

Impactul parodontal în anomaliile dentomaxilare: aspecte de evaluare și de tratament ortodontic complex

L. Avornic

Catedra Protetică Dentară și Ortodonție, USMF „Nicolae Testemițanu”

The Parodontal Impact of Dento-Maxillary Anomalies: Aspects of Assessment and Complex Orthodontic Treatment

The purpose of the work was to monitor and improve the condition of the parodontum in cases of dento-maxillary anomalies through complex medicamentary orthodontic treatment. Parodontal diseases were diagnosed in 78.05% of the cases with dento-maxillary anomalies. The orthodontic treatment utilized fixed appliances with slot .022” brackets, Straight-wire technique, individualized Roth prescription, and removable appliances with mechanical and functional action. The parodontal therapy included topical administration of BioR medicine, 0.1% gel. The posttreatment parodontal recovery presented different results dependent on adherence to the program of treatment and the various types of orthodontic apparatus applied. The study showed superior results in 80.8% of the patients treated with fixed appliances and 61.5% of those treated with removable appliances, compared to those given complex orthodontic treatment with fixed appliances.

Key words: dento-maxillary anomalies, periodontal disease, complex orthodontic treatment.

Влияние зубочелюстных аномалий на состояние пародонта: аспекты течения и комплексного ортодонтического лечения

Целью работы было улучшение состояния пародонта при зубочелюстных аномалиях посредством проведения комплексного, ортодонтически-медикаментозного лечения. При первичном осмотре были выявлены заболевания пародонта у 78,05% пациентов с зубочелюстными аномалиями. Ортодонтическое лечение проводилось с помощью несъемных аппаратов в технике прямой дуги с индивидуализированными элементами и со съёмными аппаратами с механическим и функциональным действием. Пародонтальное лечение включало местное применение препарата BioR, гель 0,1%. Выздоровление наступило у 61,5% пациентов, лечённых пластинками и 80,8% – с несъёмными аппаратами.

Ключевые слова: зубочелюстная аномалия, заболевание пародонта.

Introducere

Actualitatea temei este determinată de creșterea continuă a frecvenței anomaliilor dentomaxilare (AnDM) și a afecțiunilor parodontiului marginal la populație, în special la copii și la tineri. Frecvența afecțiunilor parodontiului la copiii din Republica Moldova atinge la vârsta de 15 ani 96,8% din cazuri [1]. Frecvența AnDM are tendință de creștere, descrisă de mulți autori și prezintă variații de la o colectivitate la alta. În Republica Moldova s-a determinat o prevalență de 25,2‰ ± 0,4‰ a AnDM la adolescenții de 16-17 ani [2]. Dorobăț V. și colab. (2001) au relevat la vârsta de 7 ani o frecvență de 71,6% a AnDM [3]. În SUA 75% dintre copiii de 6-11 ani prezintă AnDM [4]. În Rusia AnDM afectează 49% dintre copiii cu dentiție mixtă și 35% – cu dentiție permanentă (Хорошилкина Ф., 1994).

Problema corelațiilor ortodontico-parodontologice evidențiază faptul că anomaliile dentomaxilare sunt o condiție favorabilă de apariție și de menținere a cauzei principale în afecțiunile parodontale – placa bacteriană.

Dereglarea troficității parodontale și, respectiv, înrăutățirea microcirculației periferice are loc pe contul schimbului condițiilor de solicitare a grupurilor separate de dinți, ceea ce provoacă un stres suplimentar în țesuturile periodontale și ale parodontiului în întregime [5, 6, 7].

Astfel, anomaliile dentomaxilare, îndeosebi dizarmoniile dentoalveolare cu înghesuire, provoacă dereglări în arhitectura dentogingivală, ceea ce generează spre apariția locurilor de retenție cu autocurățare dificilă și, ca rezultat, acumularea

progresivă a depunerilor dentare, suprasolicitările traumatice dentoparodontale și ocluzale [1, 3, 6, 8].

Măsurile ortodontice trebuie să asigure profilaxia sau intercepta leziunilor parodontale (Bassigny, Chabre, 1984). Această opinie este susținută și de С. Б. Улитовский (2003): „Înlăturarea anomaliilor dentomaxilare, îndeosebi legate de înghesuirile dentare, poate fi și trebuie privită ca element important în profilaxia afecțiunilor parodontale”. Totodată, prin măsuri ortodontice se poate ameliora situația parodontală în cazul parodontopatiei deja apărute, cu stabilizarea de durată a rezultatelor obținute [9, 10, 11].

Este cunoscut faptul că deplasările dentare în tratamentul ortodontic pot provoca modificări la nivelul parodontiului; nu asistăm la o deplasare a unui periodonțiu inert, ci la o remodelare, o remaniere fibrilară permanentă care, de fapt, este o particularitate importantă în succesul tratamentului ortodontic. În final, grație acestor remanieri tisulare, totul se produce de parcă dintele s-ar deplasa cu osul său de susținere (Fontenelle, 1982).

În tratamentul ortodontic se impun mijloace de profilaxie și de tratament al afecțiunilor parodontale preexistente sau potențial apărute pe parcurs.

Scopul studiului

Monitorizarea și ameliorarea sub aspecte clinice, paraclinice a afecțiunilor parodontale în anomaliile dentomaxilare, prin realizarea tratamentului complex, ortodontic-medica-

Materiale și metode de cercetare

Studiul s-a bazat pe analiza datelor a 82 de pacienți cu diferite anomalii dentomaxilare, asociate cu afecțiuni parodontale. Vârsta medie a pacienților a alcătuit $13,98 \pm 0,38$ ani cu un diapazon între 8 și 22 de ani. Pacienții au fost selectați și incluși în studiu conform adresabilității la ortodont.

Stabilirea diagnosticului ortodontic și a metodei eventuale de tratament s-a efectuat în baza: examenului subiectiv și celui obiectiv exo- și endooral al pacientului; a studiului de model (indicele Pont, analiza Bolton, Howes, a spațiului total după Tweed); a analizei ortopantomografiei și a teleradiografiei de profil (Tweed, Ricketts Steiner, Björk).

Evaluarea respectării igienei orale s-a efectuat prin determinarea indicelui igienic oral simplificat – OHI-S după G. Green, I. Vermillion, 1964. Evaluarea afecțiunilor parodontale s-a efectuat prin: examen clinic endooral; determinarea indicelui gingivitei PMA în modificarea Parma (1960) a indicelui de hemoragie papilară IHP Mühlemann (1971); examen radiologic dentoparodontal; examen citologic exfoliativ al epitelului gingival. Monitorizarea clinică și paraclinică a pacienților s-a efectuat la adresare, precum și în dinamica succesiunii etapelor de tratament ortodontic: 1 lună, 3 luni, 6 luni, 12 luni și 1 lună posttratament ortodontic.

Pacienții au fost repartizați în 2 loturi, criteriul de divizare fiind varietatea terapiei parodontale utilizate în tratamentul ortodontic complex. **Lotul I (de studiu)** a fost alcătuit din 52 de pacienți (63,41%), inclusiv 16 băieți (30,77%) și 36 de fete (69,23%) cu vârsta medie de $14,2 \pm 0,5$ ani. Conform varietății de aparat ortodontic utilizat, pacienții din lotul I au fost divizați în 2 grupuri: *grupul 1 (aparate fixe)* – 22 de pacienți (42,31%) și *grupul 2 (aparate mobilizabile)* – 30 de pacienți (57,69%). Terapia parodontală a inclus realizarea măsurilor de igienă profesională și administrarea topică a preparatului BioR, gel 0,1%, conform schemei propuse.

Lotul II (de referință) a fost constituit din 30 de pacienți (36,59%), cu vârsta medie de $13,6 \pm 0,6$ ani, dintre care 6 băieți (20%) și 24 de fete (80%). În funcție de criteriul de sex al pacienților, loturile nu s-au deosebit veridic ($\chi^2 = 1,80$, $p > 0,05$). În funcție de varietatea aparatului ortodontic, pacienții au fost distribuiți în 2 grupuri: *grupul 3 (aparate fixe)* – 14 pacienți (46,7%) și *grupul 4 (aparate mobilizabile)* – 16 pacienți (53,3%). S-a realizat terapia parodontală cu preparate de rutină (Григорьян А., Грудянов А., 2004).

Prin realizarea măsurilor locale și generale de pretratament ortodontic la pacienții incluși în studiu, cu componente terapeutice, chirurgicale, psihice, s-a reușit ameliorarea stării parodontiului marginal, jugularea proceselor inflamatorii parodontale acute sau exacerbate. Obligatoriu s-au recomandat vizite la stomatolog pentru asanarea cavității orale și pentru realizarea complexului de măsuri în igiena profesională cu terapia medicamentoasă (la necesitate).

După diagnosticarea ortodontică a subiecților și după stabilirea planului de tratament, s-au indicat extracții dentare ca metodă de creare a spațiului în arcada dentară la 23 de pacienți (28% din lotul total), cu înghesuiri dentare, într-un caz clinic s-a efectuat gectomia dintelui 25, aflat în retenție. La 2 pacienți, cu incluzie de canini, s-a indicat excizia țesutului fibros mucoperiosteal, cu denudarea coroanei, pe care s-a aplicat ulterior elementul aparatului fix. S-a indicat efectuarea operațiilor de frenuloplastie – la 19 pacienți (23,17%) și de vestibuloplastie – la 5 pacienți (6,09%).

Pacienților li s-a realizat un tratament ortodontic cu aparate fixe moderne – sisteme poliagregat preajustate cu *bracket-uri* (fig. 1), slot $.022 \times 030$, în tehnica *Straight-wire* – la 36 de pacienți (43,9%) și cu aparate mobilizabile (fig. 2) – la 46 de pacienți (56,1%).

Tratamentul ortodontic cu aparate fixe s-a efectuat în tehnica mecanicii de alunecare pe arc drept, prescripție Roth, cu elemente de individualizare. S-a respectat succesiunea fazelor și a etapelor de tratament (I. Zetu, 2000; E. Cocărlă, 2002; V. Trifan, 2002; G. Mihailovici, 2006), precum urmează: faza I de tratament cu etapele de aliniere și de nivelare a dinților, control al ancorajului molar, distalizare a caninilor, corectare a relațiilor molare; și faza II de tratament cu etapele de reducere a supraacoperirii, închidere a spațiilor și reducere a treptei sagitale, corecție a liniei mediane, finisare a ocluziei.

Individualizarea tehnicii arcului drept a ținut de efectuarea îndoiturilor pe arc de ordinul I, II și III, cu scop de compensare a greșelilor de amplasare a *bracket-urilor* (pe dinții malpoziționați), de control al ancorajului lateral, de corecție (hipercorecție) a curbei Spee prin extruzii laterale inferioare, îndoituri artistice în zona frontală, redare suplimentară de *torque* vestibular sau oral unor dinți sau grup de dinți.

Datele explorărilor au fost prelucrate computerizat prin metode de analiză variațională. Pentru estimarea diferențelor



Fig. 1. Aparat ortodontic fix.

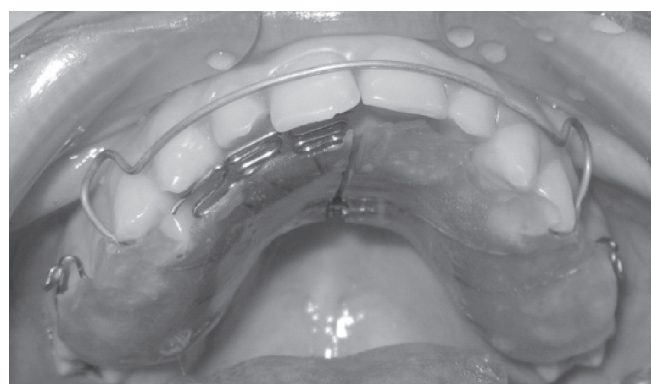


Fig. 2. Aparat ortodontic mobilizabil.

veridice în mediile a două grupuri, s-a utilizat criteriul Student.

Rezultate, discuții

Investigațiile, la adresare, au determinat prezența afecțiunilor parodontale la 64 de pacienți (78,05%), iar 18 pacienți (21,95%) au fost parodontologic sănătoși (fig. 3).

Explorarea clinică și paraclinică a pacienților cu anomalii dentomaxilare a determinat malocluziuni conform clasificării Angle (1888), precum urmează: clasa I Angle – 49 de pacienți (59,7%); clasa II Angle – 29 de pacienți (35,4%); clasa III Angle – 4 pacienți (4,9%).

Analiza evoluției afecțiunilor parodontale în dinamica tratamentului ortodontic

Analiza stării parodontiului pe parcursul tratamentului ortodontic complex s-a efectuat în funcție de apartenența la lot a pacienților și de varietatea aparatului ortodontic utilizat: fix (grupul 1) sau mobilizabil (grupul 2).

În funcție de apartenența la lot, evaluarea formelor nosologice ale afecțiunilor parodontale a constatat în: lipsa formelor grave de afectare parodontală; dominarea gingivitei catarale cronice în 51,9%-64,7% din cazuri, în lotul I, și în 34,5%-60% din cazuri, în lotul II; exacerbarea procesului cataral s-a produs în creștere în primele luni de tratament în ambele loturi, dar cu o amplasare veridică mai mare ($p < 0,05$) în lotul II, cu o frecvență maximă către 3 luni în lotul

de studiu (21,2% din cazuri) și 6 luni în lotul de control (31% din cazuri); creșterea frecvenței gingivitei hipertrofice cu cote maxime către 1 an de tratament, dar cu o valoare veridică diferită ($p < 0,01$) în loturi – 21% din cazuri, în lotul I, și 35% din cazuri, în lotul II, după care a urmat o descreștere a frecvenței, atingând la 1 lună posttratament 2,3%, în lotul I, și 4,0%, în lotul II (fig. 4, 5).

S-a obținut o frecvență veridică mai redusă a exacerbării procesului cataral și a gingivitei hipertrofice în lotul de studiu, explicată prin stimularea imunității locale și prin atenuarea reacției hiperplazice de răspuns a parodontiului marginal la intervențiile ortodontice pe fundal imunomodulat de către preparatul BioR.

Obținerea nivelului de însănătoșire parodontală la 73,8% dintre pacienți în lotul I (sănătoși la adresare – 21,1%) și la 65,2% dintre pacienți în lotul II (sănătoși la adresare – 23,3%) o atribuim realizării tratamentului ortodontic complex la pacienții cu anomalii dentomaxilare. Persistența postortodontică a gingivitelor se atribuie nerespectării igienei orale, cu menținerea cauzei – placa bacteriană, proceselor de erupție a dinților permanenți (gingivită catarală acută), precum și aritmiei juvenile a statusului hormonal cu influențe asupra parodontiului (fig. 6).

În funcție de varietatea aparatului ortodontic utilizat, s-au înregistrat modificări parodontale mai evidente în cazul tratamentului cu aparate fixe, ceea ce denotă un grad mărit

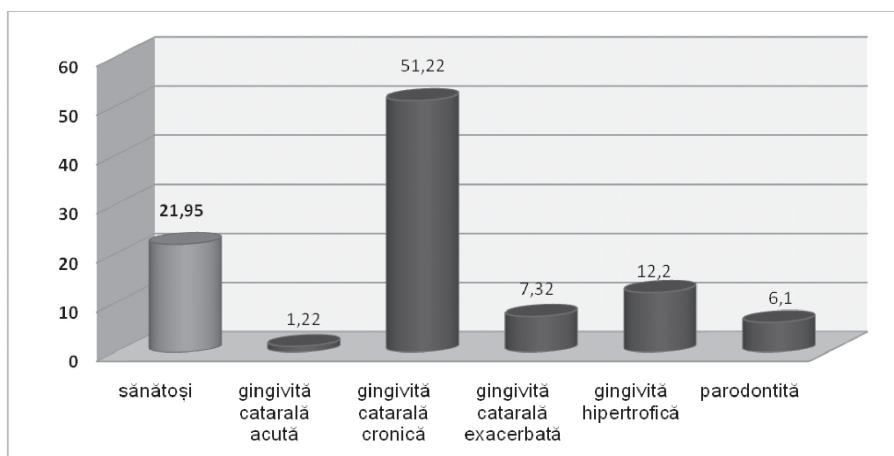


Fig. 3. Distribuția, la adresare, a formelor nosologice ale afecțiunilor parodontale (%).

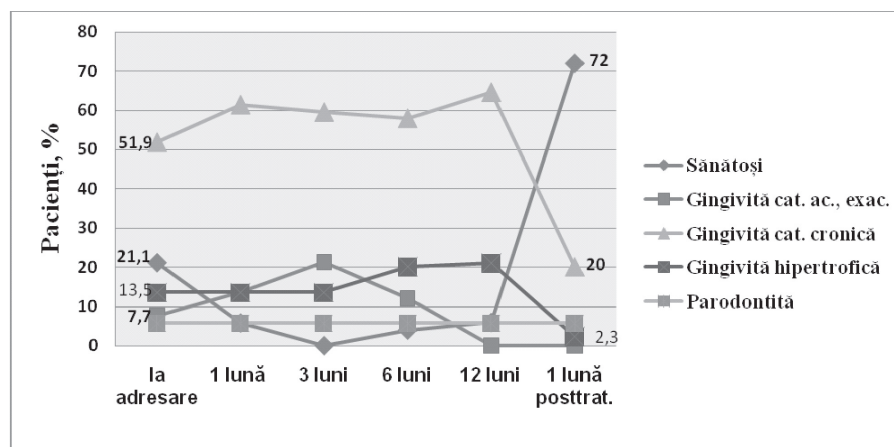


Fig. 4. Evaluarea afecțiunilor parodontale în lotul I.

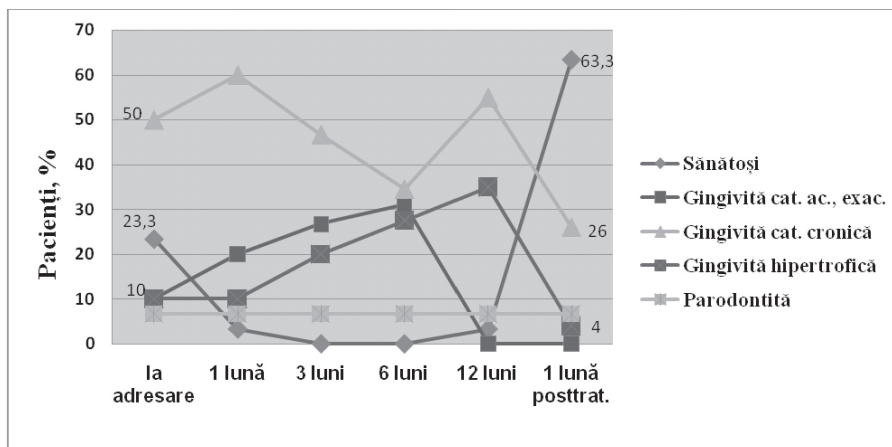


Fig. 5. Evaluarea afecțiunilor parodontale în lotul II.

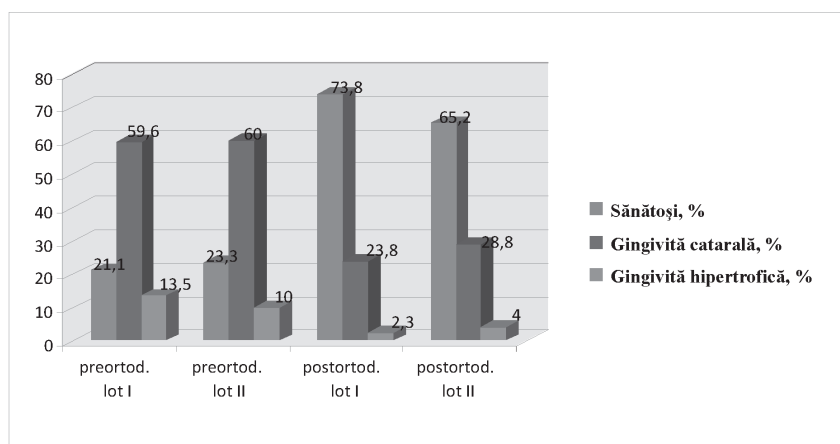


Fig. 6. Evaluare comparativă pre- și postortodontică pe loturi a afecțiunilor parodontale (%).

de implicare a complexului parodontal în acest tratament, cu inducerea remanierilor complexe ale aparatului de susținere dentar.

Starea de fond a tratamentului în ambele grupuri a fost gingivita catarală cronică, majoritar caracteristică grupului 2, cu un diapazon de frecvență între 36,1%-58,3%, în grupul 1, și 52,2%-75%, în grupul 2.

Analiza postortodontică a stării parodontiului a determinat starea de „sănătos” la 80,8% dintre pacienții tratați cu aparate fixe (la adresare fiind 27,7%) și la 61,5% dintre pacienți tratați cu aparate mobilizabile (la adresare – 17,4%). În acest context acordăm supremație tratamentului cu aparate fixe, care permit alinierea perfectă a dinților în arcade, cu ameliorarea arhitecturii gingivodentare (favorabilă deflexiunii alimentare, autocurățirii corespunzătoare), înlăturarea rapoartelor ocluzale traumatogene, restabilirea esteticii.

Monitorizarea comparativă a indicilor clinici de starea igienei orale și parodontiului

În dinamica tratamentului ortodontic, valorile *indicii OHI-S* nu s-au deosebit veridic ($p > 0,05$) în cele 2 loturi de pacienți, iar în raport cu varietatea aparatului ortodontic utilizat, am desemnat valori ale *OHI-S* veridic ($p < 0,05$) mai înalte la purtătorii de aparate fixe versus de cei cu aparate mobilizabile. Modificările valorilor *indicii PMA* au fost dependente de: etapa tratamentului ortodontic, apartenența la lot a pacienților, varietatea aparatului utilizat în tratament.

S-a determinat creșterea valorilor la început de tratament cu valori maxime către 6 luni – 32,8%, după care a urmat o descreștere a valorilor cu minime veridice ($p < 0,001$) la 1 lună posttratament ortodontic – $3,6\% \pm 0,56\%$. Monitorizarea hemoragiei papilare prin determinarea *indicii IHP* a denotat o evoluare similară a *indicii PMA*. S-a atestat ascensiunea valorilor *IHP* la început de tratament, cu maxime către 6 luni – $0,94 \pm 0,05$ unități; după care urmează descreșterea lor veridică ($p < 0,001$), cu minime la 1 lună posttratament ortodontic – $0,1\% \pm 0,02$ unități.

Analiza radiologică a modificărilor parodontale

Studierea radiogramelor până și după tratamentul ortodontic a determinat particularități structurale, în funcție de vârstă, ale oaselor maxilare și ale componentelor parodontiului la copii, care se află în permanentă dezvoltare și restructurare. Edificarea radiologică a modificărilor parodontale s-a efectuat prin studiul a 4 simptome: continuitatea compactei osoase, resorbția osoasă, osteoporoza apofizelor alveolare, lărgirea fantei periodontale.

Gingivitele catarale și cele hipertrofice, cu forme de manifestare ușoară și medie, n-au prezentat modificări ale tabloului radiologic, decât o slabă osteoporoză (reversibilă) în cazul gingivitei hipertrofice, forma medie. Parodontitele cronice generalizate au prezentat un tablou radiologic caracteristic formelor ușoare și medii de manifestare, iar post-ortodontic s-au determinat semne de remisiune a procesului

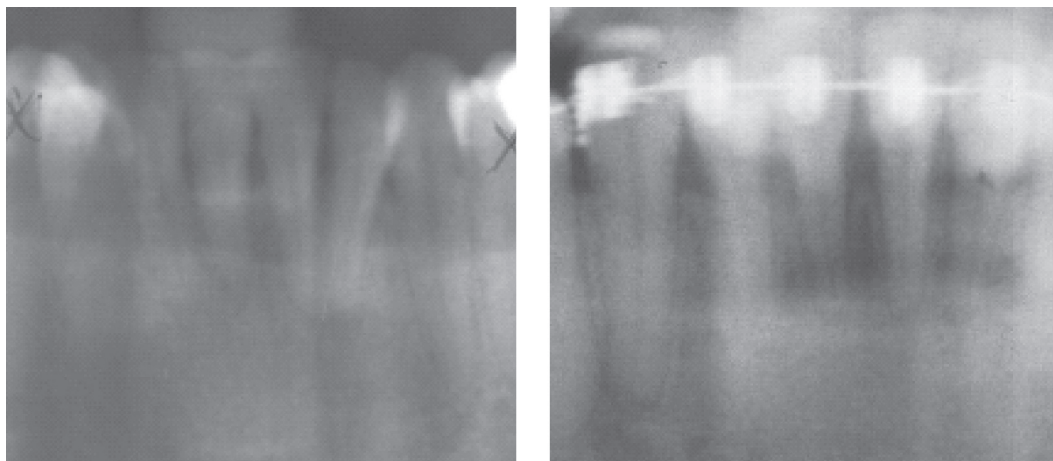


Fig. 7. Tabloul radiologic pre- și postortodontic, parodontită cronică generalizată, forma de gravitate medie.

inflamator-distructiv (fig. 7), cu restabilirea integrității și a continuității compactei osoase; restabilirea vârfurilor septurilor interdentare, a fantei periodontale uniforme pe traiect; micșorarea gradului de osteoporoză cu desen trabecular clar.

Modificări citologice ale epiteliului gingival în dinamica tratamentului ortodontic-medicamentos

Componenta de bază a șirului celular al citogramelor gingiei o constituie celulele epiteliale pavimentoase (neomogene, de diferite tipuri), prezente atât în normă, cât și în patologie. În normă, citogramele epiteliului gingival au prezentat celule epiteliale de tipul 3, adică celule epiteliale superficiale sub formă de plăci cu nucleu compact mic și cu citoplasmă acromată; leucocite segmentate, mononucleare în număr mic.

În gingivita catarală cronică, citogramele au determinat: un câmp abund în elemente celulare; apariția celulelor epiteliale tinere, uneori și a celulelor bazale (deviere spre „stânga”); creșterea numărului de leucocite segmentate; creșterea numărului de mononucleare. În cazul gingivitei hipertrofice, raportul mononucleare/ leucocite a fost mărit cu apariția plachetelor leucocitare; crește numărul complexelor epiteliale cu predominarea celulelor bazale și tinere. În parodontită, pe lângă cele sus-numite, apare și contaminarea microbiană (în cazul prezenței în cantități mari a depunerilor dentare) sub forma unor incluziuni bazofile în citoplasma celulelor epiteliale, semne de citopatologie ca distrofia vacuolară. Aceste fenomene adevăresc persistența proceselor inflamatorii cronice, recidivante în parodonțiul marginal.

După terapia medicamentoasă, mai evident în lotul de studiu, s-a determinat micșorarea numărului de celule în citograme, cu prezența leucocitelor segmentate diseminate, a mononuclearelor în număr mic și cu dispariția plachetelor leucocitare, a contaminării microbiene. Analiza citologică pre- și postterapie medicamentoasă a apreciat dinamica de stare a parodonțiului marginal, mai evidentă în lotul de studiu. Tabloul citologic a fost corelativ celui clinic. Contaminarea microbiană a celulelor epiteliale a fost determinată în mare măsură de starea igienei orale și nu atât de gradul de severitate a procesului ca atare.

Concluzii

1. Frecvența afecțiunilor parodontale la subiecții cu anomalii dentomaxilare este înaltă și a alcătuit 78,05% din numărul celor examinați, dintre care: gingivita catarală a constituit 76,6%; gingivita hipertrofică – 15,6%; parodontita – 7,8%.

2. Evaluarea stării parodonțiului în tratamentul ortodontic a determinat variații clinice, dependente de etapa de tratament, medicația parodontală, varietatea aparatului ortodontic, starea igienei orale. Tabloul clinic a fost dominat de gingivita catarală cronică în 51,9%-64,7% din cazuri, în lotul I, și în 34,5%-60% din cazuri, în lotul II, cu exacerbări în 21,2% din cazuri, în lotul I, și în 31% din cazuri, în lotul II. S-a constatat creșterea frecvenței gingivitei hipertrofice cu o valoare veridică diferită în loturi ($p < 0,01$): 21% din cazuri, în lotul I, și 35% din cazuri, în lotul II către 1 an de tratament.

3. Însănătoșirea parodontologică veridică ($p < 0,01$) posttratament la 73,8% dintre pacienți, în lotul I, și la 65,2% dintre pacienți, în lotul II, argumentează necesitatea și eficiența tratamentului ortodontic complex, asociat cu administrarea preparatului BioR la pacienții cu anomalii dentomaxilare și cu afecțiuni parodontale.

4. Dinamica stării parodonțiului marginal denotă modificări mai semnificative în cazul tratamentului cu aparate ortodontice fixe. Gingivita catarală cronică s-a determinat în 36,1%-58,3% din cazuri, în grupul 1, și în 52,2%-75% din cazuri, în grupul 2. Gingivita hipertrofică a fost mai frecventă în grupul 1, unde atinge cota maximă de 36,1% din cazuri, către 6 luni de tratament.

Dar obținerea nivelului de însănătoșire parodontologică la 80,8% dintre pacienții tratați cu aparate fixe versus 61,5% dintre cei tratați cu aparate mobilizabile, acordă supremație tratamentului ortodontic cu aparate fixe.

Bibliografie

1. Godoroja P., Spinei A., Spinei Iu. Stomatologie terapeutică pediatrică. Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, 2003, p. 257-267.
2. Granciu Gh. Clasificarea medico-geografică a nivelului prevalenței anomaliilor dentomaxilare la adolescenții Republicii Moldova. Probleme actuale de stomatologie. Materialele Congresului XII național al stomatologilor din Republica Moldova, 3-4 octombrie, 2003, p. 76-79.

3. Dorobăț V., Stanciu D. Ortodonție și ortopedie dento-facială. Editura Medicală, București, 2003, 501 p.
4. Proffit W., Fields H. Contemporary Orthodontics. St. Louis, Mosby-Year Book, 1993, p. 593-596.
5. Dumitriu H., Dumitriu S. Parodontologie. Ed. Viața Medicală Românească, 1999, p. 124-126, 176-178.
6. Eni A. Afecțiunile complexului mucoparodontal. Centrul Editorial-Poli-grafic Medicina, Chișinău, 2007, 380 p.
7. Гюева Ю., Базикян Э., Селезнев Д. Применение карнозина для лечения гингивита у пациентов, находящихся на ортодонтическом лечении. Ортодонтия, 2005, № 3 (31), с.60-62.
8. Grivu Ov., Podariu A., Băilă A., Pop I. Prevenția în stomatologie. Editura Mirton, Timișoara, 1995, p. 150-157.
9. Artun J., Osterberg S. Periodontal status of secondary crowded mandibular incisors. Long-term results after orthodontic treatment. J. Clin. Periodontol., 1987; 14 (5): 261-266.
10. Cardaropoli D., Abundo R., Corrente G. Reduction of gingival recession following orthodontic intrusion in periodontally compromised patients. Orthod. Craniofacial Res., 2004; 7: 35-39.
11. Carranza F. A., Newman M. G. Clinical Periodontology. 8th ed., W. B. Saunders Co., 1996: 85-100, 559-564.

Lucia Avornic, asistent universitar
Catedra Protetică Dentară și Ortodonție
USMF „Nicolae Testemițanu”
Chișinău, bd. Negruzzi, 3
E-mail: cigorin@rambler.ru
Tel.: 544304

Recepționat 20.11.2009

ARTICOLE DE PROBLEMĂ, SINTEZĂ ȘI PRELEGERI

Evaluarea situației curente și strategia de dezvoltare a sistemului național informațional în sănătate

B. Golovin, M. Ciocanu

Centrul Național de Management în Sănătate al Ministerului Sănătății

The Development Strategy of the National Health Information System

The Strategic Plan for the development of a national health information system (NHIS) was developed based on the results of the NHIS evaluation survey in Republic of Moldova, carried out with the support of the Health Metrics Network (HMN). The HMN Assessment and Planning Workbook were developed by HMN in order to assure the data's comparability with World Health Organization member states.

Key words: development strategy, national health information system.

Оценка текущей ситуации и стратегия развития национальной информационной системы здоровья

При разработке Стратегического плана развития национальной информационной системы здоровья (НИСЗ) были использованы результаты исследования по оценке НИСЗ Республики Молдова, проведенного при поддержке Сети по Показателям Здоровья (СПЗ). Для обеспечения сравнительной оценки данных между странами, являющимися членами Всемирной организации здравоохранения, было использовано Руководство по стратегическому планированию информационной системы здравоохранения, разработанного СПЗ.

Ключевые слова: стратегия развития, национальная информационная система здоровья.

Introducere

Informația privind sănătatea reprezintă o sursă importantă pentru o bună dirijare și în luarea deciziilor. Sistemele naționale informaționale în sănătate (SNIS) reprezintă o funcție centrală în sistemul de sănătate al fiecărei țări. Sistemul informațional în sănătate are ca funcție principală transformarea datelor colectate în informații utile, care vin să sprijine eforturile medicilor și ale managerilor de la diferite niveluri în luarea deciziilor. Sistemul informațional în sănătate trebuie să ofere informații autentice și unui număr important de persoane din afara sistemului de sănătate (donatori, cercetători, jurnaliști) care, în timp, devin tot

mai interesate de procesele medico-demografice, morbiditatea populației și de consumul de servicii medicale. Studiile de caz, realizate în anii precedenți, au remarcat că sistemul informațional în sănătate din Republica Moldova reflectă mai degrabă nevoile trecutului și este în mare parte orientat spre monitorizarea contribuțiilor, activităților și a controlului administrativ. Multe dintre datele colectate nu sunt analizate. Există decalaje semnificative între generarea datelor și difuzarea informațiilor. Acest lucru limitează utilitatea informațiilor în informarea deciziilor. Colectarea datelor este fragmentară, cu legături precare între diferite seturi de date, se atestă multe dublări ale datelor colectate.