

CZU: 616-056.52

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT  
AL OBEZITĂȚII

Olga CERNELEV,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu**Rezumat**

Pornind de la premisa că promovarea unui mod de viață sănătos prin alimentație rațională și practicarea zilnică a activității fizice în rândul populației trebuie să aibă prioritate, amploarea actuală a obezității impune reconfigurarea sistemului de sănătate din întreaga lume. În prezentul articol se propune un algoritm de conduită menit să ajute specialiștii în selectarea celor mai bune variante de tratament pentru un pacient cu obezitate, ținând cont de impactul asupra rezultatului, precum și de raportul risc (valoarea indicelui masei corporale  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) – beneficiu al anumitor mijloace de prevenire și tratament al acestei boli netransmisibile. Instrumentul menționat poate fi util atât specialistului, cât și pacientului, contribuind la înțelegerea fiecărei etape și la urmărirea evoluției schemei de tratament.

**Cuvinte-cheie:** obezitate, management, algoritm

**Summary****Aspects in diagnostics and treatment of obesity**

Starting from the premise that the promotion of a healthy lifestyle through healthy nutrition and daily practice of physical activity among the population must take precedence, the current situation of obesity requires the reconfiguration of the health system around the whole world. This article proposes an algorithm of conduct designed to help specialists in selecting the best treatment options for a patient with obesity, considering the impact on outcome and the risk ratio (body weight index  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>) – benefit of some means of preventing and treating this non-communicable disease. This tool can be useful to both the specialist and the patient, contributing to understanding each step and following the evolution of the treatment scheme.

**Keywords:** obesity, management, algorithm

**Резюме****Аспекты диагностики и лечения ожирения**

Исходя из того, что пропаганда здорового образа жизни с помощью рационального питания и ежедневной практики физической активности среди населения должна иметь приоритет, нынешний масштаб ожирения требует реконфигурации системы здравоохранения во всем мире. В этой статье предлагается алгоритм поведения, предназначенный для помощи специалистам в выборе оптимальных вариантов лечения для пациента с ожирением с учетом влияния на исход и соотношения риска (индекс массы тела  $\geq 25$  кг/м<sup>2</sup>) – пользы от некоторых средств профилактики и лечения этого

неинфекционного заболевания. Этот инструмент может быть полезен как специалисту, так и пациенту, способствуя пониманию каждого шага и следуя эволюции схемы лечения.

**Ключевые слова:** ожирение, управление, алгоритм

**Introducere**

Obezitatea reprezintă o cauză majoră a stării de sănătate precare, invalidității, pensionării anticipată pe caz de boală și a morții premature datorate complicațiilor. Această boală netransmisibilă este o provocare pentru individ, pentru familia acestuia și furnizorii serviciilor de sănătate, fapt confirmat de rezultatele statisticilor internaționale și ale celor naționale.

Potrivit Organizației Mondiale a Sănătății, în anul 2016, peste 1,9 miliarde de adulți sufereau de exces de greutate, iar circa 560 milioane de persoane erau obeze [29, 34]. În România, 34,6% din persoane sufereau de supraponderare, iar 24,7% erau obeze [19, 20].

De asemenea, studiul STEPS a relevat faptul că în Republica Moldova, circa 6 din 10 persoane erau supraponderale (IMC  $\geq 25$  kg/m<sup>2</sup>). Proporția femeilor obeze (28,5%) a fost de 1,6 ori mai mare în comparație cu cea a bărbaților (17,8%) [29].

Surplusul de greutate prezintă un risc înalt pentru apariția și dezvoltarea tulburărilor metabolice (hiperglicemie, dislipidemie etc.), endocrine (insulinorezistență, hiperinsulinism, tulburări ale hormonilor sexuali etc.), digestive (steatoză hepatică, litiază biliară), respiratorii (apnee obstructivă de somn, probleme de hipoventilație, astm bronșic ș.a.). Datele studiilor în domeniu denotă că obezitatea condiționează apariția a circa 44% din problemele cauzate de diabetul zaharat, 23% de boli cardiovasculare și 7-41% de anumite forme de cancer [33, 34].

Ca urmare a dezvoltării complicațiilor fizice și/sau psihologice generate de excesul de greutate, există riscul de afectare socială a populației. Acest fenomen se manifestă prin scăderea productivității muncii și sporirea numărului de pensii pentru dizabilități etc. [23, 33]. Astfel, rezultatele unor cercetări demonstrează că atât bărbații, cât și femeile cu obezitate primesc o penalizare la salariu. Acest fapt este motivat prin nivelul de productivitate mai redus în rândul persoanelor cu exces de greutate, care se manifestă prin scăderea volumului și deprecierea calității forței de muncă [2, 16].

Prin riscul sporit de apariție și dezvoltare a bolilor netransmisibile și a incapacității de muncă, obezitatea își extinde povara financiară asupra sistemului de sănătate, generând o serie de costuri (spitalizarea, farmacoterapia, testele de laborator, investigațiile radiologice, îngrijirile pe termen lung

etc.). În plus, sistemul de sănătate are de suportat cheltuieli pentru echipamentele speciale utilizate în îngrijirea persoanelor obeze [31, 34].

Pentru a face față acestei probleme de sănătate publică, este nevoie urgentă de sensibilizarea societății, implementarea acerbă a politicilor de prevenire, depistare timpurie, educație și management corespunzător al obezității.

Deseori, specialiștii se lovesc de problema insuficienței sau a lipsei unor îndrumări privind administrarea corectă și în timp util a unor metode de prevenire și combatere a obezității în rândul populației. În acest sens, sunt necesare intervenții bazate pe dovezi, care ar fi concentrate pe obiective realiste și pe o gestionare multidisciplinară pe tot parcursul vieții.

Terapia comportamentală abordează direct obiceiurile nocive (alimentația irațională, practicarea insuficientă a activității fizice etc.), care necesită schimbare pentru a pierde în greutate și a menține masa ponderală în limite normale. Farmacoterapia poate ajuta pacienții cu valori ale indicelui masei corporale (IMC) sporite să mențină conformitatea și să reducă riscurile de sănătate legate de obezitate. Intervențiile chirurgicale reprezintă un instrument eficient pentru obezitatea morbidă pe termen lung.

O monitorizare adecvată poate încetini sau chiar stopa sporirea indicelui masei corporale, precum și bolile asociate obezității. Totodată, managementul adecvat al obezității poate contribui semnificativ la sporirea speranței de viață și a calității acesteia în rândul populației [31, 34].

În contextul celor expuse, **scopul** studiului efectuat este să propună un algoritm de conduită menit să ajute specialiștii în selectarea celor mai bune variante de tratament pentru un pacient cu obezitate, ținând cont de impactul asupra rezultatului, precum și de raportul risc (valoarea  $IMC \geq 25 \text{ kg/m}^2$ ) – beneficiu al anumitor mijloace de prevenire și tratament al acestei boli netransmisibile. Instrumentul menționat poate fi util atât specialistului, cât și pacientului, contribuind la înțelegerea fiecărei etape și la urmărirea evoluției schemei de tratament.

### Materiale și metode

Articolul rezumă și evaluează algoritmul de conduită al specialistului, care include diagnosticul, evaluarea și managementul obezității. Noutatea expunerii de față constă în încercarea de a grupa o serie de proceduri într-un algoritm de conduită integrat și multidisciplinar, ce reunește știința clinică cu sănătatea publică. Algoritmul propus are scopul de a oferi îndrumări practice bazate pe dovezi în prevenirea și tratamentul obezității. Totodată, acest instrument ar asigura un sistem continuu de monito-

rizare a bolii, pentru îmbunătățirea calității examinării clinice și paraclinice a individului, implementarea obligatorie a screeningului obezității, sporirea ratei depistării la timp a valorilor sporite ale indicelui masei corporale, precum și pentru reducerea nivelului comorbidităților și a deceselor datorate acestora.

Elaborarea algoritmului de management al obezității s-a bazat pe studierea literaturii publicate la nivelele național și internațional. Au fost cercetate 209 surse bibliografice, inclusiv publicații la simpozioane, congrese; monografiile, protocoale clinice și ghiduri consacrate subiectului menționat.

### Rezultate și discuții

Potrivit definiției date de către experții Organizației Mondiale a Sănătății, obezitatea este o "boală caracterizată prin acumularea excesivă de grăsime în corp, într-o proporție care este periculoasă pentru sănătate", iar pentru cuantificarea creșterii ponderale sunt recomandați doi parametri antropometrici: indicele de masă corporală (IMC) și circumferința abdominală (CA) [33, 35]

Cheia succesului în prevenirea și combaterea obezității în rândul populației rezidă într-o monitorizare și o gestionare eficientă a acestei boli netransmisibile. În acest sens, este expus algoritmul de conduită care poate fi implementat în activitatea medicilor de familie, a nutriționiștilor, asistentelor medicale etc. (*v. figura*).

Modul inteligibil de evaluare a istoricului, examenul fizic și de laborator au fost descrise de Institutul Național de Sănătate (NIH) din SUA [24, 25]. Acesta rezidă dintr-o serie de date privind factorii de risc ai obezității. În primul rând, e necesar de evidențiat faptul că obezitatea se poate datora factorilor genetici. Anamneza eredocolaterală pozitivă de exces de greutate poate influența apariția acestei boli netransmisibile și transmiterea ei de la părinți la urmași [5]

Totodată, vârsta și metabolismul pot provoca apariția obezității în rândul populației, deoarece pe măsură ce sporește vârsta, ritmul metabolismului încetinește și contribuie la acumularea grăsimilor în organism [18]. De asemenea, factorii psihologici și sociali pot fi implicați în apariția și dezvoltarea excesului de greutate. În aceste condiții, asocierea unui stres cronic (stări conflictuale, anxietate etc.) în combinație cu alți factori (alimentari) poate duce la apariția kilogramelor în plus. Stresul poate fi generat atât de factorii externi (legați de locul de muncă, familie etc.), cât și de factorii interni (insomnie ș.a.) [21]. Unele medicamente pot predispuce organismul spre dezvoltarea obezității prin efectul lor asupra poftei de mâncare (steroidii, antidepresive, fenotiazine, antiepileptice etc.) [22].

Obezitatea secundară poate surveni din cauza prezenței unor boli și poate dispărea sau se poate atenua în cazul reconvalescenței. Aceasta poate fi de tip hipotalamic (la afectarea hipotalamusului în trume, tumori cerebrale etc.) sau endocrin (sindromul ovarelor polichistice, boala Cushing etc.) [3, 18].

Un alt factor care poate duce la apariția obezității este nivelul de educație al populației. Acest factor a fost reflectat în raportul Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare Economică, care a analizat datele statistice din Australia, Canada, Marea Britanie și Coreea. Rezultatele au dezvăluit faptul că există o relație liniară între numărul de ani petrecuți în studii și probabilitatea de apariție a obezității. Astfel, persoanele cu un nivel înalt de instruire au prezentat o rată scăzută de obezitate. De asemenea, factorul socioeconomic a fost abordat în lucrările cercetătorilor Allison K. Cohen, Manisha Rai, David H. Rehkopf și Barbara Abrams [1].

Din alți factori ce pot favoriza apariția și dezvoltarea excesului de greutate fac parte obezitatea mamei (în special cea gestațională), greutatea mică sau mare la naștere, lipsa alăptării la sân, alimentația artificială necorespunzătoare etc. [18].

Este important de menționat că dezvoltarea excesului ponderal poate fi influențată și de comportamentul de consum alimentar, în special în societatea modernă, când tot mai des se pune accentul pe alimentele prelucrate, cu un conținut sporit de sare, zahăr și grăsimi [36].

Cercetările de specialitate privind mediul cultural evidențiază o serie de tendințe care se manifestă actualmente, și anume: căutarea comodității în cumpărarea și pregătirea culinară a produselor alimentare, sporirea interesului față de alimentele în ambalaje de dimensiune mai mică sau mai practice, abaterea de la regimul alimentar zilnic (mic dejun, prânz, cină) etc. Acest fapt provoacă o vădită îngrijorare privind starea de sănătate a populației din cauza procesului de promovare prin strategiile de marketing pe care le utilizează companiile din domeniul alimentar. În rezultat, multe produse sunt achiziționate datorită efectelor psihologice pe care le au denumirea, marca, prețul sau imaginea produsului [7, 8, 9].

Potrivit rezultatelor studiului *The Age of Social Influence*, realizat la nivel internațional de rețeaua media *Initiative* în Argentina, Australia, China, Germania, Olanda, Statele Unite ale Americii și Marea Britanie, circa 10% dintre consumatori influențează luarea deciziei de achiziție a celorlalți consumatori, iar jumătate din aceștia pot contribui la recomandarea unor produse sau servicii în mediul virtual cel puțin o dată pe zi. Astfel, implementarea strategiilor de marketing (produs, preț, promovare, plasament) ajunge să influențeze comportamentul de consum alimentar al populației [9].

În continuare, au fost abordați factorii de risc în comportamentul alimentar care pot influența apariția și dezvoltarea obezității în rândul populației [8]. Deși Organizația Mondială a Sănătății recomandă o reducere a consumului de sare cu circa 30% până în anul 2025, în majoritatea statelor se înregistrează un aport sporit, echivalent cu circa 9-12 grame de sare pe zi, sau aproximativ de două ori mai mult decât este necesar. Produsele alimentare bogate în sare duc la apariția hipertensiunii arteriale, a bolilor cardiovasculare, osteoporozei, bolilor renale etc. [31, 36].

Totodată, OMS recomandă o reducere de până la 5% sau 25 grame (6 lingurițe de ceai) pe zi de zahăr pentru prevenirea obezității, a diabetului zaharat, a bolilor cardiovasculare, a cariilor dentare, a demenței etc. Datele studiilor internaționale (cinci trialuri) demonstrează că reducerea consumului de produse cu un conținut sporit de zahăr se asociază cu scăderea masei corporale (-0,80 kg, 95% CI: -1,21, -0,39). Acest fapt a fost demonstrat și prin intermediul unei revizii sistematice care a inclus 30 din 7895 de studii clinice randomizate și 38 din 9445 de studii de cohortă. De asemenea, o metaanaliză a rezultatelor din 11 trialuri a examinat schimbările izoenergetice rezultate în urma consumului carbohidraților liberi (monoza-haride și dizaharide) cu alte tipuri de carbohidrați și au fost depistate modificări în masa corporală a subiecților din studiu. Astfel, s-a stabilit că reducerea sau sporirea consumului de produse bogate în carbohidrați simpli este asociată cu schimbările în masa corporală, iar supraponderea și obezitatea sunt legate cel mai des cu excesul de calorii [30, 31].

Aportul sporit de grăsimi saturate sporește riscul de apariție a obezității, maladiilor coronariene, atacului cerebral vascular, deprimă sistemul imunitar etc. Din aceste considerente, o alimentație rațională și echilibrată impune reducerea consumului de grăsimi în exces și asigurarea nevoilor de grăsimi nesaturate, de preferință de origine vegetală [29, 30, 31].

Un alt factor de risc în dezvoltarea excesului de greutate este reprezentat de comportamentul sedentar care poate fi indus de progresul tehnologic. Noile tehnologii joacă un rol crucial în viața umană, devenind indispensabile în rândul tuturor segmentelor societății. Astfel, pe măsură ce a evoluat, omul și-a pierdut din abilitățile sale fizice. Dacă în anii 1970, doi din zece americani aveau un loc de muncă ce necesita practicarea activității fizice ușoare (stând predominant în birou), iar 3 din 10 persoane aveau un loc de muncă caracterizat de activitate fizică intensă (în construcții, producție, agricultură), atunci în anul 2000 situația s-a schimbat. Mai mult de 4 din 10 adulți aveau un loc de muncă ce necesita practicarea unei activități fizice ușoare, pe când 2 din 10 americani aveau un loc de muncă de intensitate mare. În 2003, circa 6 din 10

adulți lucrau la calculator, fără a practica vreo activitate fizică, și mai mult de 9 din 10 copii utilizau calculatoare în școală. Acest fapt demonstrează influența progresului tehnico-științific (munca automatizată) asupra dezvoltării sedentarismului, care la rândul său determină apariția excesului de greutate [6, 11].

În contextul celor menționate, algoritmul de conduită a obezității include evaluarea factorilor de risc prin intermediul colectării datelor anamnestice privind factorii etiologici ai obezității, și anume: vârsta de apariție a surplusului ponderal, existența antecedentelor familiale de obezitate și a comorbidității asociate acesteia, modul de alimentație, nivelul de practicare a activității fizice, afectarea psihologică, tratamentul prin intervenții igienico-dietetice anterioare, tratamentul medicamentos (steroidi, antidepressivi, antiepileptice etc.).

Cea de-a doua etapă a algoritmului de conduită prevede evaluarea clinică a stării organismului prin intermediul investigațiilor antropometrice (greutatea corporală, înălțimea, IMC, pliul cutanat etc.), al examenului fizic (prezența unor tulburări de creștere și dezvoltare, caracteristica distribuției țesutului adipos, prezența unor modificări cutanate ș.a.), al investigațiilor funcționale (determinarea tensiunii arteriale etc.), al cercetărilor de laborator (testarea colesterolului, a HDL colesterolului și a trigliceridelor sangvine; dozarea glicemiei; teste funcționale hepatice; dozarea insulinemiei etc.) și al altor tipuri de investigații (electrocardiograma, teste funcționale hepatice, examen psihologic ș.a.).

Potrivit NIH, un minimum de date pentru investigațiile de laborator include: aprecierea glucozei, profilul lipidic (HDL și LDL colesterol, trigliceridele), acidul uric, funcțiile tirodiană (TSH) și hepatică (enzimele hepatice), evaluarea cardiovasculară și endocrină (sindromul Cushing sau boala hipotalamică), aprecierea prezenței apneei obstructive în somn [24, 25].

Evaluarea compoziției corporale nu este o metodă esențială pentru managementul obezității din punct de vedere clinic, dar poate fi un instrument util înainte și după aplicarea metodei de tratament al obezității. Aceasta poate fi apreciată prin bioimpedanța electrică, absorbtometria cu raze X (DEXA), testarea la infraroșu etc. [24, 25, 26, 28].

Etapă finală a algoritmului de management include terapia obezității. Este important de menționat că succesul terapeutic în cazul excesului de greutate depinde de colaborarea dintre medic, pacient și familia acestuia.

Managementul și tratamentul obezității au obiective mai largi decât pierderea în greutate. Acestea se axează și pe reducerea riscului comorbidităților, pe îmbunătățirea stării de sănătate a pacientului. Managementul adecvat al complicațiilor trebuie

să includă gestionarea dislipidemiei, optimizarea controlului glicemic la pacienții cu diabet zaharat, normalizarea tensiunii arteriale, gestionarea tulburărilor respiratorii, inclusiv a sindromului de apnee obstructivă, a tulburărilor psihosociale etc. În acest sens, algoritmul propus prevede implementarea a trei tipuri de măsuri de intervenție terapeutică în funcție de valorile indicelui masei corporale.

Terapia nefarmacologică reprezintă o măsură orientată spre: practicarea zilnică a activității fizice (minim 30 de minute pe zi), adoptarea obiceiurilor alimentare sănătoase (consum redus de sare, zahăr și grăsimi; consum de lichide, fructe și legume), limitarea consumului de alcool și renunțarea la fumat. Această intervenție este recomandată pentru reducerea surplusului de greutate, precum și pentru menținerea masei ponderale în limitele valorilor IMC (18,5-24,9 kg/m<sup>2</sup>) [12-15, 17, 31, 32].

Terapia farmacologică (medicamentoasă) se recomandă în cazul în care modificarea stilului de viață este inefficientă. Conform Federal Drug Association USA, pentru ca un medicament să fie eficient în tratamentul obezității, acesta trebuie să întrunească următoarea condiție: pierderea medie în greutate la un an să fie cu cel puțin 5% mai mare decât în grupul de control. Acest tip de terapie se propune doar la indicația medicului și conform recomandărilor [14, 17, 22].

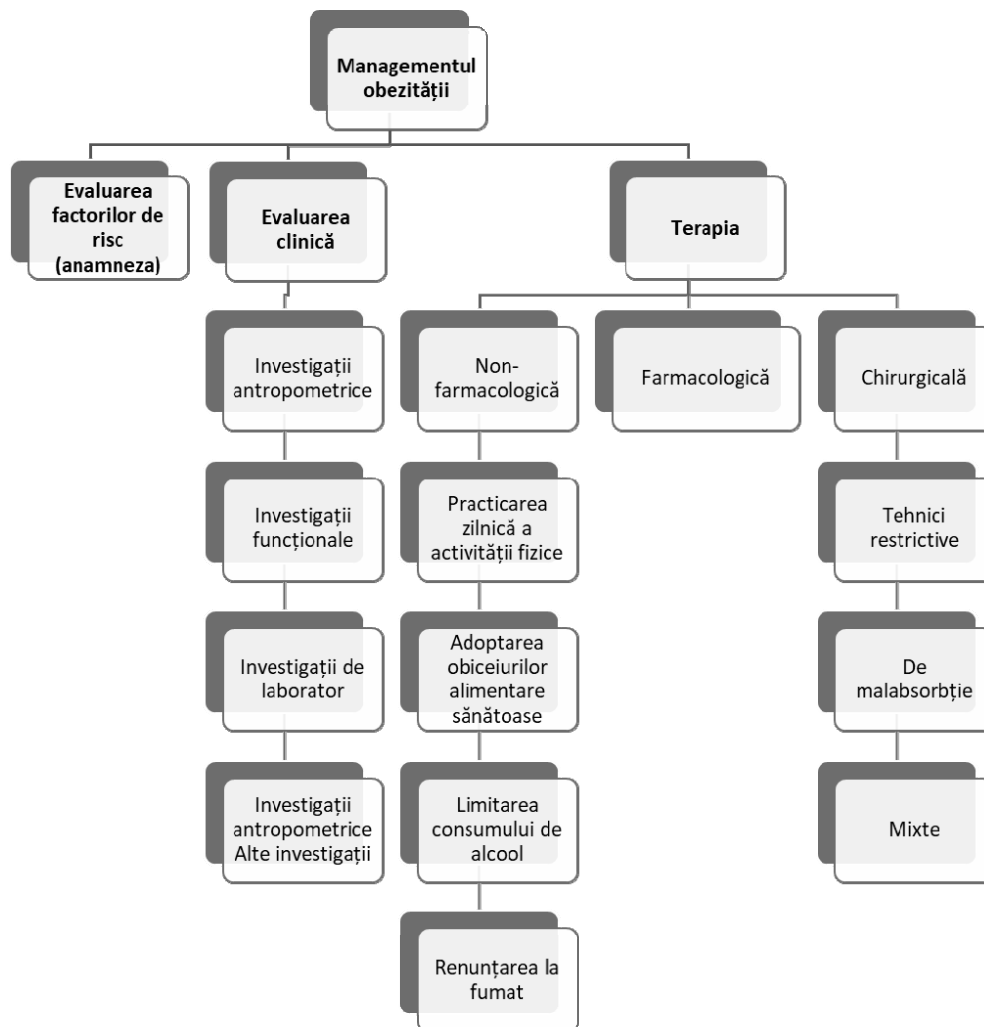
A treia măsură de intervenție prevede terapia chirurgicală, cu folosirea tehnicilor restrictive (gastroplastia orizontală etc.), de malabsorbție (bypassul jejunoileal etc.) și mixte. Acest tip de intervenție se indică în cazul unui eșec al tratamentului conservator aplicat pe o perioadă de cel puțin un an. Terapia chirurgicală este contraindicată persoanelor cu IMC <35 kg/m<sup>2</sup>, cu vârsta <18 ani și peste 60 de ani, cu obezitate de tip endocrină, cu risc operatoriu inacceptabil și boli grave asociate (hepatopatie, cardiopatie) [10, 14, 27].

Astfel, algoritmul de conduită în cazul obezității include nu doar integrarea celor mai recente cercetări în domeniu, ci și crearea unor instrumente educaționale inteligibile. Totodată, este important de menționat că instrumentul prezentat nu poate trece peste responsabilitatea individuală a specialistului din domeniul sănătății de a lua decizii adecvate în contextul fiecărui pacient în mod individual.

## Concluzii

1. Managementul de succes al obezității se poate baza pe un algoritm eficient și util pentru prevenirea și combaterea acestei boli netransmisibile în rândul populației din Republica Moldova.

2. Algoritmul de management al obezității poate fi recomandat în activitatea practică a medicilor de familie, a nutriționiștilor, a asistentelor medicale etc.



Algoritmul de management al obezității

## Bibliografie

1. Alison K. Cohen, et al. Educational attainment and obesity: A systematic review. In: *Obes. Rev.*, 2013, vol. 14(12), pp. 989–1005.
2. Ankuda C., Harris J., Ornstein K., et al. Caregiving for Older Adults with Obesity in the United States. In: *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2017, vol. 65(9), pp. 1939-1945.
3. Armstrong M.J., Mottershead T.A., Ronksley P.E., et al. Motivational interviewing to improve weight loss in overweight and/or obese patients: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. In: *Obes. Rev.*, 2011, vol. 12(9), pp. 709-723.
4. Biroul Național de Statistică. *Femei și bărbați în RM, 2008*. [http://www.statistica.md/public/files/publicatii\\_electronice/femei\\_si\\_barbati/Femei\\_barbati\\_2008.pdf](http://www.statistica.md/public/files/publicatii_electronice/femei_si_barbati/Femei_barbati_2008.pdf)
5. Blanca M., et al. The genetics of obesity. In: *Curr. Diab. Rep.*, 2010, vol. 10(6), pp. 498–505.
6. Brownson R.C., Boehmer T.K., Luke D.A. Declining rates of physical activity in the United States: what are the contributors? In: *Ann. Rev. Public Health*, 2005, vol. 26, pp. 421-243.
7. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). *Behavioral risk factor surveillance system. Annual prevalence report*. 2017, pp. 35-38.
8. Cernelev O. Rolul factorilor de risc în dezvoltarea bolilor legate de nutriție (revizia literaturii). In: *Revista de Medicină Școlară și Universitară*, 2016, vol. 3, pp. 50-55.
9. Cernelev O. Marketing boom among student consumers. In: *LAP LAMBERT Academic Publishing*, 2016. 64 p. ISBN: 13:978-3-330-00993-6. ISBN: 10:3330009934. EAN: 9783330009936.
10. Christie D., Channon S. The potential for motivational interviewing to improve outcomes in the management of diabetes and obesity in pediatric and adult populations: a clinical review. In: *Diabetes Obes. Metab.*, 2014, vol. 16(5), pp. 381-387.
11. Commission of the European Communities. Green paper: *Promoting healthy diets and physical activity: a European dimension for the prevention of overweight, obesity and chronic diseases*, 2005, pp. 7-11.
12. Comisia Europeană. *Cartea albă privind sportul*. Bruxelles, 11.07.2007.
13. Cornier M.A., Després J.P., Davis N., et al. Assessing adiposity: a scientific statement from the American Heart Association. In: *Circulation*, 2011, vol. 124(18), pp. 1996-2019.
14. Hainer V., Toplak H., Mitrakou A. Treatment modalities of obesity: what fits whom? In: *Diabetes Care*, 2008, suppl. 2, pp. 269-277.

15. Geliebter A., Ochner C.N., Dambkowski C.L., Hashim S.A. Obesity-Related Hormones and Metabolic Risk Factors: A Randomized Trial of Diet plus Either Strength or Aerobic Training versus Diet Alone in Overweight Participants. In: *Diabetes Obes.*, 2014, vol. 1(1), pp. 1-7.
16. Lakdawalla D., Goldman D.P., Shang B. The health and cost consequences of obesity among the future elderly. In: *Health Aff.*, 2005, pp. 30-41.
17. Lang A., Froelicher E.S. Management of overweight and obesity in adults: behavioral intervention for long-term weight loss and maintenance. In: *Eur. J. Cardiovasc. Nurs.*, 2006, nr. 5(2), pp. 102-114.
18. Lazzer S., et al. Relationship between basal metabolic rate, gender, age, and body composition in 8,780 white obese subjects. In: *Obesity (Silver Spring)*, 2010, vol. 18(1), pp. 71-78.
19. Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului. *Protocol de diagnostic și tratament în obezitate la copil*, 2011, p. 8.
20. Ministerul Sănătății, Institutul pentru Ocrotirea Mamei și Copilului. *Îndrumar privind screeningul obezității la copil*, 2010, p. 3-4.
21. Mousomi B., et.al. Stress and obesity: the role of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in metabolic disease. In: *Curr. Opin. Endocrinol. Diabetes Obes.*, 2009, vol. 16(5), pp. 340-346.
22. Ness-Abramof R., Apovian C.M. Drug-induced weight gain. In: *Drugs today (Barc.)*, 2005, vol. 41(8), pp. 547-555.
23. NIH Council. *Indicators of disease burden and the burden of obesity*. 2008.
24. National Institutes of Health. NHLBI Obesity Education Initiative Expert Panel on the Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults. Bethesda: NIH; 2000. *The Practical Guide: Identification, Evaluation, and Treatment of Overweight and Obesity in Adults*. www.nhlbi.nih.gov/files/docs/guidelines/prctgd\_c.pdf
25. National Institute for Health and care Excellence. *Obesity: Identification, Assessment and Management of Overweight and Obesity in Children, Young People and Adults*. www.nice.org.uk/guidance/cg189
26. Silver H.J., Welch E.B., Avison M.J., Niswender K.D. Imaging body composition in obesity and weight loss: challenges and opportunities. In: *Diabetes Metab. Syndr. Obes.*, 2010, vol. 28; pp. 337-347.
27. Tsai A., Apovian C., Kaplan L. Weight loss interventions in adults. In: *JAMA*, 2019, vol. 321(9), p. 900.
28. Zhu S., Wang Z., Heshka S., et al. Waist circumference and obesity-associated risk factors among whites in the third National Health and Nutrition Examination Survey: clinical action thresholds. In: *Am. J. Clin. Nutr.*, 2002, vol 76(4), pp. 743-749.
29. WHO. *Prevalence of noncommunicable disease risk factors in the Republic of Moldova (STEPS)*. 2013.
30. WHO. *Health 2020: the European policy for health and well-being*.
31. WHO. *Global strategy on diet, physical activity and health (WHA57.17)*. Geneva, 2004, pp. 1-18.
32. WHO. *Physical activity factsheets for the 28 European Union Member states of the WHO European Region*. 2018, pp. 53-41.
33. WHO. *Obesity: preventing and managing the global epidemic*. Report of a WHO consultation. World Health Organ Tech Rep: Ser, 2000; 894: i-xii, 1-253.
34. WHO. Global Health Observatory (GHO) data. *Obesity and overweight*. Fact sheet, 2016.
35. WHO. Report of WHO Expert Consultation. *Waist Circumference and Waist-hip Ratio*. Geneva, 8-11 dec. 2008, pp. 27-31.
36. WHO. *Marketing of foods high in fat, salt and sugar in children: update 2012-2013*. 2013, pp. 2-28.

**Olga Cernelev**, asist. univ.,  
IP USMF Nicolae Testemițanu,  
tel.: +373 79719740;  
e-mail: olga.cernelev@usmf.md

CZU: 616.8-089:614.253.8

## CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR DE PROFIL NEUROCHIRURGICAL

**Silvia DANU, Larisa SPINEI, Grigore ZAPUHLÎH,**  
IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie  
Nicolae Testemițanu

### Rezumat

În acest articol sunt prezentate datele preliminare ale evaluării siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc prin prisma percepției și aprecierii fenomenului de către personalul medical implicat direct în acordarea asistenței medicale. Siguranța pacienților este unul dintre pilonii cei mai importanți ai calității actului medical și ai prevenirii efectelor adverse asociate îngrijirilor medicale. Măsurarea culturii siguranței pacienților reprezintă o prioritate pentru sistemele de sănătate la nivel internațional. A fost realizat un studiu transversal al personalului medical implicat direct în acordarea asistenței medicale pacienților de profil neurochirurgical. În studiu a fost utilizat chestionarul standardizat „Chestionar privind siguranța pacienților” („Hospital Patient Safety Survey”), elaborat de Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) din SUA. Chestionarul a fost apreciat ca fiind corespunzător pentru cercetarea factorilor organizaționali ce pot afecta siguranța pacienților internați în instituții medicale pentru tratament neurochirurgical. În perioada ianuarie – iunie 2019 au fost chestionați 141 de respondenți, fiind respectate cerințele etice pentru asemenea tip de cercetare (avizul Comitetului de etică a cercetării, nr. 88 din 19.06.2018). A fost analizată percepția dimensiunilor siguranței pacienților de profil neurochirurgical de către personalul medical implicat în acordarea asistenței medicale în propria instituție medicală. Studiul oferă evaluarea siguranței pacienților de profil neurochirurgical în serviciul spitalicesc. Rezultatele obținute denotă faptul că cultura siguranței pacientului nu este pe deplin dezvoltată în unitățile supuse cercetării, există loc de îmbunătățire la nivel de comunicare și de activitate în echipă. Consolidarea comunicării interperso-