inequities in access to universal health care.