

ASOCIAȚIA ECONOMIE, MANAGEMENT
ȘI PSIHOLOGIE ÎN MEDICINĂ
THE ECONOMY, MANAGEMENT AND
PSYCHOLOGY ASSOCIATION IN MEDICINE

SĂNĂTATE PUBLICĂ,
ECONOMIE
ȘI MANAGEMENT ÎN MEDICINĂ

PUBLIC HEALTH, ECONOMY AND
MANAGEMENT IN MEDICINE

revistă științifico-practică
fondată în anul 2003

scientific-practical review
founded in 2003

2(41)/2012

Revista a fost înregistrată la Ministerul Justiției al Republicii Moldova la 18-07-2003.
Certificat de înregistrare nr. 145.

Prin hotărârea comună a Consiliului Suprem pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică al AȘM și a Consiliului Național de Acreditare și Atestare din 30.04.2009, revista este inclusă în categoria **B** a publicațiilor de profil pentru publicarea rezultatelor cercetărilor științifice din tezele de doctorat în domeniile medicină, farmacie, economie și psihologie.

Articolele prezentate sunt recenzate de către specialiștii în domeniile respective.

Cofondatori:

Centrul Național de Sănătate Publică
Centrul Național de Management în Sănătate

Colegiul de redacție Editorial Board

Redactor-șef Editor in Chief

CONSTANTIN EȚCO

Membri Members

Ion Bahnarel – redactor-șef adjunct

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

Mihai Magdei, Oleg Barbă,

Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Ion Ababii

Constantin Andriuța

Grigore Belostecinic

Mircea Buga

Eugen Diug

Anton Emil (Iași)

Dan Enăchescu (București)

Ludmila Ețco

Grigore Friptuleac

Stela Gheorghiiță

Ștefan Gheorghiiță

Victor Ghicavâi

Gheorghe Ghidirim

Eva Gudumac

Vladimir Hotineanu

Constantin Iavorschi

Vladimir Kucerenco (Moscova)

Iuri Lisițân (Moscova)

Oleg Lozan

Ion Mereuță

Ion Moldovanu

Benoit Nautre (Franța)

Nicolai Opopol

Gheorghe Paladii

Valeriu Pantea

Iurie Pânzaru

Mihai Popovici

Editorial council

Viorel Prisacari

Yousif Rahim (Italia)

Andrei Roșca

Valeriu Rudic

Aurel Saulea

Victor Savin

Constantin Spânu

Ion Șalaru

Boris Topor

Teodor Tulcinschi (Israel)

Georghe Țăbârnă

Teodor Țârdea

Brigitha Vlaicu (Timișoara)

Ana Volneavschi

Autorii poartă toată responsabilitatea pentru conținutul articolelor publicate.

Editura *Epigraf S.R.L.*
2012, str. București 60, of.11, Chișinău
tel./fax 22.85.87, e-mail: epigraf@mtc.md

Redactor literar – *Larisa Erșov*
Redactor limba engleză – *Corina Erșov*
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*
Asistență computerizată – *Rodica Fărâmă*
Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: www.public-health.md

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)

MD-2004, Chișinău, Republica Moldova

Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44

E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE

CONSTANTIN EȚCO, GALINA BUTA
Particularitățile organizatorice ale serviciului
de asistență medicală primară în municipiul Chișinău..... 5

VICTORIA BUCOV, NICOLAE FURTUNĂ,
ELENA BUCOV, LAURA ȚURCAN
Caracteristica abilităților de comunicare
și aptitudinilor organizatorice ale medicilor de familie..... 12

SĂNĂTATE PUBLICĂ

VLADIMIR BEBÎH, VASILE IACHIM, OLGA FRUMUSACHI,
DMITRII EGOROV, ELENA FLOREA
Condițiile de muncă și morbiditatea medicilor de familie..... 16

MIHAIL PÎSLA, BORIS GÂLCA, RADU OSTAFICIUC
Aspecte ale sănătății reproductive în situații de criză
și dezastre 22

CĂTĂLINA CROITORU
Gradul de adaptare a organismului elevilor
în procesul lucrului la computer 25

OLGA BURDUNIUC, GRETA BALAN, RADU COJOCARU
Aspecte contemporane privind epidemiologia, patogenia
și diagnosticul de laborator al salmonelozelor enterice 29

AFANASIE LEONTE
Aspecte medico-sociale ale intoxicațiilor alimentare acute ... 35

MIHAI MELNIC, VASILE GUȘTIUC, PETRU CRISTALOV
Particularitățile procesului epidemic în tuberculoză
în raionul Orhei (2001-2010) 38

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

ALIONA DOBROVOLSKAIA-CATRINICI
Particularitățile evoluției sarcinii la femeile
după 35 de ani: avantaje și preocupări..... 41

LIUBOV COREȚCHI, ADELA CUCERANU,
I. BAHNAREL, V. CERNAT
Studierea incidenței cancerului glandei tiroide
la populația din Republica Moldova în relație
cu accidentul nuclear de la Cernobîl..... 45

OLEG ȚURCANU, GABRIELA MELNIC-ȚURCANU,
OLEG COBÎLEANCHI
Managementul complex al riscului suicidar în
schizofrenie 48

PRELEGERI

И. В. ЦЫБЫРНЭ, В. Н.АНДРЕЕВ
Профилактика ревматоидного артрита 52

RECENZII

ROMEO ȘCERBINA
Despre o monografie plină de suflet..... 56

CONTENTS

MANAGEMENT IN HEALTH

CONSTANTIN EȚCO, GALINA BUTA
Organizational features of primary health care service
in Chisinau municipality 5

VICTORIA BUCOV, NICOLAE FURTUNĂ,
ELENA BUCOV, LAURA ȚURCAN
Characteristics of communication and organizational
skills of family doctors 12

PUBLIC HEALTH

VLADIMIR BEBÎH, VASILE IACHIM, OLGA FRUMUSACHI,
DMITRII EGOROV, ELENA FLOREA
Working conditions and morbidity of family physicians 16

MIHAIL PÎSLA, BORIS GÂLCA, RADU OSTAFICIUC
Aspect of reproductive health in cases of crises and disasters
..... 22

CĂTĂLINA CROITORU
Adapatation degree of pupils' organism
during computer activity..... 25

OLGA BURDUNIUC, GRETA BALAN, RADU COJOCARU
The peculiarities of the contemporary epidemiology,
pathology and laboratory diagnosis of Salmonella..... 29

AFANASIE LEONTE
Medico-social aspects of acute food poisoning..... 35

MIHAI MELNIC, VASILE GUȘTIUC, PETRU CRISTALOV
Particularities of the epidemic process in tuberculosis
in Orhei district the period 2001-2010 38

CLINICAL RESEARCH STUDIES

ALIONA DOBROVOLSKAIA-CATRINICI
Peculiarities of pregnancy evolution at woman
after 35 years: advantages and concerns 41

LIUBOV COREȚCHI, ADELA CUCERANU,
I. BAHNAREL, V. CERNAT
Study of thyroid gland cancer incidence
in the republic of Moldova population in relation
with the Chernobyl nuclear accident 45

OLEG ȚURCANU, GABRIELA MELNIC-ȚURCANU,
OLEG COBÎLEANCHI
Complex management of suicide risk in
schizophrenia 48

LECTURES

И. ȚĂBĂRNĂ, V. ANDREEV
Profilaxis of rheumatoid arthritis..... 52

REVIEWERS

ROMEO SCERBINA
About a monography full of soul..... 56

CONFERINȚA ȘTIINȚIFICĂ NAȚIONALĂ CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ
OPTIMIZAREA SUPRAVEGHERII EPIDEMIOLOGICE
ÎN INFECȚIILE NOSOCOMIALE

REZUMATELE COMUNICĂRILOR

Viorel Prisacari Criterii de evaluare a infecțiilor nosocomiale ca problemă.....	58	Ion Berdeu Antibiorezistența/sensibilitatea agenților cauzali în infecțiile septico-purulente din secția de chirurgie maxilo-facială	71
Viorel Prisacari Particularități epidemiologice privitor la infecțiile nosocomiale septico-purulente în funcție de profilul staționarului.....	59	Diana Spătaru Structura agenților cauzali în infecțiile septico-purulente de profil traumatologic.	72
Stela Gheorgiță, Ecaterina Busuioc, Vadim Țurcan Situția epidemiologică prin infecțiile asociate cu asistența medicală (IAAM) în R. Moldova	59	Vera Lefter, Galina Bodrug , Silvia Bobescu Rezultatele monitoringului microflorei izolate din materialele biologice ale pacienților, recepționate de laboratorul bacteriologic al CSP Călărași (anul 2011)	72
V.B. Шкарин, О.В. Ковалишена, А.С. Благодирова, О.А. Чубукова Совершенствование эпидемиологического надзора за пневмониями	60	Olga Burduniuc, Radu Cojocaru, Iurie Roșcin, Constantin Spinu Markeri moleculari de rezistență la antibiotice a tulpinilor de <i>Escherichia coli</i> , izolate din infecții urinare.....	73
V.B. Шкарин, А.С. Благодирова, О.В. Ковалишена, О.А. Чубукова Проблемы мониторинга легионеллеза.....	62	Greta Balan, Olga Burduniuc, Radu Cojocaru Aspecte ale sensibilității la antibiotice a tulpinilor de <i>Salmonella</i> spp. netifoide	74
Doina Azoicai, Doina Carmen Manciu, Simona Ifrim, Alina Manole, Mioara Matei Ghidurile pentru practica epidemiologică în spital – o necesitate în strategia de supraveghere a infecțiilor nosocomiale	64	Vasile Țurcan, Raisa Țurcan Studiu epidemiologic privind poluarea microbiană a mediului intraspitalicesc în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, R. Moldova.....	75
Irina Brumboiu, Giorgiana Hâțu, Ioan Bocșan Investigarea modului de transmitere nosocomială a virusului hepatitei C într-un focar epidemic	65	Vasile Țurcan Studiu epidemiologic privind respectarea cerințelor de sterilizare a articolelor medicale în instituțiile medico-sanitare din mun. Bălți, R. Moldova.....	75
Angela Paraschiv, Constantin Rîmiș, Parascovia Dodița, Elena Balan Studiu retrospectiv al morbidității prin infecții nosocomiale la pacienții de profil chirurgical din mun. Chișinău	65	Svetlana Lupu, Mihail Nicolau Infecțiile nosocomiale – problemă majoră a asistenței medicale contemporane	76
Angela Paraschiv, Constantin Rîmiș, Parascovia Dodița, Elena Balan Unele particularități epidemiologice ale morbidității prin infecții septico-purulente nosocomiale, determinate la lăuze și nou-născuți	66	Constantin Rîmiș, Andrei Roșca Securitatea injecțiilor și riscurile de contractare a hepatitelor virale B și C	77
Iana Baranețchi, Viorel Prisacari Caracteristica epidemiologică a infecțiilor nosocomiale septico-purulente de profil traumatologic	67	Eduard Leahu Gestionarea deșeurilor rezultate din activitățile medicale în conformitate cu cerințele OMS și standardele UE	78
Aliona Gîrlea Caracteristica epidemiologică a infecțiilor nosocomiale în staționările cardiochirurgicale (studiu-pilot).....	68	Юрий Москальчук, Василий Гуштюк Менеджмент системы управления медицинскими отходами в лечебно профилактических учреждениях Орхейского района	78
Cristina Cătană, Iana Baranețchi Particularitățile epidemiologice ale infecțiilor septico-purulente în staționările de microchirurgie	68	Lilia Moraru Sănătatea resurselor umane medicale – premisa profilaxiei bolilor nosocomiale.....	79
Letiția Duceac, Geanina Cârdei Incidența infecțiilor nosocomiale în anul 2011 în Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Maria, Iași	69	Marina Isac, Vladimir Guriev, Constantin Spînu, Octavian Sajen, Igor Spînu, Gheorghe Ghițoi Sutdierea și evaluarea nivelului de infectare cu virusurile hepatitelor virale B și C a lucrătorilor medicali din zona de Sud a R. Moldova.....	79
Viorel Prisacari, Svetlana Buraciov, Victor Țapcov Preparatul nou, <i>izofural</i> , pentru tartamentul infecțiilor septico-purulente externe	69	Ion Vlas Unele aspecte epidemiologice ale infecției HIV/SIDA în municipiul Chișinău.....	80
Viorel Prisacari, Ion Berdeu Antibiorezistența /sensibilitatea agenților cauzali în infecțiile septico-purulente urologice.....	70		

PARTICULARITĂȚILE
ORGANIZATORICE ALE SERVICIULUI
DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ
ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Constantin EȚCO, Galina BUTA
Universitatea de Stat de Medicină
și Farmacie Nicolae Testemițanu

Summary

Organizational features of primary health care service in Chisinau municipality

The data regarding existing structure of the primary health care system in Chisinau municipality are presented in this publication comparison with the regions of the Republic of Moldova and in the reorganization under the implementation of mandatory health care insurances. A meta-analysis has been carried out of existing legal documents establishing organizational and activity principles of public medical sanitary institutions within primary health care system.

Organizational particularities of the PHC (Primary Health Care) service in Chisinau Municipality, as well as the impact of implementation on the mandatory health care insurances have been underlined in 3 focus groups with participation of 63 specialists in family medicine and I and II degree managers. The list of impediments has been developed. The lack of comprehensive assessment criteria of the relevant sector activity within the local health system and quantitative estimation of the quality implies a high degree of subjectivity in estimations, inducing uncertainties in decisions related to improvement measures and error correction.

Key words: organizational features of PHC, family medicine, mandatory health care insurances.

Резюме

Об организационных особенностях первичной медицинской службы в муниципии Кишинэу.

В настоящей статье представлены данные о действующей структуре первичной медицинской службы в муниципии Кишинэу в сравнение с таковой и районах Республики Молдова и её реорганизация в условиях внедрения обязательного медицинского страхования. Был проведен мета-анализ законодательной базы регламентирующей принципы организации и деятельности учреждений первичной медицинской службы.

В работе 3 фокус-групп, с участием 63 семейных врачей и менеджеров I и II уровня, были выявлены организационные особенности первичной медицинской службы в муниципии Кишинэу, а также влияние внедрения обязательного страхования в медицине. Был выявлен список факторов, которые затрудняют их деятельность. Отсутствие критериев для комплексной оценки деятельности первичной медицинской службы и для количественной оценки качества оказанных услуг, способствует повышению доли субъективизма проводимых экспертных оценок, снижая эффективность принятых мер по оптимизации деятельности и исправлению ошибок.

Ключевые слова: организационные особенности первичной медицинской службы, семейная медицина.

Introducere

Asistența medicală primară (AMP) presupune un sistem de servicii medicale bine organizat și accesibil pentru populație [1, 6, 7, 12, 14-16]. Medicii de familie sunt cei care coordonează și supraveghează nu numai tratamentul pacientului, ci și alte activități, ca profilaxia, serviciile de reabilitare, informare etc. [1, 3, 9, 10, 18]. În activitatea medicului de familie (MF) este necesar să fie implicată și comunitatea, deoarece problemele sănătății sunt nu numai problemele medicilor și ale sectorului de ocrotire a sănătății, ci și ale întregii societăți [1, 3-6, 15].

AMP a fost structurată organizatoric pentru a cuprinde întreg spectrul de servicii la nivel de ambulatoriu, luând în considerație schimbările produse în sistemul național de sănătate: acordarea serviciilor prin intermediul medicului de familie, care are rolul de „gate keeper” sau „portar” al întregului sistem de sănătate în condițiile asigurărilor obligatorii de asistență medicală (AOAM). Organizarea corectă a serviciilor este una dintre cele mai sigure căi de îmbunătățire a calității lor și a satisfacției pacienților [4, 5, 6, 8, 18].

În actualul studiu ne-am propus drept scop să evidențiem particularitățile de organizare a serviciului AMP din mun. Chișinău.

Material și metode

Pentru a atinge scopul scontat, am recurs la metaanaliza legislației în vigoare, care reglementează principiile de organizare și activitate a IMSP de AMP. Am utilizat metodele de cercetare: calitativă, grupul-țintă în investigația socială [3], interviuri și chestionare [17].

Pentru evidențierea particularităților de organizare și a impactului implementării AOAM în activitatea sectorului medical primar au fost organizate trei grupuri-țintă, cu participarea a 63 de specialiști în medicina de familie, manageri de nivelele I și II, precum și medici-cursanți cu funcții de conducere de la Facultatea de Perfecționare a Medicilor a USMF Nicolae Testemițanu.

Rezultate și discuții

Un prim pas în cercetarea actuală a constat în evaluarea nivelului de dezvoltare a sistemului medical primar din Republica Moldova, la etapa implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală.

Reforma AMP s-a efectuat în conformitate cu prevederile Conferinței OMS privind reforma sistemelor de sănătate de la Ljubljana, Slovenia, 17–20 iunie 1996, care au stat la baza elaborării *Concepției reformării sistemului asistenței medicale din Republica Moldova în condițiile economice noi pentru anii 1997–2003* (HG nr. 668 din 17 iulie 1997). Atunci când s-a proiectat reforma, primul gând a fost ca beneficiarii ei să fie atât pacienții, cât și medicii, asistentele medicale, managerii etc., adică toți actorii din serviciul medical primar.

Primul pas important în reorganizarea sistemului medical a fost făcut prin adoptarea Legii nr. 1585-XIII *Cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală* din 27 februarie 1998. Așadar, AOAM în RM reprezintă principalul sistem de finanțare a ocrotirii și promovării sănătății populației, care garantează acordarea unui pachet de servicii medicale de bază.

AOAM funcționează ca un sistem unitar, pe baza principiilor de solidaritate în colectarea și utilizarea fondurilor, alegerea liberă de către asigurați a medicului de familie, a IMSP, acordarea unui pachet de servicii medicale de bază, în mod echitabil și nediscriminatoriu, oricărui asigurat și transparența activității sistemului de asigurări.

Actualmente, activitatea sectorului primar de asistență medicală este legiferată prin prevederile următoarelor documente: *Legea ocrotirii sănătății* nr. 411 din 1995; *Strategia națională de dezvoltare pe anii 2008–2011*; *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate pe perioada 2008–2017*; *Politica Națională de Dezvoltare 2007–2021*; *Programul de activitate al Guvernului Integrarea Europeană: Libertate, Democrație, Bunăstare pe anii 2010–2014*; *Ordinul MS nr. 404 Cu privire la delimitarea juridică a asistenței medicale primare la nivel raional*, *Strategia de dezvoltare a Asistenței Medicale Primare* (2010) și *Ordinul MS Cu privire la Asistența Medicală Primară* (2010).

Asistența medicală primară se desfășoară la nivelul oficiilor de sănătate (OS), oficiilor medicului de familie (OMF), centrelor de sănătate (CS), centrelor medicilor de familie (CMF) și al AMT (în mun. Chișinău).

În urma implementării AOAM, au apărut un șir de tendințe pozitive, cum ar fi sporirea volumului de finanțare, adresări mai frecvente ale populației la medic, asigurarea cu medicamente integral sau parțial compensate în cazul anumitor patologii sau

stări de sănătate, conform prevederilor Programului Unic al AOAM.

Reforma sistemului medical a schimbat filozofia de abordare a acestui domeniu. Principala direcție devine profilaxia. Respectăm, astfel, un principiu nu numai de viață, ci și de management: profilaxia îmbolnăvirilor este întotdeauna mai eficientă decât tratamentul. Noua doctrină adoptată de reforma sistemului ocrotirii sănătății a dezvoltat două alte direcții esențiale – schimbarea principiului de alocare a resurselor financiare și modificarea viziunii asupra rolului medicinei primare.

Măsurile de consolidare realizate în mun. Chișinău se referă, în special, la particularitățile de organizare a AMP și urmează a fi studiate în scopul argumentării științifice a sistemului nou-creat.

Prezentarea grafică a particularităților organizatorice ale AMP din raioanele republicii și din mun. Chișinău, cu suprapunerea principiilor de finanțare, este redată în *figura 1* (pag. 7).

Pe lângă unitățile medicale din structura Ministerului Sănătății, există și instituții medicale care aparțin altor ministere cu activități specifice (MAI, Cancelaria de Stat).

Pentru o elucidare mai relevantă a particularităților asistenței medicale acordate populației în condițiile actuale, am considerat oportun de a investiga opinia medicilor privind actul medical acordat în cadrul AMP. În *figura 2* sunt prezentate cele mai importante impedimente în activitate. Datele respective au fost obținute în baza rezultatelor anchetării, activității grupurilor-țintă.

Pornind de la sloganul „*Cadrele hotărăsc totul*”, estimarea managementului resurselor umane este indispensabilă pentru studiul efectuat. În perioada cercetată, în toate instituțiile medicale municipale din sectorul AMP activau $553,5 \pm 5,19$ medici și $558,3 \pm 8,10$ asistente medicale.

Gradul de asigurare a sectorului AMP din mun. Chișinău cu cadre medicale este de $7,1 \pm 0,06$ medici de familie și $7,1 \pm 0,09$ asistente medicale la 10 mii populație, comparativ cu gradul de asigurare la nivel național de $5,6 \pm 0,07$ medici de familie și $15,5 \pm 0,19$ asistente la 10 mii locuitori.

Analiza comparativă a ratei de asigurare a populației cu medici și specialiști cu studii medii speciale din sectorul AMP ne demonstrează că în perioada implementării AOAM fluctuația cadrelor medicale cu studii superioare și medii în mun. Chișinău este un fenomen mai puțin exprimat, în comparație cu nivelul mediu republican, și nu iese din limitele normei – $M \pm 2m$ (*figura 3*). Situația existentă poate fi considerată suficientă pentru satisfacerea accesului populației la îngrijirile medicale primare.

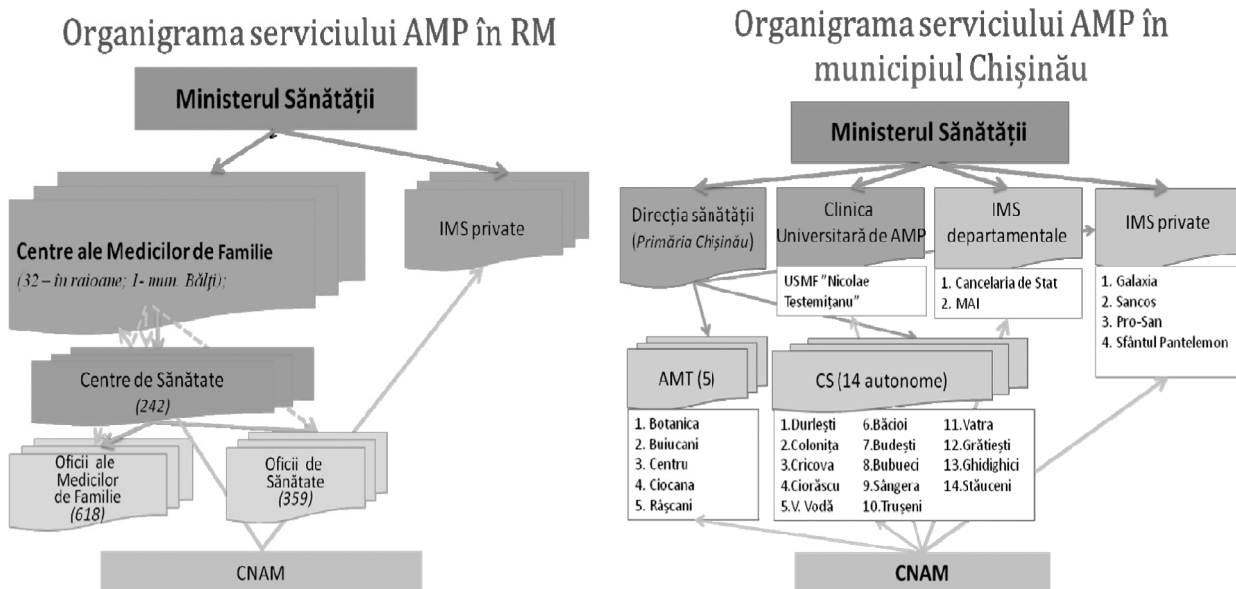


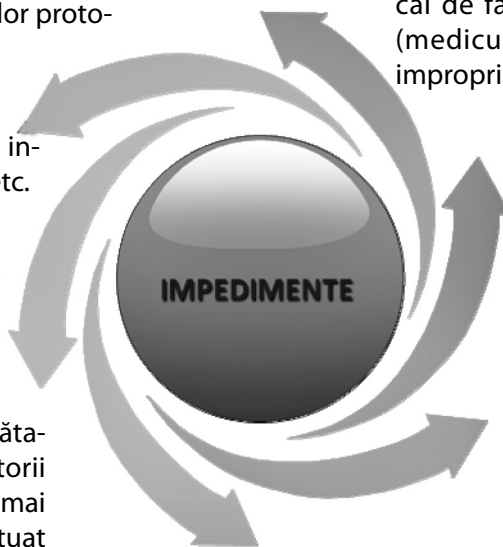
Figura 1. Evaluarea comparativă a organizării serviciului AMP.

Nerespectarea exactă a prevederilor protocoalelor clinice

Dublarea activităților m/f și m/s, a investigațiilor clinice și paraclinice etc.

Lipsa de comunicare dintre medici și manageri, precum și a comisiilor multidisciplinare de evaluare a activității medicilor de familie

Lipsa responsabilității pentru sănătatea individuală (ca urmare lucrătorii medicali poartă răspundere nu numai pentru lucrul efectuat sau neefectuat pentru pacient, ci și pentru comportamentul neadecvat al pacientului)



Conlucrarea defectuoasă dintre medical de familie și asistentele medicale (medicul efectuează multe activități improprii).

Pacienții nu se prezintă întotdeauna în sala de triaj (ca urmare sporește volumul de lucru efectuat de medicul de familie)

Lipsa postului de asistentă medicală coordonatoare în unele IMSP (ca urmare – sporierea volumului de lucru efectuat de medicul de familie)

Cele mai importante activități nu sunt unificate (în diferite sectoare ale mun. se lucrează diferit)

Figura 2. Impactul reformelor asupra activității AMP.

Fluctuația cadrelor este mai intensă printre specialiștii cu studii medii și constituie $85,5 \pm 19,52$ persoane anual versus $24,8 \pm 10,34$ medici anual ($p < 0,05$).

Despre nivelul profesional înalt al lucrătorilor medicali din sectorul medical primar ne vorbește faptul că 72,6% medici și 72,5% asistente medicale posedă categoriile I și superioară de calificare medicală.

Estimarea accesibilității serviciilor medicale primare

Conform datelor disponibile pe pagina web a CNAM, numărul de persoane asigurate variază de la

an la an și constituie în medie $503050,8 \pm 14799,41$ persoane în mediul urban și $69472,2 \pm 31540,24$ persoane în cel rural al municipiului, ceea ce constituie o acoperire de $81,1 \pm 6,76\%$ și $79,7 \pm 4,08\%$ corespunzător pentru aceste medii. Numărul de asigurați înscrși pe lista unui medic de familie se ridică în medie la $1500 \pm 100,2$ pacienți.

Conform volumului serviciilor medicale incluse în Programul Unic al AOAM, anual sporește accesul populației la asistența medicală primară și cea specializată, iar instituțiile medicale municipale largesc posibilitățile efectuării examinărilor clinice și paracli-

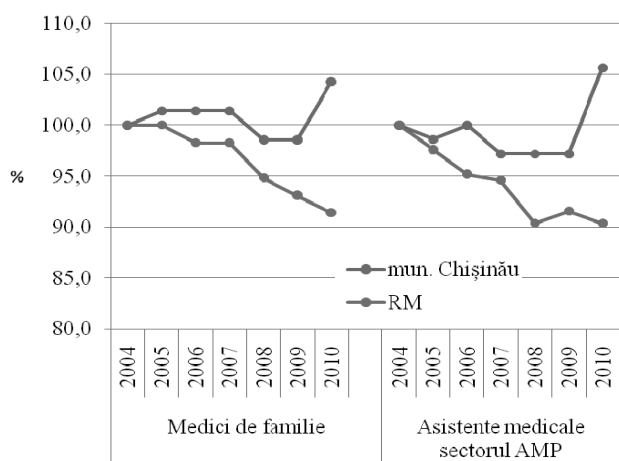


Figura 3 Dinamica ratei de asigurare a populației cu medici de familie și asistente medicale în perioada 2004-2010.

nice necesare pentru stabilirea corectă a diagnosticului, asigurând bolnavii cu preparate medicamentoase compensate și parțial compensate.

În perioada de activitate a instituțiilor medicale municipale în condițiile AOAM, numărul anual de vizite efectuate în sectorul medical primar este de 4550974,4±39683,72, dintre care 53,4±0,54% – la medicii de familie și 46,6±0,54% – la medicii-specialiști. Numărul de vizite ale unei persoane asigurate s-a mărit de la 6,8 în anul 2005 până la 7,0 în anul 2010, fiind în creștere progresivă, ceea ce confirmă accesul populației asigurate la asistența medicală conform principiului programării. În instituțiile medicale primare din municipiu se efectuează un volum de lucru mai mare comparativ cu instituțiile din raioanele republicii, fapt confirmat prin compararea valorii raportului numărului de vizite efectuate al unui locuitor, inclusiv de o persoană asigurată ($p < 0,05$) (figura 4). Evident că acest volum de activitate atrage după sine și cheltuieli mai sporite pentru prestarea serviciilor medicale populației.

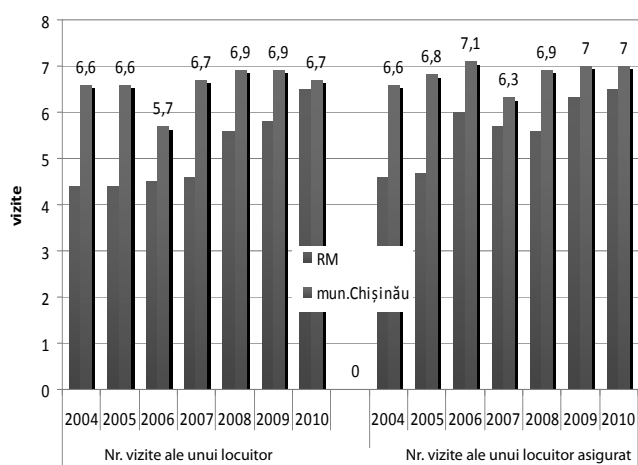


Figura 4. Numărul de vizite efectuate în sectorul AMP în perioada 2004–2010.

Tabloul structural al mijloacelor financiare care în totalitatea lor formează bugetul global al instituțiilor medicale municipale în perioada dată practic rămâne neschimbat, cu unele fluctuații procentuale într-o direcție sau alta. Ponderea cea mai considerabilă revine mijloacelor alocate de la CNAM+MS (79,4±3,09%), urmată apoi de mijloacele financiare extrabugetare (10,3±2,33%), de cele din bugetele locale (5,3±1,56%) și alte surse (5,1±1,48%) (figura 5).

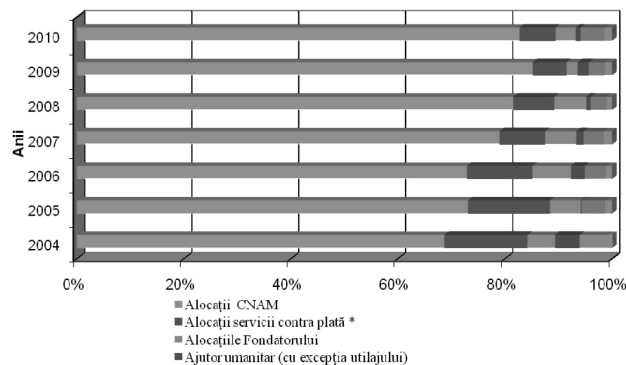


Figura 5. Structura alocărilor în bugetul global al IMSM municipale.

Astfel, suma bugetului global executat pe parcursul perioadei de observație asigură de a majorarea volumului de servicii medicale prestate.

Evaluarea sistemului de asistență medicală primară din mun. Chișinău, în comparație cu cel raional, pune în evidență următoarele particularități:

- Este prima unitate teritorial-administrativă (UTA) care a promovat reforma descentralizării, prin crearea a 14 CS autonome la finele anului 2003;
- Este unica (UTA) care are structură de asociație medicală teritorială, cu asistență medicală primară și asistență medicală specializată de ambulatoriu;
- Numărul de populație deservită de AMT este neuniform și variază în limitele 120–180 mii persoane. Numărul lucrătorilor medicali, de asemenea, este considerabil. Cele menționate creează deficiențe organizatorice și în comunicare între manageri și angajați;
- Instituțiile medicale primare din mun. Chișinău sunt mai frecvent evaluate de diverse comisii: instituționale, ministeriale, ale Direcției sănătății municipale și Centrului Municipal de Sănătate Publică etc.;
- Statistica oficială documentează solicitarea exagerat de frecventă a consultației medicilor de familie, medicilor-specialiști și efectuarea investigațiilor paraclinice de către pacienți, deoarece sunt asigurate maximal accesul și conlucrarea dintre medicii-specialiști;

- Pe același caz de boală pacienții consultă mai mulți medici, conform prevederilor Programului Unic al AOAM, totodată efectuând și consultări contra plată. Această particularitate se datorează, pe de o parte, responsabilității sporite privind sănătatea individuală, iar pe de altă parte – neîncrederii depline în medicul de familie;
- În structura serviciului de AMP a mun. Chișinău actualmente activează 14 CS autonome ale suburbiilor Chișinăului, 4 CS private (CME *Sancos*, CSF *Galaxia*, *Pro San* și *Sfântul Pantelemon*), 5 AMT cu 5 CCD și 12 CMF, care prestează servicii de asistență medicală primară și servicii medicale specializate de ambulatoriu;
- Mun. Chișinău are, la moment, cele mai avantajoase condiții de liberă alegere a medicului de familie și a instituției medicale, aceasta având un impact indirect asupra sporirii performanțelor medicilor și a concurenței dintre instituțiile medicale;
- Totodată, o deosebire esențială este că în municipiu activează organizații nonguvernamentale (ONG), care prestează servicii medicale și care colaborează eficient cu instituțiile din AMP;
- Contribuția Societății Științifice de Medicină de Familie și Management la dezvoltarea AMP pentru beneficiul pacienților este semnificativă. Gradul de pregătire a lucrătorilor medicali și asigurarea cu cadre medicale în municipiu sunt net superioare celor din republică;
- În baza instituțiilor medicale municipale activează Catedrele Clinice ale USMF *Nicolae Testemițanu*;
- Se remarcă o stabilitate în activitatea directorilor: 5 directori de AMT au fost numiți în funcție în anii 1990, 1991, 1995 și 1998;
- În mun. Chișinău există o rețea extinsă de farmacii comunitare, ceea ce indiscutabil favorizează accesul la medicamente, inclusiv la cele compensate și parțial compensate.

Deși alocările la buget cresc progresiv, gradul de acoperire cu medicamente a necesităților populației mun. Chișinău înregistrează o micșorare a cheltuielilor pentru medicamente, de la 15,3% în anul 2005 până la 12,5% în anul 2010. Aceste date ne demonstrează clar că cheltuielile la compartimentele menționate nu pot asigura calitatea serviciilor prestate la nivelul Protocoalelor Clinice, conform standardelor medico-economice.

În anii 2006–2010, în instituțiile medicale municipale au fost prescrise în medie $356102,8 \pm 122570,77$ și, respectiv, $53938,0 \pm 23496,02$ rețete.

Analiza activității centrelor de sănătate autonome din suburbiile mun. Chișinău, în dinamica anilor 2004–2010, a demonstrat creșterea performanței

conducătorilor CS în ceea ce privește dirijarea și utilizarea surselor financiare acumulate. Finanțarea directă a CS a contribuit nemijlocit la gestionarea mai eficientă a surselor financiare acumulate, prestarea serviciilor medicale calitative și în volum adecvat, cu asigurarea economiei reale la diferite articole, în special la serviciile comunale, care au dat posibilitatea ca sursele financiare economisite să fie orientate spre ameliorarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale.

Un alt factor important în aspectul gestionării raționale a resurselor este și costul medicamentelor pentru tratament în condiții de ambulatoriu, subiect decisiv pentru menținerea mai multor pacienți în cadrul AMP și al asistenței specializate de ambulatoriu, precum și pentru reducerea presiunii fluxului de pacienți asupra serviciului spitalicesc.

În figura 6 sunt prezentate sumele alocate pentru medicamentele compensate și parțial compensate, necesare tratamentului în condiții de ambulatoriu. Ținând cont de nivelul inflației, am considerat oportună estimarea sumelor alocate în unități convenționale, dolari SUA, pentru a obține cifre estimative pe plan internațional. În dinamică se remarcă creșterea sumei de aproximativ 2 ori.

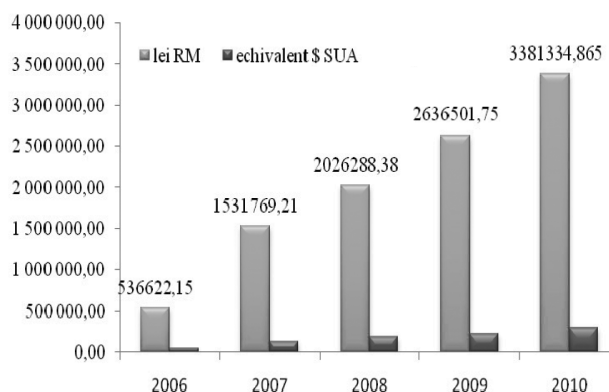


Figura 6. Sumele alocate pentru medicamentele compensate și parțial compensate necesare tratamentului în condiții de ambulatoriu în mun. Chișinău.

Sumele pentru procurarea medicamentelor compensate în perioada 2006–2010 alcătuiesc în medie $12469442,1 \pm 5568815,04$ lei în AMT și $1682795,4 \pm 887705,89$ lei în CS. În ceea ce privește asigurarea pacienților cu medicamente compensate, 77,1% (461) din medicii intervievați sunt de părerea că oferta acoperă cererea, 13,6% (81) consideră că acoperirea este parțială, iar 8,4% (50) opinează că necesarul nici pe departe nu este acoperit.

Managerii consideră că acoperirea cu medicamente compensate atinge cifra de 85,0% (34). Acest indicator este mai înalt printre medicii de familie (88,5%) și net inferior printre medicii-specialiști – 51,9% (95).

Cu totul alt tablou se atestă în privința asigurării gratuite și parțial gratuite cu medicamente: 68,6% (839) din persoane au beneficiat de medicamente compensate, 20,1% (246) nu au beneficiat, iar 10,2% (125) au beneficiat parțial de medicamente compensate. Cel mai înalt grad de satisfacere a cererii de medicamente compensate este caracteristic pentru bolnavii grupei de vârstă 41–50 de ani (17,6%), urmași de cei cu vârsta cuprinsă între 31 și 40 de ani (15,6%) și cei de 51–60 ani (14,6%). La sporirea calității serviciilor medicale acordate, inclusiv în sectorul medical primar, contribuie și motivarea personalului medical, care poate fi măsurată direct prin remunerarea muncii.

Media salariului lunar la finele anului 2010 pentru medicii de familie din municipiu a constituit 4165,0 lei, pentru asistentele medicale de familie – 3205,0 lei, iar pentru medicii-specialiști în condiții de ambulatoriu – 4358,0 lei.

În figura 7 vom prezenta salariul mediu al medicilor de familie angajați în AMP din republică, versus mun. Chișinău.

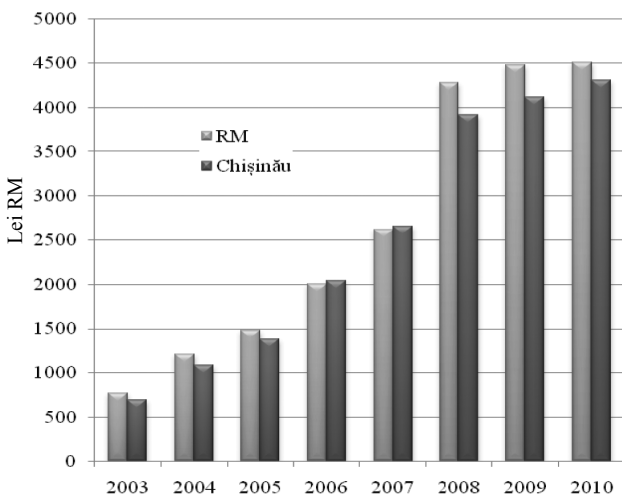


Figura 7. Salariul mediu la o funcție ocupată de medicul de familie angajat în AMP, în lei (anii 2003–2010).

Datele prezentate demonstrează clar cointeresarea tinerilor specialiști de a se angaja în activitatea profesională în sectorul rural, pentru care este caracteristică o lipsă semnificativă de cadre medicale.

În continuare prezentăm rezultatele unui sondaj sociologic al 598 de medici din sectorul medical primar al mun. Chișinău referitor la salarizare. Se constată un decalaj în opinia medicilor referitor la motivarea materială pentru activitate – numai 7,7% (47 persoane) sunt satisfăcuți de mărimea salariului, parțial satisfăcuți – 19,4%, pe când 72,6% (434 persoane) consideră valoarea salariului sub nivelul de satisfacție, deoarece nu corespunde nici așteptărilor și nici efortului depus.

Pentru organizarea eficientă a sistemului de sănătate este important, din punctul de vedere al managementului contemporan, să evaluăm reparțizarea resursele financiare și existența criteriilor pentru estimarea cantitativă a calității serviciilor medicale acordate. În această ordine de idei am totalizat unele rezultate ale implementării AOAM, care sunt prezentate în figura 8.

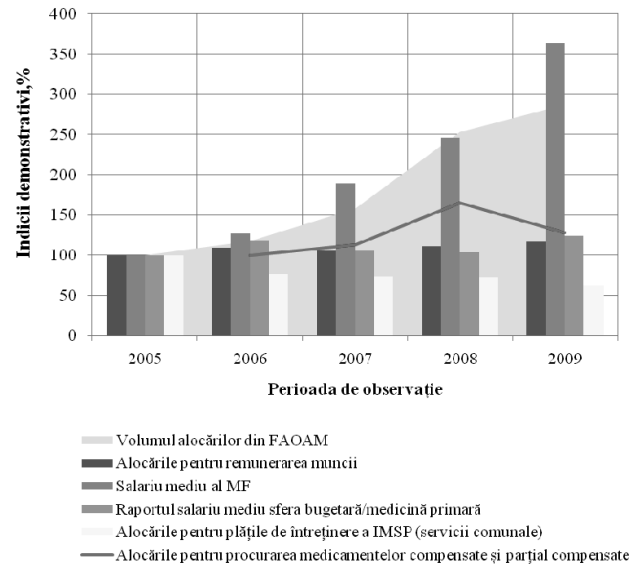


Figura 8. Indicii dinamicii alocării și distribuirii resurselor financiare în sectorul AMP din mun. Chișinău.

Referitor la finanțare, trebuie de menționat faptul că în condițiile de majorare a alocărilor pentru AMP, se constată o sporire considerabilă a salariului mediu al MF și reducerea cheltuielilor pentru întreținerea instituțiilor, pe fundal de majorare continuă a tarifelor, ceea ce duce la deteriorarea mijloacelor fixe și crearea condițiilor de muncă insalubre.

Considerăm important de a atenționa că salariul mediu al MF a crescut de circa 3,5 ori în comparație cu anul de referință. Valoarea raportului dintre salariul mediu în sfera bugetară și salariul mediu în AMP rămâne practic la același nivel.

Concluzii

- Actualul sistem municipal de sănătate, care s-a format ca urmare a reorganizării eşalonate, a devenit eficient în dirijare și capabil de a supraviețui în condițiile social-economice complicate.
- Măsurile organizatorice realizate treptat, pe etape, în procesul demarării reformelor au creat premise favorabile pentru implementarea principiului acordării asistenței medicale primare populației prin intermediul medicului de familie.

3. Serviciul de AMP din mun. Chișinău posedă un șir de particularități în comparație cu cel din raioanele RM.
4. Actualmente finanțarea din fondurile CNAM este cea mai considerabilă și a avut un impact pozitiv asupra serviciului AMP.

Bibliografie

1. Ababii I. ș. a., *Dezvoltarea medicinei de familie în Republica Moldova*. În: *Materialele Congresului II al Medicilor de familie din Republica Moldova*, 2006, p. 3-8.
2. Alfred Bulai, *Focus-grupul în investigația socială. Metode de cercetare calitativă*. București: Editura Paideia, 2000, 119 p.
3. Bivol Gr., *Medicina de familie ca specialitate și crearea ei în Republica Moldova*. Ghid practic al medicului de familie. În: *Buletin Informativ al MS, FIS și Banca Mondială IMPACT*, nr. 6, Chișinău, 2003, p 9.
4. Ciocanu M., *Argumentarea direcțiilor strategice de dezvoltare a sistemului de sănătate*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău 2007, nr. 6, p. 27–31.
5. Ețco C. ș. a., *Aspecte economice ale activității medicului de familie*. Chișinău: CEP „Medicina”, 2002, 128 p.
6. Ețco C. ș. a., *Managementul serviciilor din sectorul asistenței medicale primare: cheltuieli, eficiență, calitate*. Chișinău, 2000, 139 p.
7. Ețco C., Ciobanu M., *Problemele medico-economice ale reformării ocrotirii sănătății cu folosirea metodelor de management*. În: *Culegerea de materialele ale seminarului cu medici-organizatori din Călărași*. Chișinău, 1999, p. 179.
8. Ețco C., Buta G., *Estimarea multifactorială a satisfacției pacienților în raport cu calitatea serviciilor medicale*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*, 2009, nr. 4, p. 30-33.
9. Ețco C., Buta G., *Rolul medicului de familie în promovarea sănătății*. În: *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, ediția a X-a, 2009, p. 209-218.
10. Ețco C. ș. a., *Finanțarea în contextul asigurării calității serviciilor medicale*. Chișinău, 2007, 211 p.
11. Nemerenco A., *Implementarea metodelor manageriale contemporane în activitatea instituțiilor de asistență medicală primară și a mediului de familie*. Chișinău: CEP “Medicina”, 2010, 40 p.
12. Nemerenco A., *Activitatea medicului de familie în echipă – instrument de îmbunătățire a calității serviciilor primare de sănătate*. În: *Medicina de familie în epoca tehnologiilor – oportunități și limite*. *Materialele Conferinței Științifice Internaționale*. România, Iași, 2009, p. 46-47.
13. Savin V., *Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane*. Autoref. tezei de dr. în medicină. Chișinău, 2003, 22 p.
14. Savin V., *Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condiții urbane*. Chișinău, 2003, 27 p.
15. Savin V., *Unele aspecte ale reorganizării asistenței medicale în municipiul Chișinău*. În: *Analele științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*, 2001, vol. 2, p. 43–47.
16. Spinei L. ș. a., *Epidemiologie și metode de cercetare*. Chișinău, 2006, 224 p.
17. Tintiuc D. ș. a., *Managementul Asistenței Medicale Primare în Republica Moldova*, Chișinău, 2005, 280 p.

Prezentat la 15.06.2011

Galina Buta, doctorand, Catedra Economie, Management și Psihopedagogie în Medicină, USMF N. Testemițanu,
Tel: + 069322284, 205215, 268813
Email: galinabuta@yahoo.com

CARACTERISTICA
ABILITĂȚILOR
DE COMUNICARE ȘI
APTITUDINILOR ORGANIZATORICE
ALE MEDICILOR DE FAMILIE

Victoria BUCOV, Nicolae FURTUNĂ,
Elena BUCOV, Laura ȚURCAN
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Characteristics of communication and organizational skills of family doctors

The method of interviewing was used to analyze communication and organizational skills of family physicians, in a group of 101 persons randomly formed, with different work experience – from 0-5 to 21 years and more. In most groups analyzed was established medium level of communication and organizational abilities. The data obtained suggest the conclusion that at the more high level of organizational skills is more difficult to communicate with individuals and vice versa – if it is more simple to establish individual contacts, are less pronounced organizational capabilities. No statistically significant difference were revealed in the manifestation of organizational and communication skills in groups with different professional experience, indicating the necessity for special instruction for training and development of these abilities.

Key words: organizational skills, communication skills, family physicians.

Резюме

Характеристика организаторских и коммуникативных навыков у семейных врачей

Для анализа уровня организаторских и коммуникативных навыков был использован метод анкетирования в группе из 101 семейного врача, сформированной по методу случайной выборки, куда вошли лица со стажем работы от 0-5 до 21 и более лет. В большинстве групп установлен средний уровень организаторских и коммуникативных способностей. Полученные данные позволяют предположить, что при более высоких уровнях организаторских способностей труднее контактировать с отдельными людьми, и наоборот, если легко устанавливаются личные контакты, то гораздо менее выражены организаторские способности. Не выявлено статистически значимых различий указанных навыков в группах с разной продолжительностью стажа работы, что указывает на необходимость специальных тренингов для обучения и развития этих способностей.

Ключевые слова: организационные навыки, навыки общения, семейные врачи.

Introducere

Abilitățile de comunicare și aptitudinile organizatorice sunt componente importante și condiții indispensabile în activitățile legate de relațiile cu oamenii, clasificate ca ocupații de tip om – om [1]. Practica medicală eficientă cere cunoștințe de specialitate, precum și capacități eficiente de comunicare cu pacientul. Până de curând, relațiile medicului cu pacientul au fost sub formă de paternalism, iar în ultimii ani se observă tendința transformării medicinei dintr-o profesie predominant paternalistă într-o profesie axată tot mai mult pe deciziile pacientului. Aceasta se observă mai ales în realizarea măsurilor preventive, cum ar fi imunizarea sistematică a populației în cadrul programelor naționale de lungă durată, în cazurile în care intervențiile medicale sunt preconizate pentru copiii și adulții sănătoși. Medicul informează și recomandă, iar decizia finală aparține pacientului. În acest context, sunt foarte importante capacitățile psihologice ale medicilor de familie, care includ aptitudinile organizatorice și abilitățile de comunicare.

În baza analizei a 640 de chestionare de la medicii de familie din SUA, Anglia și Germania, a fost stabilită multitudinea factorilor care influențează relațiile medic – pacient, inclusiv condițiile de lucru și caracteristica psihologică a medicului [2]. În alt studiu a fost stabilit că actualmente nu există o părere unanimă despre relațiile medic – pacient și este subliniat că sunt necesare studii și măsuri speciale (programe educaționale) pentru crearea relațiilor corecte dintre medic și pacient [3, 4]. Se evidențiază astfel o perspectivă a comunicării ca instrument al acțiunii asupra pacienților [5].

Este subliniat faptul că se pot distinge 2 grupuri de calități ale medicului: calitățile relaționale, care facilitează relația medic – bolnav, și calitățile etice. Contează în primul rând factorii afectivi, iar factorii ca dezinteresul material sau cunoștințele științifice se situează pe al doilea plan. Parson subliniază că medicul poate adopta 5 tipuri de atitudini față de pacient: de competență tehnică, universalistă, de specificitate funcționărească, de neutralitate afectivă (când refuză relațiile personale cu bolnavul), altruistă [6]. La caracterizarea comunicării este necesar de luat în considerație factorii care o afectează, și anume caracteristicile individuale psihologice (temperament, sex, vârstă, motivația și trăsăturile de caracter), trăsăturile profesionale și factorii situaționali – starea de spirit, starea fiziologică etc. [7, 8].

J. Goethe considera că suprema performanță a cunoașterii științifice este cunoașterea omului [9]. Prin această cercetare autorii intenționează să facă un pas spre această

cunoaștere. Scopul studiului, rezultatele căruia sunt prezentate în articolul prezent, a fost examinarea capacităților organizatorice și comunicative ale medicilor de familie.

Materiale și metode

Abilitățile de comunicare și aptitudinile organizatorice au fost evaluate prin chestionarea unui grup de medici de familie format prin metoda aleatorie, care a inclus doctori cu diferită vechime în muncă: 0-5 ani (n=20), 6-10 ani (n=26), 11-15 ani (n=19), 16-20 ani (n=18), 20 și mai mulți ani (n=18), în total 101 persoane. Analiza chestionarelor a fost realizată prin evaluarea răspunsurilor în puncte după următorul algoritm: nivelul inferior (1-4 puncte), scăzut (5-8 puncte), mediu (9-12 puncte), înalt (13-16 puncte) și superior (17-20 puncte) [6, 9, 10].

Rezultate obținute și discuții

La analiza rezultatelor obținute au fost luate în considerație următoarele date și informații [6, 9, 10].

Abilitățile de comunicare se manifestă prin competențele de a intra în contact social, de a gestiona situații recurente de interacțiune, de a atinge obiectivele de comunicare preconizate în relațiile interpersonale, de a îndeplini diferite roluri sociale, de a agunge la o înțelegere în diferite situații și la diferite niveluri de schimb de informație.

Aptitudinile organizatorice pot fi grupate în trei tipuri: înțelegerea organizațională (capacitatea de a sincroniza starea emoțională a medicului și a pacientului, de a analiza subtilitățile relațiilor, capacitatea de a manifesta empatie), tactul psihologic (simțul necesar al proporției, selectivitatea psihologică), eficiența emoțional-volitivă (capacitatea de a influența alte persoane).

Rezultatele obținute în studiu ne-au permis să divizăm toți respondenții în cinci grupuri conform abilităților lor de comunicare și capacităților organizatorice – nivelul inferior (I), scăzut (S), mediu (M), înalt (Î) și ridicat (R).

Persoanele cu 1-4 puncte sunt caracterizate printr-un nivel inferior de comunicare și de capacități organizatorice, cu 5-8 puncte – nivel mai scăzut de mediu: nu le place să comunice, preferă singurătatea, într-un colectiv nou se simt încordate, suferă dificultăți la stabilirea contactelor cu oamenii, nu-și apără opinia proprie, suportă cu greu observațiile, rareori preiau inițiativa, evită luarea de decizii proprii. Pentru cei care au obținut 9-12 puncte este caracteristic un nivel mediu de comunicare și de capacități organizatorice: ei sunt dornici de a comunica cu oamenii, își apără opinia proprie, dar potențialul abilităților lor nu este destul de rezistent. Se cere o activitate de

educație suplimentară pentru formarea și dezvoltarea acestor calități.

13-16 puncte acumulate arată un nivel înalt de manifestare a capacităților comunicative și organizatorice. Aceste persoane nu se pierd într-un mediu nou, găsindu-și repede prieteni, caută să-și extindă cercul de cunoscuți, acordă ajutor rudelor și prietenilor, preiau inițiativa în comunicare, sunt capabili să ia decizii în situații dificile și neașteptate. Cel mai ridicat nivel (17-20 de puncte) de abilități nominalizate indică dorința formată de a comunica și de a se ocupa cu activitatea organizatorică. Reprezentanții acestui grup se orientează rapid în situații dificile, se simt liber în colectivități noi, au inițiativă, sunt gata să ia decizii personale, își apără propria opinie și sunt persistenți la promovarea deciziilor, se ocupă cu plăcere de organizarea diferitelor jocuri și manifestări, sunt tenace în activitatea lor.

Rezultatele interviului întregului grup de medici de familie sunt prezentate în *tabelul 1* și *figura 1*. Datele din tabel arată că cel mai frecvent este întâlnit nivelul mediu de abilități de comunicare și nivelul înalt de aptitudini organizatorice. Se observă și un fenomen la prima vedere paradoxal – în grupurile I, S și R nu se evidențiază diferența caracteristicilor analizate, ($P > 0,05$), dar în grupurile M și Î această diferență este veridică ($P < 0,05$), în grupul M fiind mai înalt indicele ce caracterizează comunicarea, iar în grupul Î – al capacităților organizatorice.

Tabelul 1

Caracteristica generală a abilităților de comunicare și aptitudinilor organizatorice la medicii de familie (n=101)

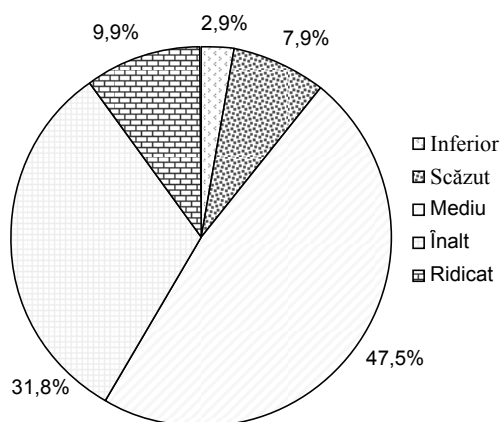
Caracteristica	Nivel, %±m				
	Inferior (I)	Scăzut (S)	Mediu (M)	Înalt (Î)	Ridicat (R)
Abilități de comunicare	2,9%± 1,6	7,9%± 2,6	47,5%± 4,9	31,8%± 4,6	9,9%± 2,9
Aptitudini organizatorice	0%	11,9%± 3,2	34,7%± 4,7	44,5%± 4,9	8,9%± 2,8

Datele prezentate ne demonstrează concluzia că cu cât mai înalte sunt capacitățile organizatorice, cu atât mai dificil este de comunicat individual cu persoane particulare și invers – cu cât mai simplu se stabilesc contacte individuale, cu atât mai slabe sunt capacitățile organizatorice.

Este bine cunoscut faptul că dezvoltarea personalității este secvențială și se observă o influență reciprocă a specificului activității profesionale și a calităților psihologice ale individului. În acest context a fost necesar de analizat nivelul abilităților de comunicare și al aptitudinilor organizatorice la medicii de familie cu diferită vechime în muncă. Datele obținute sunt prezentate în *tabelul 2* și *figura 2*. În majoritatea

grupurilor este observat un nivel mediu sau mai superior al aptitudinilor organizatorice, adică o orientare rapidă într-un mediu necunoscut, abilitatea de a lua decizii în situații dificile, neașteptate, tendința de a-și apăra punctul de vedere.

Abilități de comunicare



Aptitudini organizatorice

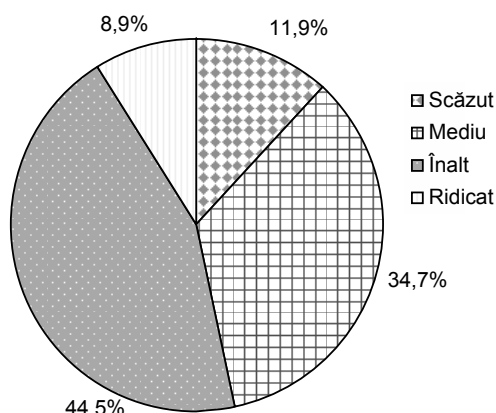


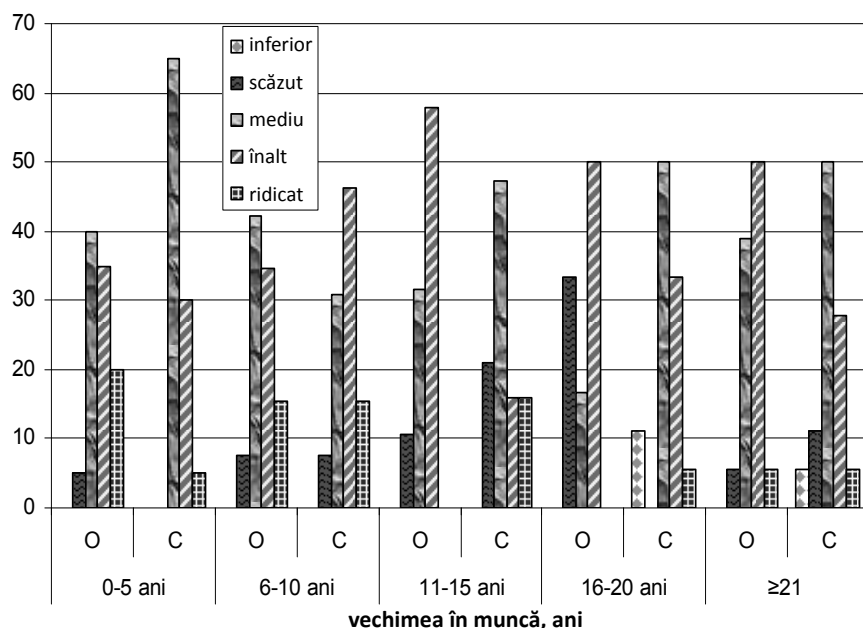
Figura 1. Date generale privind analiza abilităților de comunicare și aptitudinilor organizatorice ale medicilor de familie (n=101).

Tabelul 2

Date sumare privind nivelul aptitudinilor organizatorice (O) și abilităților de comunicare (C) în grupurile medicilor de familie cu diferită vechime în muncă

Nivel	Vechimea în muncă, ani									
	0-5		6-10		11-15		16-20		≥21	
	O	C	O	C	O	C	O	C	O	C
Inferior+Scăzut	5,0%	-	7,7%	7,7%	10,5%	21,1%	33,3%	11,1	5,6%	16,7%
Mediu	40,0%	65%	42,3%	30,8%	31,6%	47,3%	16,6%	50,0%	38,8%	50,0%
Înalt+Ridicat	55,0%	35%	50,0%	61,5%	57,9%	31,6%	50,0%	38,9%	55,6%	34,3%

La analiza evoluției aptitudinilor organizatorice se observă diminuarea nivelurilor mediu, înalt și superior (M+Î+S) în grupurile cu experiență profesională de 0-5 ani (95%) și 16-20 de ani (66,6%), revenind la nivelul inițial în ultimul grup (≥21 ani – 94,4%). Concomitent crește proporția persoanelor cu nivel mai redus de mediu de la 5,0% (0-5 ani) până la 33,3% (16-20 ani).



Se poate de presupus că perioada de viață a persoanelor cu vechimea în muncă de 16-20 de ani în general este caracterizată prin modificări majore fiziologice și psihologice, reevaluare a valorilor în viață, cu stabilirea priorităților noi, ceea ce influențează personalitatea lor.

Figura 2. Nivelul aptitudinilor organizatorice (O) și al abilităților de comunicare (C) ale medicilor de familie în funcție de vechimea în muncă, %.

Analiza abilităților de comunicare a arătat că în toate grupurile selectate nivelul mediu este cel mai frecvent întâlnit, exclusiv grupul cu vechimea în muncă de 6-10 ani, în care prevalează nivelul superior. Așadar, comunicarea este caracterizată prin contacte situaționale, când manifestările potențialului abilităților de comunicare nu sunt stabile. Un număr semnificativ de respondenți, mai ales dintre cei cu experiența de 6-10 ani (46,2%), au un nivel înalt al abilităților de comunicare, care înseamnă inițiativă de a comunica, dorință de a-și extinde cercurile de comunicare. Indicii nivelului ridicat al abilităților de comunicare, adică dorința formată de a comunica, orientarea rapidă în situații încordate, comportamentul spontan în noul mediu, au o tendință de creștere de la 5,0% la vechimea în muncă de 0-5 ani până la 15,8% la 11-15 ani, apoi se reduce până la 5,6% în ultimele două grupuri.

Concluzii

Trebuie menționat faptul că nu au fost relevate diferențe statistice veridice în manifestarea aptitudinilor organizatorice și abilităților de comunicare la medicii de familie din grupurile cu diferită vechime în muncă și pe măsura creșterii experienței profesionale, aceasta indicând necesitatea unei instruirii speciale în vederea formării și dezvoltării acestor capacități.

Dorința de a se angaja în activitățile de organizare și de comunicare cu oamenii depinde, pe de o parte, de conținutul acestor activități relevante și, pe de altă parte, de caracteristicile tipologice ale personalității. În acest context, este importantă valoarea subiectivă a rezultatelor obținute în urma activităților respective și atitudinea față de persoanele cu care se interacționează. Aceasta trebuie luată în considerație

la elaborarea recomandărilor pentru specialiștii cu nivelul scăzut al capacităților de comunicare și al celor organizatorice.

Bibliografie selectivă

1. A. Meneghetti, *Intelletto e personalità*, Psicologica Editrice, 2008, 212 p.
2. H. Brooks, W. J. Sullivan, *The importance of patient autonomy at birth Intern. J. of Obstetric. Anesthesia*, V. 11, Issue 3, p. 196-203.
3. Siegrist J. Shackelton R., Link C., *Work stress of primary care physicians in the US, UK and German health care systems*. Soc. Sci. Med., 2010, 71(2), p. 298-304.
4. Jacobsen E.T., Rasmussen S.R. Christensen M., Engberg M., Lauritzen T., *Perspectives on lifestyle intervention: the views of general practitioners who have taken part in a health promotion study*. Scand. J. Public Health, 2005, 33(1), p. 4-10.
5. Tudose F., *Orizonturile psihologiei medicale*, București, Ed. Medicina, 2003, cap. 5. Aspecte ale comunicării cu pacientul, p. 177-227.
6. Miclea Mircea, *Psihologie cognitivă*, Ed. Polirom, 1999, p. 344.
7. *Клиническая психология: учебник* Под ред. Б.Д. Карвасарского, СПб: Питер, 2002.
8. Соложенкин В.В. *Психологические основы врачебной деятельности*. Учебник для студентов вузов. Москва: Академический Проект, 2003, 304 с.
9. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М., *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. Вкн. *Диагностика коммуникативных и организаторских склонностей (КОС-2)*. Москва, 2002, с. 263-265.
10. Alex Mucchielli, *Arta de a comunica. Metode, forme și psihologia situațiilor de comunicare*, Ed. Polirom, 2005, 264 p.

Prezentat la 5. 10. 2011

Victoria Bucov

2020 MD Chișinău, str. Gh. Asachi 67A
Tel.574-587; e-mail: – vbucov@cnspl.md

CONDIȚIILE DE MUNCĂ ȘI MORBIDITATEA MEDICILOR DE FAMILIE

Vladimir BEBÎH, Vasile IACHIM, Olga
FRUMUSACHI, Dmitrii EGOROV, Elena FLOREA,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Working conditions and morbidity of family physicians

This article describes materials of scientific researches of working conditions, functional changes of the organism during of labor activity and the state of health of family doctors, with the purpose of revealing professional risks factors. As a result, preventive measures have been developed.

Key-words: *family doctors, working conditions, the functional state of the organism, temporary loose of working capacity diseases, chronic diseases and preventive measures.*

Резюме

Условия труда и заболеваемость семейных врачей

Статья содержит материалы научных исследований условий труда, функциональных изменений организма в процессе трудовой деятельности и состояния здоровья семейных врачей с целью выявления профессиональных факторов риска. В результате были разработаны профилактические мероприятия.

Ключевые слова: *семейный врач, условия труда, функциональное состояние организма, заболеваемость с временной утратой трудоспособности и хроническая, профилактические мероприятия*

Introducere

Calitatea și eficacitatea activității lucrătorilor medicali depind în mare măsură de condițiile de muncă și starea lor de sănătate. Personalul medical pe parcursul activității este expus unor factori potențial dăunători sănătății – fizici, chimici, biologici, care se îmbină și cu cei formați de procesul de muncă – suprasolicitări sporite intelectuale, emoționale, fizice cu eforturi musculare statice și dinamice, pozitii de lucru forțate, incomode, regim de muncă și odihnă irațional, situații stresante și alți factori. Din aceste considerente, munca lucrătorilor medicali trebuie să fie în atenția specialiștilor în igiena muncii, așa cum se face pentru alte categorii de angajați din sectoarele de producție.

Medicina de familie ca specialitate are unele principii foarte importante [5], dintre ele menționăm: observarea de durată și continuă, asistența primară să fie poliprofilară, atitudinea față de familie – ca față de o unitate medicală, profilaxia să fie baza activității medicului și asistentei, ajutorul eficace și economic justificat, coordonarea ajutorului medical, răspunderea pentru starea de sănătate a pacientului, precum și îmbunătățirea ei.

Medicina de familie poate fi considerată ca o medicină de prim contact, care asigură accesul nediscriminatoriu al populației la asistența medicală, indiferent de vârstă, de sex sau de boala pe care o are pacientul. Ea este în același timp și o medicină care asigură continuitatea îngrijirilor medicale, medicină a persoanei în toată integritatea ei, medicină a familiei și a colectivității în care trăiește persoana respectivă.

Organizarea activității medicului de familie se deosebește de cea tradițională prin faptul că medicul de familie devine figura-cheie în acordarea asistenței medicale primare (AMP). El îndeplinește sarcina de bază, care constituie 70-75% din toate solicitările de servicii medicale, exercitând unele obligațiuni atribuite anterior mai multor specialiști: terapeut, pediatru, ginecolog, ftiziatru, otolaringolog, oftalmolog, neurolog etc. [4].

Dezvoltarea medicinei contemporane impune necesitatea studierii condițiilor de muncă a lucrătorilor medicali din asistența medicală primară/medicilor de familie, a factorilor de risc profesional; elaborarea măsurilor de diminuare a impactului lor nociv.

Metode și materiale

Cercetările au fost efectuate pe parcursul anilor 2008-2010 în 6 centre ale medicilor de familie (CMF), care sunt parte componentă a două Asociații medicale teritoriale (AMT) din mun. Chișinău. Pentru identificarea factorilor de risc profesional, care pot influența asupra organismului în procesul de lucru, s-au efectuat studii aprofundate cu o evaluare igienică complexă a condițiilor de muncă a medicilor de familie.

Evaluarea situației reale privind particularitățile de activitate a medicilor de familie a fost efectuată prin studierea datelor statistice,

a documentelor relevante privind activitatea Asociațiilor medicale teritoriale, publicațiilor științifice, datelor obținute în urma interviuării persoanelor-cheie din AMT și lucrătorilor medicali. Au fost analizate datele colectate prin chestionarea medicilor de familie.

Caracteristica igienică a condițiilor de muncă a fost apreciată în baza analizei a 436 de măsurări instrumentale a parametrilor microclimatului, iluminatului, zgomotului. Condițiile de muncă a medicilor de familie s-au evaluat și prin interviuarea a 110 lucrători medicali.

Cercetările privind caracterul și dinamica modificărilor stării funcționale a sistemului cardiovascular au cuprins 101 medici de familie, în total 2222 determinări.

Caracteristica profesiografică a activității medicilor de familie a fost dată în baza rezultatelor a 1453 de observații cronometrice. Au fost calculați și evaluați indicatorii factorilor procesului de muncă a medicilor de familie.

Analiza morbidității, cu incapacitatea temporară de muncă (MITM), a lucrătorilor medicali din AMT pentru perioada 2006-2008 a fost efectuată în baza datelor obținute prin prelucrarea a 1585 de certificate de concediu medical primare. În calitate de lot-martor s-au folosit datele cercetărilor efectuate de către autori anterior (anii 2004 și 2007) privind MITM a personalului medical din chirurgia de urgență și din echipele de asistență medicală urgentă (AMU). S-a dat caracteristica morbidității cronice a 104 medici de familie (care au lucrat permanent în funcția dată nu mai puțin de trei ani: 2007-2009) în conformitate cu datele fișelor de ambulatoriu (F25e). Au fost analizate datele autoevaluării de către medicii de familie a stării lor de sănătate conform chestionarului.

În scopul aprecierii de către medicii de familie a gradului de satisfacție în activitatea lor și a satisfacției pacienților privind calitatea serviciilor medicale, s-a efectuat un sondaj prin chestionarea a 120 de pacienți și 110 medici.

Rezultate și discuții

Serviciul de asistență medicală primară, ca parte componentă a sistemului de ocrotire a sănătății din R. Moldova, este bine conturat din punct de vedere organizatoric și este constituit din centre ale medicilor de familie, centre de sănătate, oficii ale medicilor de familie și puncte de sănătate. Una dintre problemele acute ale AMP rămâne a fi tendința de micșorare a numărului de cadre medicale. Dinamica numărului medicilor de familie, care au activat în perioada

2002-2009, indică asupra micșorării acestuia la 11,4% în anul 2009 [2]. În 2010 numărul lucrătorilor medicali a scăzut față de 2009 de la 10.761 la 10.612 medici și de la 23.141 la 22.996 lucrători medicali cu studii medii [3]. Refuzul tinerilor specialiști de a se încadra în câmpul muncii, în special în mediul rural, generează dificultăți considerabile în asigurarea populației cu asistență medicală de calitate.

Modificări în acordarea serviciilor medicale, asociate cu implementarea medicinei de familie, au observat 50,0% din pacienții intervieuați, inclusiv 33,3% susțin că aceste schimbări sunt pozitive. Factorii care determină aceste schimbări sunt: îmbunătățirea calității asistenței medicale – 46,3%, scăderea numărului de adresări la specialiștii de profil – 22,0%, atenție sporită a medicului de familie pentru lucrul profilactic – 12,2% și creșterea accesului la servicii medicale – 19,5%. 16,7% din pacienții intervieuați consideră însă că odată cu trecerea la medicina de familie asistența medicală s-a înrăutățit.

Printre medicii de familie intervieuați, 66,1% nu sunt satisfăcuți de activitatea lor, 28,8% sunt mulțumiți. Problemele majore sunt: mult lucru cu documentația – 100,0% din respondenți care nu sunt satisfăcuți de activitatea lor ca medic de familie; salariu necorespunzător volumului de lucru – 92,3%; timp insuficient pentru consultarea pacienților – 94,9%; primirea unui număr mare de pacienți – 94,9%; medicul de familie are prea multe obligații – 92,3% și alte cauze.

Evaluarea igienică a condițiilor de muncă a medicilor de familie a identificat principalii factori de risc profesional care ar putea afecta sănătatea lor. Analiza datelor a arătat că condițiile de muncă, după o serie de indicatori [1], sunt nocive – clasa de nocivitate a condițiilor de muncă 3.2-3.3 (tabelul 1). O semnificație majoră are factorul biologic – clasa 3.3. Medicul de familie este supus contactului cu diverși factori de natură infecțioasă și neinfecțioasă și se află în grupa de risc privind expunerea la locul de muncă la diferite infecții provocate de microorganisme patogene și oportuniste. Ca urmare, factorul biologic este unul dintre factorii dăunători principali, care afectează starea de sănătate a medicilor de familie.

Tabelul 1

Rezultatele evaluării factorilor condițiilor de muncă a medicilor de familie după clasele de nocivitate și pericol

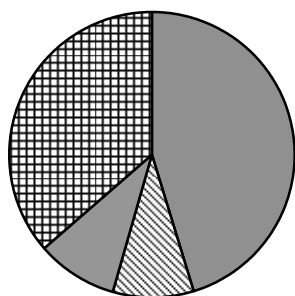
Factorii și clasa condițiilor de muncă								
Chimici	Biologici	Zgomot	Radiații	Microclimat	Iluminat	Efort fizic	Suprasolicități	Evaluarea generală
2	3.3	2	1	2	2	2	3.3	3.3

Condițiile de muncă a medicilor de familie privind zgomotul, vibrațiile, indicii microclimatului și iluminatului au fost evaluate ca fiind admisibile – clasa 2.

Posibilitatea de contact al medicilor de familie cu diferite substanțe chimice sub formă de preparate farmacologice, cu substanțe care induc diferite reacții alergice, precum și cu radiațiile electromagnetice și ionizante este catalogată ca fiind minimală (clasele 1 – 2).

Greutatea procesului de muncă nu este un factor semnificativ, deoarece activitatea profesională medicii de familie o efectuează în poziții alternative – ortostatică și/sau șezând, fără a ridica și transporta greutate; poziția în timpul lucrului este liberă, comodă, cu posibilitate de trecere de la o poziție la alta – clasa 2.

Cercetările de cronometrie, interviuarea medicilor de familie, descrierea profesiografică a activității lor ne-au permis să apreciem gradul de încordare în muncă a medicilor de familie după 22 de indici, în conformitate cu criteriile igienice de clasificare a condițiilor de muncă [1]. Din acestea, 8 indici au fost atribuiți clasei 3.2 (figura 1), prin urmare, gradul de încordare în muncă a medicilor de familie poate fi evaluat către clasa 3.3, condițiile de muncă fiind caracterizate printr-un număr de factori nocivi, acțiunea cărora duce la dezvoltarea, de regulă, în perioada de muncă productivă a maladiilor profesionale de grad ușor sau mediu (cu pierderea capacității de muncă profesională), la creșterea numărului de patologii cronice (condiționate de factorii de muncă), inclusiv a morbidității cu incapacitate temporară de muncă.



- Clasa 1 - 10 indici, 45,4%
- ▨ Clasa 2 - 2 indici, 9,1%
- Clasa 3.1 - 2 indici, 9,1%
- ▨ Clasa 3.2 - 8 indici, 36,4%

Figura 1. Rezultatele evaluării încordării și intensității în procesul de muncă a medicilor de familie după 22 de indici, %.

Nivelul înalt de încordare în muncă este favorizat de particularitățile regimului de muncă și odihnă, gradul înalt de suprasolicitări intelectuale, emoționale, stres neuroemoțional. Cerințele profesionale referitoare la necesitatea de comunicare cu personalul și pacienții, care pot fi adeseori legate nemijlocit de un număr mare de situații incerte de stres, completează imaginea activității profesionale a medicului ca fiind una stresantă. Medicii de familie

au menționat că există un număr mare de situații de conflict care rezultă din activitatea profesională și un număr mare de pacienți conflictuali cu care au trebuit să lucreze în timpul zilei. Acest fapt la fel este un puternic declanșator al stării de stres psihoemoțional la medicul de familie.

Sistemul circulator determină în mare măsură adaptarea organismului la sarcina de lucru. Analiza rezultatelor cercetărilor fiziologice a demonstrat că reacția sistemului circulator al medicilor de familie la încordarea în procesul de lucru și acțiunea factorilor mediului ocupațional pot declanșa reacții negative – creșterea volumului cardiac și minut-volumului cardiac la sfârșitul turei cu 51,8-64,3% ($p < 0,001$), precum și scăderea rezistenței periferice cu 61,9% ($p < 0,001$), ceea ce indică adaptarea nesatisfăcătoare a sistemului cardiovascular al medicilor de familie la impactul factorilor de muncă (tabelul 2).

Tabelul 2

Dinamica indicilor sistemului cardiovascular la medici în timpul turei

Indicii	Până la	După
Frecvența pulsului, băt./min.	72,3±1,8	75,3±0,45
Tensiunea arterială, mm c. Hg.	123,0±4,0	127,7±2,8
sistolice diastolică	84,1±2,5	87,8±2,7
Presiunea pulsului, mm c. Hg.	39,4±3,0	39,9±1,8
Volumul cardiac	48,8±2,3	74,1±1,3*
Minut-volumul cardiac	3388,2±140,2	5566,0±169,7*
Tensiunea dinamică-medie	97,3±3,0	100,3±2,4
Rezistența periferică	2366,8±150,0	1461,8±42,5*
Coeficientul eficacității circulatorii	2796,8±143,9	2996,0±176,8
Coeficientul rezistenței	19,7±1,6	19,8±1,2
Indexul vegetativ Kerdo	-18,9±1,7	-17,8±2,2

Notă: * - $p < 0,001$.

Prevalența sistemului parasimpatic (nivelul indexului vegetativ Kerdo purtând semnificație negativă), apreciată în 40,0% cazuri la medicii de familie, mărturisește despre micșorarea proceselor compensatorii și de adaptare a organismului medicilor la sfârșitul turei.

Identificarea factorilor care afectează starea de sănătate a medicilor de familie a sugerat ideea de a afla opiniile lucrătorilor medicali privind condițiile lor de muncă. Datele expuse pot fi confirmate prin rezultatele chestionării privind evaluarea igienică a condițiilor de muncă și stării de sănătate. Astfel, contact cu factori dăunători remarcă 88,3% din medicii de familie intervievați. Este cunoscut că acțiunea factorilor de producere de o anumită intensitate, componentă și durată de timp provoacă modificări funcționale în organism, pot avea loc schimbări prepatologice și patologice. Analiza rezultatelor intervieării medicilor de familie a demonstrat că

28,8% din numărul total de intervievați au apreciat starea lor de sănătate ca fiind „nesatisfăcătoare”, ceea ce este de 8,7 ori mai mult în comparație cu medicii echipelor de urgență (tabelul 3).

Tabelul 3

Rezultatele autoaprecierii stării de sănătate de către medicii de familie și lotul-martor (cazuri la 100 intervievați)

Răspuns	Medici de familie	Medici din echipele de AMU
Foarte bună	0	0
Bună	10,2	36,7
Satisfăcătoare	61,0	60,0
Nesatisfăcătoare	28,8	3,3

Patologiile cronice la medicii de familie prioritar sunt: bolile ficatului, vezicii biliare și pancreasului – 23,3% (inclusiv hepatitele cronice – 3,5% și pancreatita cronică – 14,0%), boala hipertensivă – 19,8%, pielonefrita cronică – 11,6%. Printre maladiile cronice mai frecvent au fost diagnosticate acutizarea bolilor aparatului respirator – 7,0%, ulcer gastric și duodenal – 5,8%. Grupele de risc cu un număr mai mare de boli cronice sunt cu vechimea în muncă de 10-14 ani, 15-19 ani și 20 și mai mulți ani. Frecvența maladiilor cronice depistate la un medic de familie bolnav este de 1,4; la medicii din lotul-martor (medicii din echipele de AMU) – 1,8.

Prezența maladiilor cronice, înregistrate în fișele de ambulatoriu (F25e) sau care au fost depistate în cadrul examenelor medicale periodice, au indicat-o 90,9% din medicii de familie intervievați, ceea ce este de 1,7 ori mai mult în comparație cu lotul-martor. Printre cauzele de bază ale dezvoltării maladiilor cronice medicii de familie numesc „regim de muncă și odihnă neechilibrat” (79,6% din medicii intervievați) și „condiții de muncă nefavorabile” (20,4%), „regimul alimentar nesatisfăcător” (81,5%), „predispoziție la careva maladie” (42,6%) și „deprinderi vicioase” (33,3%). Aceste date, într-o anumită măsură, confirmă acțiunea nefavorabilă a condițiilor și caracterului muncii asupra stării de sănătate a medicilor de familie.

Structura morbidității cu incapacitatea temporară de muncă a personalului din AMT nu se deosebește esențial de morbiditatea pentru toți angajații și lucrătorii medicali din mun. Chișinău. La personalul din AMT însă rata de cazuri și zile cu incapacitate temporară de muncă din cauza bolilor aparatului circulator este de 1,2-1,7 ori mai mare în comparație cu personalul din lotul-martor (medicii din echipele de AMU și chirurgia de urgență).

La medicii de familie se observă indicatori mai înalți ai morbidității cu incapacitate temporară de muncă din cauza gripei și bolilor aparatului respirator (48,2% cazuri), aparatului circulator (15,7%),

aparatului digestiv (9,0%).

Riscul de dezvoltare a bolilor aparatelor digestiv și circulator este mai exprimat la vechimea în muncă de peste 15 ani, a gripei și maladiilor aparatului respirator – 20 de ani și mai mult ($p < 0,05$). Este necesar de remarcat numărul mare al cazurilor de boală și zile cu incapacitate temporară de muncă printre medicii de familie cu vârsta de 60 ani și vechimea în muncă de 20 ani și mai mulți. Este natural că incidența crește odată cu vârsta și durata de lucru în condiții de contact cu factorii de muncă dăunători și periculoși. S-a observat o corelație directă, dar cu o forță slabă ($r_{xy} = +0,1$, $r_{xy} = +0,15$), între numărul de cazuri și zilele de boală și vârsta medicilor de familie ($t < 3$), precum și o corelație puternică ($r_{xy} = +0,7$, $r_{xy} = +0,91$, $t > 3$) a acestor indicatori în raport cu vechimea în muncă (tabelul 4).

Tabelul 4

Corelația dintre indicatorii MITM, vârsta și vechimea în muncă a medicilor de familie

Indicii MITM	Vârsta		Vechimea în muncă	
	r	t	r	T
Număr cazuri, total	+0,1	1,01	+0,7	13,81
Număr zile, total	+0,15	1,54	+0,91	53,2

Structura morbidității medicilor de familie în comparație cu medicii din lotul-martor se caracterizează printr-un nivel înalt de boli ale aparatelor circulator și digestiv (de 1,3-2,7 ori), precum și un procent mai mic de maladii ale sistemelor osteoarticulare și nervos periferic (de 2,9-3,4 ori). La medicii de familie care lucrează cu diverse contingente de pacienți, sarcina psihoemoțională este mai mare și practic lipsesc condițiile pentru respectarea regimului alimentar și de odihnă. Concomitent, pentru medicii din echipele de AMU și de profil chirurgical de urgență (lotul-martor) sunt prezenți factori de severitate a procesului de muncă ca: poziția forțată în timpul lucrului și încordarea statică, ridicarea și deplasarea diferitelor greutăți etc., care sunt, în comparație cu medicii de familie, mai pronunțate, ceea ce poate duce la boli ale sistemului locomotor.

Indicii medii ai MITM la medicii de familie au constituit 54,8 cazuri și 563,0 zile cu incapacitate temporară de muncă la 100 salariați și sunt mai mici de 1,8 ori (după numărul de zile) comparativ cu media pe republică printre toate categoriile de angajați. Numărul total de cazuri la medicii de familie, în comparație cu medicii lotului-martor (figura 2) sunt mai mari de 1,5-7,2 ori ($p < 0,001$), numărul total de zile – de 1,3-3,9 ori ($p < 0,001$); după unele forme nozologice numărul de cazuri – de 1,8-10,7 ori ($p < 0,001$), numărul de zile – de 1,6-9,1 ori ($p < 0,001$).

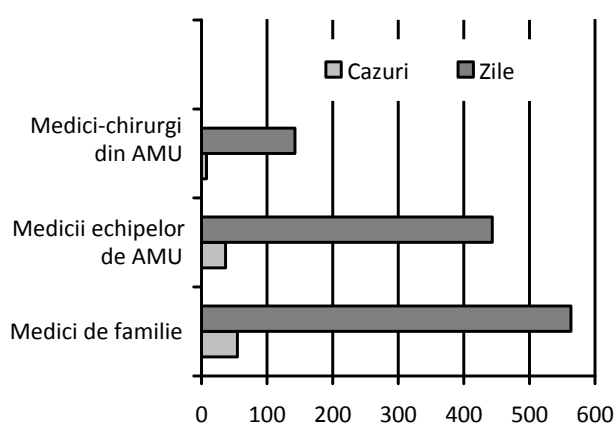


Figura 2. Indicii MITM la medicii de familie și în lotul-martor, total pe 3 ani (la 100 angajați).

Particularitățile structurii și nivelul înalt al morbidității medicilor de familie în comparație cu lotul-martor mărturisesc despre faptul că complexul de factori din mediul ocupațional și procesul de muncă, caracteristici profesiei lucrătorilor medical din asistența medicală primară, pot acționa negativ asupra sănătății lor.

Particularitățile muncii medicilor de familie, precum: deficitul de timp la primirea în ambulatoriu, inevitabilitatea contactului apropiat continuu cu pacienții și familiile lor, stare de alertă privind dezvoltarea maladiilor cronice la pacienți, pot duce la dezvoltarea de suprasolicitări neuroemoționale, care influențează asupra organismului lor, inclusiv asupra sistemului cardiovascular.

Cauzele principale de apariție a bolilor aparatului digestiv pot fi: dereglarea funcției sistemului nervos central ca urmare a suprasolicitărilor neuroemoționale, precum și nerespectarea regimului alimentar de către personalul medical, frecvent cauzată de lipsa condițiilor de alimentare.

Așadar, contactul medicilor de familie cu pacienții bolnavi de gripă sau boli respiratorii acute este mai frecvent, ceea ce determină într-o mare măsură multe cauze de îmbolnăvire cu diferite afecțiuni acute ale căilor respiratorii superioare.

Actualmente, cercetătorii acordă o atenție sporită rolului de autoapreciere a sănătății ca o stare fizică, mentală și socială completă, capacitatea de a se adapta la schimbările de mediu, ceea ce se percepe subiectiv. Așa cum arată cercetările în domeniu [9], autoaprecierea în 70–80% cazuri coincide cu o evaluare obiectivă a stării de sănătate și este în creștere pe măsura înaintării în vârstă și în funcție de vechimea în muncă a subiecților testați. În acest sens, evaluarea subiectivă de sănătate este de multe ori obiectul unor analize în studii de igienă socială ca fiind un factor de prognostic [6, 7, 8]. În legătură cu aceasta, a fost folosită metoda de interviu

pentru studierea stării de sănătate a medicilor de familie. Analiza materialelor obținute prin interviu a demonstrat că condițiile și particularitățile de activitate a medicilor de familie sunt una dintre cauzele care influențează capacitatea de muncă și sănătatea – 66,1% din numărul total de intervieuați nu sunt satisfăcuți de activitatea lor (tabelul 5).

Tabelul 5

Rezultatele interviuării medicilor de familie privind satisfacția în muncă și condițiile de muncă (cazuri la 100 intervieuați)

Răspuns	Cazuri
Satisfacția în muncă:	
da	28,8
nu	66,1
nu pot să dau un răspuns concret	5,1
Condițiile de muncă:	
favorabile, nu influențează capacitatea de muncă și sănătatea	11,7
satisfăcătoare, influențează capacitatea de muncă și sănătatea	68,3
nefavorabile, periculoase pentru sănătate	20,0

Astfel, 20,0% dintre medicii de familie apreciază condițiile lor de muncă ca „nefavorabile și periculoase pentru sănătate”. 68,3% din respondenți consideră condițiile de muncă „satisfăcătoare”, dar în același timp susțin că „condițiile de muncă influențează capacitatea de muncă și sănătatea”.

Analiza morbidității medicilor de familie a demonstrat că MITM a medicilor de familie are caracter sezonier (figura 3) și se caracterizează printr-un nivel înalt al afecțiunilor acute ale căilor respiratorii superioare, bolilor aparatului circulator și aparatului digestiv. Gripa și bolile aparatului respirator în structura MITM la medicii de familie ocupă locul I – 48,2% din totalul cazurilor și, în general, pot forma caracterul sezonier al morbidității, precum și rata de incidență mai mare în luna februarie.

Materialele cercetărilor, într-o măsură oarecare, ne permit să excludem acțiunea factorilor climaterici de sezon în dezvoltarea și acutizarea maladiilor la medicii de familie, deoarece nu s-a apreciat o anumită tendință către majorarea numărului de cazuri de boală în anumite anotimpuri.

Datele cercetărilor științifice complexe confirmă acțiunea nefavorabilă a condițiilor și caracterului muncii asupra stării funcționale a organismului și sănătății medicilor de familie. Crearea condițiilor favorabile de muncă, prin excluderea sau diminuarea factorilor de risc profesional, rezolvarea problemelor organizatorice vor contribui în mare măsură la ameliorarea condițiilor de muncă a medicilor de familie,

a eficacității și capacității de muncă a lor, diminuarea morbidității cu incapacitatea temporară de muncă, la păstrarea resurselor umane, ce presupune un efect economic pozitiv în întreaga ramură a ocrotirii sănătății.

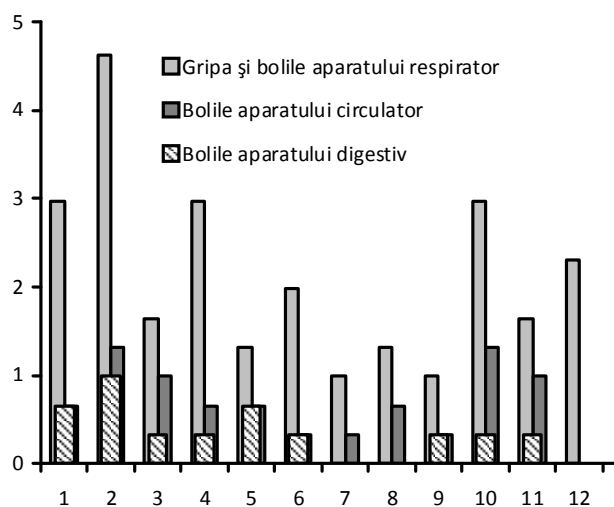


Figura 3. Repartizarea cazurilor MITM la 100 medici de familie pe lunile anului.

Concluzii

Activitatea medicilor de familie se desfășoară în condiții nefavorabile și este însoțită de factori care pot influența starea lor de sănătate. La factorii de risc profesional pentru medicii de familie pot fi atribuiți:

- gradul înalt de suprasolicitări neuroemoționale și intelectuale;
- tura prea lungă cu regim nerațional de lucru și odihnă;
- regim alimentar nesatisfăcător;
- acțiunea factorilor biologici, care adeseori influențează condițiile de muncă în comun cu alți factori nefavorabili.

Identificarea condițiilor de muncă, a stării de sănătate și a factorilor de risc profesional al medicilor de familie a permis de a elabora bazele măsurilor de diminuare a impactului lor nociv.

Bibliografie

1. *Evaluarea igienică a factorilor mediului ocupațional și a procesului de muncă. Criteriile igienice de clasificare a condițiilor de muncă* (indicații metodice): aprobate de către Medicul-șef sanitar de Stat al RM, nr. 01.10.32.1 din 10.03.08.
2. Raportul ministrului sănătății la Colegiul Ministerului Sănătății din 30 martie 2010, www.ms.gov.md/.
3. *Raport anual în sănătate, 2010*, <http://www.ms.gov.md/>.
4. Tintiuc D., Savin V., Moraru C., Staider L., *Managementul asistenței medicale primare în Republica Moldova*. Univ. de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu, Chișinău, 2005, 280 p.
5. Windak A., *Family medicine – a model for changes in PHC. The Polish experience and lesson for future*, International Conference «Integration of General Practice/Family Medicine Reform in Polyclinic System», Tartu, Estonia, 13–15 April 2000, <http://www.sovet63.ru/docs/med.doc>.
6. Williams M.V., Baker D.W., Parker R.V., Nurss J.R., *Relationship of functional health literacy to patient knowledge of their chronic disease. A study of patients with hypertension and diabetes*, Arch. Intern. Med. 1998. V. 158, 2. p. 166-172, <http://www.epirev.oxfordjournals.org/>.
7. Корицер М. *Образ жизни и основные сердечно-сосудистые заболевания у взрослых*, Терапевтический архив, 1995, 11, с. 6 – 13.
8. Пономарева Г.А. *Субъективная оценка как показатель здоровья работающих* Здравоохранение Российской Федерации, 1997, № 2, с. 44 – 45.
9. Шверина О.В., *Возрастная характеристика функционального состояния организма с учетом его субъективной оценки (на примере преподавателей вуза)*: Дис. канд. биол. наук, Тверь, 2007, 131 с., <http://www.eprints.tversu.ru/>.

Prezentat la 5. 03. 2012

Vladimir Bebîh, dr. în med., cerc. șt. superior,
laboratorul științific igiena muncii. Centrul Național de Sănătate Publică
tel. serv. 574-672,
e-mail: viachim@cnspl.md

ASPECTE ALE SĂNĂTĂȚII REPRODUCTIVE ÎN SITUAȚII DE CRIZĂ ȘI DEZASTRE

Mihail PÎSLA¹, Boris GÂLCA²,
Radu OSTAFICIUC¹,

¹CNȘPMU

²UNFPA, Fondul ONU pentru Populație
în R. Moldova

Summary

Aspects of reproductive health in cases of crises and disasters

In the article the importance of reproductive health for development and population welfare is highlighted are reflected the most vulnerable parts of it that may be affected in case of crises or disasters, such as maternal safety (prenatal care, childbirth and postnatal care), prevention and treatment of sexually transmitted diseases and HIV / AIDS, access to family planning services and protection and assistance in case of sexual violence and aggression.

Key words: *reproductive health, maternal safety, family planning, sexual violence, crises, disasters.*

Резюме

Репродуктивное здоровье в кризисных ситуациях и стихийных бедствиях

Суть данной статьи состоит в освещении и рассмотрении вопросов, касаемых репродуктивного здоровья в кризисных ситуациях и стихийных бедствиях. В статье представлены основные области репродуктивного здоровья, которые являются наиболее уязвимыми в случае подобных событий, а именно: материнская безопасность (дородовый уход, роды и послеродовый уход), профилактика и лечение венерических заболеваний и ВИЧ/СПИДа, планирование семьи, а также сексуальная агрессия и насилие.

Ключевые слова: *репродуктивное здоровье, материнская безопасность, планирование семьи, сексуальная агрессия, кризис, стихийные бедствия.*

Introducere

Sănătatea reproductivă este sănătatea fizică și psihică, precum și prosperitatea socială a persoanei în toate aspectele referitoare la sistemul lui de reproducere, care îi determină capacitatea de procreare (Legea Republicii Moldova nr. 185-XV din 24 mai 2001 *Cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială*).

Conform Organizației Mondiale a Sănătății și Fondului ONU pentru Populație, sănătatea reproductivă se definește ca o stare fizică bună, psihică și socială, și nu numai lipsa unor afecțiuni sau metehne de orice gen, legate de sistemul reproductiv și procesele lui funcționale. Din definiția sănătății reproductive rezultă că orice persoană este pasibilă de a avea o viață sexuală armonioasă și fără riscuri sau primejdii, cu posibilitatea nașterii copiilor, inclusiv a decide liber când și câți copii își dorește (Programul de Acțiune a Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare, Cairo, 1994).

Prin urmare, sănătatea reproducerii presupune că persoanele sunt capabile de a avea o viață sexuală satisfăcătoare, în condiții de siguranță, au capacitatea de a se reproduce și libertatea de a decide când și cât de des să facă acest lucru. De asemenea, aceasta include sănătatea sexuală, a cărei scop este îmbunătățirea vieții și a relațiilor personale.

Sănătatea reproductivă și sănătatea sexuală sunt parte a drepturilor omului și o necesitate a sănătății bio-psihosociale.

Dacă în viața cotidiană există anumite aspecte și criterii în prealabil stabilite pentru sănătatea reproductivă, atunci în cazul producerii unui dezastru care, conform definiției din Strategia Internațională ONU de Reducere a Dezastrelor, reprezintă o afectare puternică a funcționării unei comunități sau a societății, cu cauzarea unor pierderi umane, materiale, economice sau ale mediului înconjurător, care depășesc capacitatea comunității sau a societății de a face față situației, utilizând numai resursele proprii – abordarea acestor aspecte și criterii suferă anumite modificări și capătă un specific deosebit.

Aspecte ale sănătății reproductive în situații de criză și dezastre

În situații de criză sau dezastre societatea este bulversată de factorii declanșatori ai acestor evenimente și pe prim-plan apar un șir de probleme stringente ce urmează a fi soluționate, precum ar fi asigurarea asistenței medicale, măsurile de evacuare sau relocare a populației afectate, asigurarea acestora cu cazare și alimente, apă potabilă, îmbrăcăminte, apariția unui anumit număr de refugiați etc.

Aparent, problema sănătății reproductive în situații de criză pare să nu prezinte o prioritate certă, însă multiplele confruntări ale societății umane cu diferite calamități ne demonstrează contrariul: chiar dacă în faza timpurie de după impact nu se determină repercusiuni negative evidente, în fazele de mai târziu, mai ales dacă are loc neglijarea problematicii în cauză, inevitabil apar urmări nefaste pentru societate. Viața ne demonstrează că raporturile sexuale nu se întrerup în aceste condiții și

abordarea corectă și adecvată a acestui subiect poate contribui la o refacere oportună a societății.

Orice dezastru are un impact direct sau indirect asupra sănătății reproductive și abordarea problemei respective în aceste situații devine o necesitate, fapt care salvează multiple vieți și scade morbiditatea. În timpul calamităților naturale, tehnogene și sociale, când populația este semnificativ afectată de urmările acestora, unde domină moralul decăzut și lipsa încrederii în viitor, apar un șir de factori și fenomene care pot influența considerabil starea sănătății reproductive.

Din multitudinea componentelor care constituie sănătatea reproductivă, se pot evidenția patru de bază, care sunt cele mai vulnerabile în situații de criză sau dezastru, și anume:

1. Securitatea maternă (pe durata perioadei prenatale, nașterii și perioadei postnatale)
2. Profilaxia și tratamentul infecțiilor sexual transmissibile și HIV/SIDA
3. Planificarea familială și accesul la servicii de consiliere
4. Protecția de și reacția la violență, inclusiv agresiunea sexuală.

Fiecare dintre aceste domenii își are specificul său, totodată acestea sunt strâns corelate și interdependente.

Securitatea maternă deține unul dintre rolurile cele mai importante, deoarece îngrijirea prenatală, asistența la naștere și cazurile obstetricale de urgență frecvent nu sunt disponibile sau sunt parțial inaccesibile în situații de criză. Anume în aceste condiții se determină o creștere semnificativă a avorturilor (sarcinilor nedorite), a complicațiilor prenatale, la naștere și a celor postnatale, mortalitate înaltă în rândul femeilor și copiilor etc. Conform unor date din literatura de specialitate, se pot evidenția următoarele exemple la nivel global, mult mai pronunțate în situații de criză:

- Peste 585.000 de decese materne (cca 1.600 zilnic) cauzate de sarcină sau naștere au loc anual în rândurile femeilor din țările în curs de dezvoltare;
- Cca 25-33% din decese ale femeilor în perioada fertilă (15-49 ani) sunt cauzate de sarcină și naștere;
- Avorturile în condiții nesigure sunt cauza principală a mortalității materne în toate țările, cca 70 000 anual;
- 50% din mortalitatea perinatală are loc din cauza asistenței medicale neadecvate în timpul sarcinii și nașterii.

De asemenea, putem notifica un șir de factori de risc pentru mortalitatea și morbiditatea perinatală, la

fel mult mai pronunțată în situații de criză, precum ar fi asistența medicală neadecvată în perioada perinatală (depistarea târzie a maladiilor și complicațiilor), cauzată atât de insuficiența resurselor medicale (personal, echipamente și medicamente), cât și de indiferența sau adresarea redusă la aceste servicii din partea populației; alimentația insuficientă sau inadecvată în perioada sarcinii și după naștere etc.

Datele statistice ne arată că, de obicei, în rândul populației afectate sunt circa 4% femei gravide și, estimativ, urmează că la minimum 15% din ele se vor depista complicații obstetricale: nașteri dificile, preeclampsie și eclampsie, sepsis, sarcină extrauterină etc. Deseori au loc nașteri în afara instituțiilor medicale și în lipsa personalului medical, fapt care sporește considerabil mortalitatea și morbiditatea perinatală, precum și complicațiile.

În fiecare minut, în lume o femeie moare din cauza sarcinii sau a nașterii. Aceste urmări tragice însă pot să fie prevenite.

Alt aspect important al sănătății reproductive este profilaxia și tratamentul infecțiilor sexual transmissibile (ITS) și HIV/SIDA. În majoritatea cazurilor, ITS și HIV/SIDA se răspândesc preponderent pe fond de sărăcie și instabilitate. De asemenea, relocarea, migrarea sau populația refugiată (fenomene frecvente în situații de criză) sporesc considerabil riscul răspândirii ITS și HIV/SIDA. În contextul respectiv, putem evidenția câțiva factori care duc la sporirea riscului transmiterii ITS și HIV/SIDA:

- absența informației și a serviciilor de consiliere
- deficiența infrastructurii sistemului sănătății
- insuficiența sau lipsa instrumentelor medicale, inclusiv a celor jetabile
- accesul redus sau lipsa mijloacelor de prevenție, inclusiv a prezervativelor
- femeile și adolescențele pot fi constrânse pentru relații sexuale în schimbul unor facilități sau favoruri, de exemplu oferirea produselor alimentare sau condițiilor mai bune de cazare etc.
- perceperea scăzută a riscului contactării unei ITS și HIV/SIDA în cazul raporturilor sexuale ocazionale, datorată nesiguranței, lipsei de încredere într-un viitor prosper din partea unor indivizi
- abuzul sexual și violența
- la tineri – debutul vieții sexuale mult mai devreme, fără respectarea mijloacelor de protejare (utilizarea prezervativelor).

În ceea ce privește planificarea familiei, lipsa informației și consilierii sau educației în acest domeniu, în mod deosebit în situații de criză când

domină instabilitatea și nesiguranța, sporesc riscul unei sarcini nedorite, care cel mai des se termină prin avort. Alt aspect important pentru planificarea familiei este asigurarea unei metode eficiente de contracepție, care frecvent nu este disponibilă. Lipsa mijloacelor de contracepție (prezervative, dispozitive intrauterine, pastile contraceptive etc.) se combină cu lipsa sau insuficiența personalului medical care să ofere informație, consiliere sau prescrieri specifice pentru fiecare cuplu în parte. Studiile arată că accesul universal la servicii de planificare familială, pe plan mondial, ar putea salva viețile a circa 175.000 de femei în fiecare an.

Pentru femei, utilitatea planificării familiei constă în prevenirea sarcinii nedorite, fapt care ar contribui la prevenirea a cel puțin 1 din 3 cazuri de decese materne. Pentru nou-născuți, utilitatea constă în menținerea spațierii nașterilor (nu mai puțin de 2 ani între nașteri), fapt care poate preveni unul dintre patru decese infantile. Pentru familie, planificarea familiei va facilita și controlul folosirii resurselor familiale.

În lume, circa 350 mil. de cupluri nu au acces la serviciile de planificare familială, pe când aceste servicii, conform unor studii, ar putea preveni cel puțin 25-30% din mortalitatea maternă.

Violența sexuală întotdeauna a fost prezentă în condițiile situațiilor de criză și existența acestui fenomen în prezent nu este o excepție.

Violența în bază de gen, conform Înaltului Comisariat ONU pentru Refugiați (UNHCR), este o violență îndreptată împotriva unei persoane pe baza de gen. Aceasta include producerea actelor care sunt cauza unei stări de rău fizic, mental, sexual sau suferință, amenințările cu asemenea acte, constrângerea sau alte restricții de libertate.

În cadrul Comitetului Permanent Interagențial ONU (Inter-Agency Standing Committee, IASC) violența în bază de gen se definește ca „*un termen general pentru toate acțiunile violente comise împotriva voinței unei persoane, bazate pe diferențe sociale prescrise între bărbați și femei*”. Există diferite forme și tipuri de violență: (1) sexuală, (2) fizică, (3) practici naționale dăunătoare, (4) socioeconomică, (5) emoțională și psihologică.

Pentru situațiile de criză sunt caracteristice probleme în asigurarea adecvată a ordinii publice, iar prezența în zona impactului a unui număr mare de bărbați (forțe militare, poliție, salvatori etc.) contribuie la amplificarea acestui fenomen.

Nu mai puțin important este și fenomenul violenței, inclusiv a celei sexuale, în familie, care de asemenea în aceste condiții capătă amploare: femeile frecvent nu au posibilitatea să se adreseze orga-

nelor abilitate de asistență și intervenție și lipsește asistența medicală și psihologică adecvată.

Femeile și adolescentele sunt mult mai vulnerabile față de unele agresiuni sexuale și necesită asistență medicală și psihologică cât mai timpurie, pentru evitarea consecințelor ulterioare (sarcină nedorită, contaminarea cu ITS și HIV/SIDA etc.).

Concluzii

Problema sănătății reproductive în situații de criză și dezastre devine stringentă prin faptul că asemenea servicii sunt necesare ca una dintre priorități în ansamblul tuturor măsurilor efectuate în contextul restabilirii comunității afectate. La fel, pentru orice sistem medical, este importantă includerea în planurile de răspuns medical la situații excepționale și dezastre a componentelor și aspectelor privind prestarea serviciilor comprehensive de sănătate reproductivă, care ar contribui esențial la refacerea societății afectate în urma acestor evenimente.

Bibliografie

1. Legea Republicii Moldova nr. 185-XV din 24 mai 2001 *Cu privire la ocrotirea sănătății reproductive și planificarea familială*.
2. Grigore Bivol, Olga Cernețchi, Boris Gâlca, Natalia Zarbailov, Tatiana Buzdugan, Vera Melniciuc, *Ghid practic „Sănătatea reproducerii”*, Chișinău, 2005.
3. Programul de Acțiune a Conferinței Internaționale pentru Populație și Dezvoltare, Cairo, 1994.
4. Training on the Minimum Initial Service Package (MISP) for Sexual and Reproductive Health in Crises. A Course for SRH Coordinators, UNFPA, IPPF, UNSW, New York, 2009.
5. SPRINT Facilitators Manual, UNFPA, New York, 2010 , <http://www.ippfesea.org/en/Resources/Publications/SPRINTFacilitatorsManual.htm>.
6. *Reproductive Health*. Inter agency field manual, UNFPA, NY, 2010
7. Inter agency manual: *Reproductive Health Kits in Crisis situations*, UNFPA, NY, 2008.
8. *Обучение Минимальному комплексу начальных мер (MISP) по охране репродуктивного здоровья в кризисных ситуациях*, UNFPA, IPPF, UNSW, New York, 2009.
9. Руководство по борьбе с гендерным насилием в гуманитарных ситуациях: *Предотвращение сексуального насилия и организация ответных действий в условиях чрезвычайных ситуаций*, UNFPA, New York, 2005.

Prezentat la 2. 08. 2011

Mihail Pîsla, dr.,

șef Centru Medicina Calamităților al CNȘPMU Chișinău, MD-2009, str. T. Ciorbă, 1

Tel.: 237073

E-mail: pislamihai@hotmail.com

GRADUL DE ADAPTARE A ORGANISMULUI ELEVILOR ÎN PROCESUL LUCRULUI LA COMPUTER

Cătălina CROITORU,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu,
Centrul Național de Sănătate Publică

Summary

Adaptation degree of pupils' organism during computer activity

The process of accommodation to a particular type of activity is accompanied by activation of adaptation mechanisms that is manifested by the modification of a series of vegetative indicators of the organism. Adaptation possibilities of organism can be evaluated through the study of circulatory system functioning, which reflects the balance between organism and environment and can be considered as a key indicator. The human body needs to adapt to work at the computer too. This aspect was studied by four methods, at pupils of 7th grade and the in dynamics – after three years. The reduction of the organism adaptation was fixed at pupils who use the computer for a longer time (group I), in comparison to those who use it less (group II). The carried out research has allowed establishing a greater number of pupils in group I, with tension of adaptation (33.2%) and insufficient adaptation (18.7%) than those in group II (16.2% and 13.9% respectively).

Key words: pupils, adaptation, computer.

Резюме

Степень адаптации организма учащихся при работе за компьютером

Процесс приспособления к конкретному виду деятельности сопровождается активацией механизмов адаптации, которая проявляется в изменении ряда вегетативных показателей организма. Возможности адаптации организма могут оцениваться при изучении уровня функционирования кровеносной системы, которая отражает баланс между организмом и окружающей средой и может рассматриваться как ключевой показатель. Организм человека нуждается в адаптации и к работе на компьютере. Этот аспект был изучен посредством четырех методов у учащихся 7-х классов и в динамике – через три года. У школьников, использующих компьютер в течение длительного времени (I группа), было установлено снижение адаптации организма по сравнению с теми, кто использует его короткое время (II группа). Проведенные исследования позволили установить большее количество школьников в I-ой группе с функциональным напряжением (33,2%) и неудовлетворительной адаптацией (18,7%) по сравнению со II-ой группой (16,2% и 13,9%, соответственно).

Ключевые слова: ученик, адаптация, компьютер.

Introducere

În ultimele decenii a crescut considerabil spectrul factorilor de risc pentru sănătatea elevilor [6, 14]. De rând cu factorii socioeconomici și ecologici nefavorabili, un rol important îi revine modernizării procesului instructiv-educativ, sistemelor inovatoare de instruire, inclusiv cu utilizarea tehnologiilor computerizate [8, 10]. Instruirea computerizată în masă a elevilor, încadrarea copiilor și adolescenților în rețeaua globală informațională (Internet), implementarea formelor de instruire la distanță sunt direcțiile prioritare în dezvoltarea instituțiilor de învățământ preuniversitar (ÎÎP) [1].

În cabinetele de informatică și tehnică de calcul din ÎÎP se formează un complex specific de factori ai mediului intern. În prezent, tehnica computerizată din instituțiile de învățământ (computere, mașini electronice de calcul, terminale cu video-display), care deseori nu corespund cerințelor, înaintate de normele și regulile sanitare, poate atrage după sine influența negativă a factorilor condiționați de aceste aparate asupra copiilor și adolescenților [8].

M. Л. Степанова și B. P. Кучма (2003) susțin că organismului copilului îi este caracteristică nefinisarea dezvoltării organelor și sistemelor funcționale importante pentru procesul de instruire – în primul rând a SNC, analizatorilor vizual și auditiv. Activitatea intelectuală în procesul de instruire este una dintre activitățile cele mai complicate pentru copii. Celulele nervoase ale creierului la copii au posibilități funcționale încă relativ scăzute, de aceea eforturile intelectuale mari pot duce la epuizare. La copii procesele nervoase sunt neechilibrate, predomină excitabilitatea cu fenomene de inhibiție activă relativ slabe, din care cauză elevii se concentrează greu și sunt mai puțin atenți în timpul lecției [8, 10]. După G. Simoneau (2003) și H. П. Гребняк (2008) adolescenții sunt o grupă de vârstă care diferă de adulți prin excitabilitatea înaltă a SNC și W. Josephson (2002) afirmă că particularitățile SNC condiționează instabilitatea, extenuarea rapidă, îndeosebi la acțiunea factorilor nefavorabili ai mediului ambiant [5, 15].

În legătură cu excitabilitatea și labilitatea înaltă a SNC, la adolescenți poate să apară o reacție neadecvată, care nu corespunde puterii, volumului și caracterului iritării la acțiunea factorilor iritanți interni și externi [14]. În lucrul cu CP, în timpul privirii ecranului, activitatea emisferei cerebrale stângi se reduce mult, legătura dintre emisfere prin corpul calos este aproape întreruptă,

dezvoltarea și funcționarea cortexului prefrontal este afectată [4].

Una dintre problemele actuale în lucrul la computer este acțiunea asupra văzului [2, 7, 8]. Lucrul la computer presupune un efort vizual mare, condiționat de influența unor factori: readaptarea permanentă a ochilor, deoarece în câmpul de vedere se află suprafețe cu diferit grad de strălucire; claritatea și contrastul insuficiente ale imaginii pe ecran etc. [7].

Lucrul la computer este însoțit de o încordare semnificativă a analizatorului vizual, deoarece acest lucru este mai greu decât cel cu textele tipărite pe hârtie. În lucrul cu materialele pe suport de hârtie informația ajunge la ochi ca o lumină reflectată, iar în lucrul cu terminalele video ochiul percepe obiecte (puncte) auto-luminoase, după cum susțin A. H. Шишлова (2000) și Ю. Л. Минаев (2001). În afară de aceasta, imaginea pe display este discretă (frecvență de 50–70 Hz și mai mult) [8, 13].

Procesul de acomodare a omului la un anumit tip de activitate este însoțit de activarea mecanismelor de adaptare, care se manifestă prin devierea unui șir de indicatori vegetativi ai organismului [4, 5, 6]. Posibilitățile de adaptare ale organismului la efort pot fi apreciate prin cercetarea nivelului de funcționare a sistemului circulator, care reflectă echilibrul dintre organism și mediul ambiant, și poate fi considerat un indicator de bază [9]. Frecvența contracțiilor cardiace are importanță deosebită atât ca indice de adaptare, cât și ca indicator al stării funcționale [6, 11, 12].

Metode și materiale

Drept *obiect de studiu* au servit elevii claselor a 7-a și a 10-a. Cercetările au fost realizate în trei loturi: lotul experimental (LE), care a inclus elevi cercetați în cadrul disciplinei Informatică (în clasa a 7-a)/BITC (în clasa a 10-a), lotul de control 1 (LC1) – la obiectele cu grad de complexitate înalt – 10-11 puncte (limbi moderne, matematica) și lotul de control 2 (LC2) – la obiectele cu grad de complexitate jos – 2-4 puncte (educația tehnologică și cea muzicală). Lecțiile s-au clasificat în conformitate cu scara de apreciere a gradului de complexitate a obiectelor [8].

Cercetările au evoluat în două etape. La I etapă au fost cercetați elevii din clasa a 7-a, care pentru prima dată au inclusă în orar disciplina Informatică ca disciplină nouă de studii. Etapa a II-a (pentru studierea modificărilor în timp) s-a realizat peste trei ani, când elevii erau în clasa a 10-a. Pe parcursul cercetării a apărut necesitatea subdivizării loturilor în câte două grupuri, în funcție de durata utilizării computerului. Au fost selectați în măsură aproximativ identică două categorii de elevi: prima categorie (în

text – grupul I) – elevi care se ocupă o durată lungă de timp (mai mare de 5 ani), timp îndelungat la o ședință (mai mult de 5 ore), utilizează zilnic computerul, în zile de odihnă lucrul la computer se prelungește mai mult de 5-6 ore; categoria a doua (în text – grupul II) – elevi ce nu folosesc computerul în afara orelor de Informatică/BITC sau îl utilizează mai puțin de 5 ani, mai puțin de 5 ore în zi, 2-4 zile în săptămână, în zilele de odihnă – până la 3 ore. În grupuri au fost subdivizați elevii din LE și LC 1.

Gradul de adaptare a fost determinat prin câteva metode: *cercetarea reacției sistemului circulator; proba Martini; stabilirea rezervelor funcționale și a indicelui modificărilor funcționale* (IMF) [12].

Pentru stabilirea rezervelor funcționale ale organismului elevilor, a fost determinată adaptarea indicilor fiziologici ai SCV și evaluat în baza scării de apreciere după P. M. Баевский și A. П. Берсенева pentru tinerii de până la 26 de ani [3]. Actualmente, pentru stabilirea posibilităților adaptive ale organismului sunt propuse un șir de metode de apreciere calitativă și cantitativă. O aprobare mai largă au obținut principiile la baza cărora stă concepția despre SCV ca indicator al reacțiilor generale de acomodare și indicii antropometrici, ca indicator al statutului fizic al organismului [6]. IMF a fost determinat prin metoda propusă de P. M. Баевский și A. П. Берсенева [3] și aprecierea a fost efectuată în conformitate cu scara propusă de A. Г. Ильин și Л. А. Агапова pentru adolescenți cu vârsta de 15-17 ani [6].

Rezultate și discuții

Evaluarea adaptării organismului în baza **reacției sistemului circulator** (prin cercetarea modificărilor individuale) denotă un număr mai mare de elevi cu reacție nefavorabilă a sistemului circulator la sfârșitul lecțiilor, comparativ cu începutul fiecărei lecții ($0,01 > p < 0,001$); în *grupul I* față de *grupul II* ($0,05 > p < 0,001$) și la prima etapă de cercetare față de etapa a doua ($0,01 > p < 0,001$).

La prima etapă s-au înregistrat 20,5% din elevii din *grupul I* cu reacție nefavorabilă a sistemului circulator la sfârșitul lecției, dintre care la 0,6% s-a stabilit tipul hipertonic, la 8,7% – distonic și la 11,2% – cel hipotonic. La etapa a doua (clasa a 10-a), reacție nefavorabilă la sfârșitul lecției a fost stabilită la 9,1% dintre elevii din *grupul I* și s-a manifestat prin două tipuri: distonic (2,5%) și hipotonic (6,6%).

Aprecierea adaptării în baza **probei Martini** a demonstrat că, în condiții de lucru la computer, elevii din *grupul I* suportă modificări mai pronunțate ale segmentelor simpatic și parasimpatic ale SNV, cu deplasare spre activitatea simpatică, atât la începutul, cât și la sfârșitul lecției de informatică. Astfel, la 30% (în clasa a 7-a) și 42% (în clasa a 10-a) din elevii din

grupul I s-a depistat reacție nesatisfăcătoare a sistemului circulator în baza FCC după efortul fizic, în comparație cu doar 18%, respectiv 17% dintre elevii din *grupul II*. TAs indică reacție nesatisfăcătoare la 27% (în clasa a 7-a) și 39% (în clasa a 10-a) dintre elevii din *grupul I*, iar cea diastolică – respectiv la 25% (în clasa a 7-a) și 36% (în clasa a 10-a) dintre elevii față de *grupul II*, unde se înregistrează o cotă de 17% (în clasa a 7-a) și 18% (în clasa a 10-a) în baza TAs și 12% (în clasa a 7-a) și 15% (în clasa a 10-a) în baza TAd.

La etapa a II-a a cercetării (în clasa a 10-a), scăderea adaptării mai pronunțată la elevii din *grupul I* se apreciază și prin scăderea numărului de elevi cu adaptare bună. Cota-parte a elevilor din *grupul II* cu reacție bună practic rămâne nemodificată sau poate fi considerată ca o ameliorare, fapt argumentat prin adaptarea sistemului circulator pe parcursul anilor la lucrul cu computerul.

Adaptarea organismului la lucrul cu computerul a fost studiată și în baza stabilirii **rezervelor funcționale ale organismului**. Într-un sistem unic funcțional, format pentru menținerea echilibrului dintre organism și mediul ambiant, scopul principal este menținerea homeostazei interioare. Pentru aceasta se mobilizează rezervele funcționale, manifestându-se prin încordarea mecanismelor reglatorii de menținere a homeostazei. Cu cât mai joase sunt rezervele funcționale ale organismului, cu atât mai mult se încordează mecanismele reglatorii pentru menținerea homeostazei.

În scopul stabilirii rezervelor funcționale ale organismului elevilor, a fost studiat gradul de adaptare a indicilor fiziologici ai sistemului circulator, fiind evaluat în baza scării de apreciere după P. M. Баевский și A. П. Берсенева pentru tinerii de până la 26 de ani [3].

În *grupul I* se înregistrează un număr mai mic de elevi cu adaptare satisfăcătoare a rezervelor funcționale după toți indicii cercetați ai sistemului circulator față de elevii din *grupul II* ($p < 0,001$). În *grupul I* un număr mai mare de băieți (81,7%) au o adaptare satisfăcătoare după valoarea TAd și un număr mai mic (78,8%) după FCC. De asemenea, adaptare satisfăcătoare a rezervelor funcționale se înregistrează și la un număr mai mic de fete din *grupul I* față de *grupul II*. În *grupul I* mai multe fete au o adaptare satisfăcătoare după valorile TAd (81,9%) și mai puține după FCC (76,6%). Caracterizând deosebirile dintre băieți și fete, se constată că un număr mai mare de băieți au adaptare satisfăcătoare a rezervelor funcționale (vezi tabelul).

Un proces de încordare a rezervelor funcționale se înregistrează la mai mulți elevii din *grupul I* față de *grupul II* ($p < 0,001$), după toți indicii sistemului circulator cercetați. La băieții din *grupul I* se atestă o adaptare nesatisfăcătoare a rezervelor funcționale după toți indicii, iar la fete – doar după FCC. În *grupul II* la băieți se înregistrează o adaptare nesatisfăcătoare a rezervelor funcționale după valoarea TAs și TAd, iar la fete – după FCC. Eșuarea adaptării rezervelor funcționale n-a fost înregistrată la nici un elev.

Valorile indicilor fiziologici ai sistemului circulator la elevii din clasa a 7-a, în stabilirea rezervelor funcționale ale organismului (%)

Determinantele	FCC, băt./min.			TAs, mm Hg			TAd, mm Hg		
	gr. I (n=346)	gr. II (n=254)	p<	gr. I (n=346)	gr. II (n=254)	p<	gr. I (n=346)	gr. II (n=254)	p<
Băieți									
Adaptare satisfăcătoare	78,8	87,0	0,001	80,0	84,1	0,001	81,7	85,5	0,001
Încordare funcțională	18,3	13,0	0,001	18,3	14,5	0,001	16,0	13,8	0,001
Adaptare nesatisfăcătoare	2,9	–	–	1,7	1,4	0,001	2,3	0,7	0,01
Fete									
Adaptare satisfăcătoare	76,6	84,5	0,001	78,9	83,6	0,001	81,9	87,9	0,001
Încordare funcțională	20,6	14,7	0,001	21,1	16,4	0,001	18,1	11,2	0,001
Adaptare nesatisfăcătoare	2,9	0,8	0,001	–	–	–	–	–	–

Aprecierea nivelului posibilităților de adaptare a **indicilor modificărilor funcționale**, bazată pe interpretarea valorilor potențialului de adaptare, depinde de indicii care caracterizează activitatea sistemului cardiovascular și de nivelul dezvoltării fizice. Parametrii luați în calcul (TA, FCC, talia și masa corporală) reflectă starea funcțională a segmentelor vegetativ și endocrin de reglare a homeostazei și aceasta determină dependența nivelului de adaptare de starea sistemelor reglatorii în cauză [6].

Studiind gradul de adaptare (IMF) a elevilor, am stabilit că atât băieții, cât și fetele din *grupul I* cu adaptare satisfăcătoare sunt în minoritate față de cei din *grupul II*. Pe parcursul lecției de informatică, numărul de băieți cu adaptare satisfăcătoare scade cu 4% în *grupul I* și cu 2,3% în *grupul II*, iar la fete respectiv cu 4,7% și 2,5%.

Numărul de băieți și fete cu încordare funcțională a proceselor de adaptare este mai mare în *grupul I* față de cei din *grupul II*. La sfârșitul lecției numărul de băieți cu încordare funcțională a proceselor de adaptare crește

cu 3,5% în *grupul I* și cu 2,9% în *grupul II*, iar la fete – respectiv cu 2,4% și 1,9%. O adaptare nesatisfăcătoare a fost stabilită mai ales la elevii din *grupul I* (la câte 0,6% dintre băieți și fete la începutul lecției și la 1,1% dintre băieți și la 2,3% dintre fete la sfârșitul lecției) și la doar 0,6% fete din *grupul II* la sfârșitul lecției. Eșuarea adaptării a fost înregistrată doar la 0,6% din fetele din *grupul I*.

Concluzii

Prin toate metodele de cercetare utilizate în acest studiu a fost stabilită diminuarea adaptării organismului la un număr mai mare de elevi care utilizează computerul timp îndelungat (*grupul I*). Acest fapt a fost confirmat printr-un număr mai mic de elevi cu tip normotonic de reacție a sistemului circulator (79,5% față de 88,6% de elevi din *grupul II*, $p < 0,001$) și un număr mai mare de elevi cu tip distonic de reacție (8,7% față de 5,1% de elevi din *grupul II*, $p < 0,001$); un număr mai mic de elevi cu adaptare bună (66,8% față de 83,8%, $p < 0,001$) și un număr mai mare de elevi cu reacție nesatisfăcătoare (33,2% față de 16,2%, $p < 0,01$) a sistemului circulator; un număr, statistic veridic, mai mic de elevi (79,6%) cu adaptare satisfăcătoare a rezervelor funcționale; un număr mai mic de elevi cu indicii modificărilor funcționale satisfăcător (74,6% față de 79,1% în *grupul II*, $p < 0,001$). La elevii din *grupul I* a fost înregistrat chiar și un eșec al adaptării (la 0,6% elevi).

Bibliografie

- Chirchina O., *Fundamente metodologice ale formării inițiale a profesorilor de informatică*. Autoref. tezei dr. în pedagogie, Chișinău, 2010, 30 p.
- Croitoru C., Ostrofeț Gh., Tihon A., *Computerul și organul vizual*, în: *Analele științifice ale USMF Nicolae Testemițanu*, 2007, vol. 2, p. 261-263.
- Баевский Р. М., Берсенева А. П., *Оценка адаптационных возможностей организма и риска развития заболеваний*. Москва, изд. Медицина, 1997. 253 с.
- Геворкян Э. С., и др., *Функциональное состояние студентов при умственной нагрузке*. В: Гигиена и санитария, 2005, № 5, с. 55-57.
- Гребняк Н. П., Щудро С. А., *Адаптация старшеклассников к обучению*. В: Гигиена и санитария, 2008, № 1, с. 55-58.
- Ильин А. Г., Агапова Л. А., *Функциональные возможности организма и их значение в оценке состояния здоровья подростков*. В: Гигиена и Санитария, 2000, № 5, с. 43-46.
- Котов Д. Н., *Методика контроля качества обучения с использованием компьютера и оценка их зрительно-напряженной работы*. В: Качество Инновации Образование, № 1, 2005, с. 60-63.
- Кучма В. Р., *Гигиена детей и подростков*. Москва; изд. Медицина, 2003, 384 с.
- Пономаренко Т.А., *Срочная адаптация системы кровообращения детей младшего школьного возраста к работе на компьютере*. Дис. канд.биол. наук, Москва, 2005. 176 с.
- Степанова М. А., *Как обеспечить безопасное общение с компьютером*. В: Нар. образование, 2003, № 2, с. 145-151.
- Степанян А. Ю. и др., *Исследование влияния выполнения задач пространственно-образовательного типа на вариабельность сердечного ритма*. В: Журнал высшей нервной деятельности им. И. П. Павлова, 2005, том 55, № 4, с. 472-477.
- Шаршенова А. А., Мажикова Э. Дж., *Характеристика функционального состояния сердечно-сосудистой системы у детей из Иссык-Кульского региона*. В: Гигиена и санитария, 2005, № 3, с. 46-48.
- Шишлова А. Н., *Компьютерные боли*. В: Наука и жизнь., 2000, № 3, с. 50-54.
- Gordon-Larsen P., Nelson M., Popkin B., *Longitudinal physical activity and sedentary behavior trends: adolescence to adulthood*. In: Am. J. Prev. Med., 2004, no. 27(4), p. 277-283.
- Josephson W., *Television Violence. A Review of the Effects on Children of Different Ages*. In: National Clearinghouse on Family Violence, 2002, v. 34, p. 35-40.

Prezentat la 05. 04. 2012

ASPECTE CONTEMPORANE
PRIVIND EPIDEMIOLOGIA,
PATOGENIA ȘI DIAGNOSTICUL DE
LABORATOR AL SALMONELOZELOR ENTERICE

Olga BURDUNIUC², Greta BALAN^{1,2},
Radu COJOCARU¹

¹Centrul Național de Sănătate Publică,
²USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The peculiarities of the contemporary epidemiology, pathology and laboratory diagnosis of Salmonella

Food-borne infections - major problem of public health - are triggered by the ingestion of food or water contaminated with microorganisms or their toxins. The definition of food-borne infections is still under debate, most of the diseases spread by food or water being classified as food-borne infections. Ingestion of contaminated food is the starting point for infection, disease occurring if the microbes multiply in food or produce significant amount of toxins.

Salmonella are pathogen through virulence and toxigenicity. Salmonella virulence is due to their capacity to bind, multiply and invade intestinal wall, while toxigenicity is due to exotoxins and endotoxins. There is no specific prophylaxis for enteric salmonellosis, prevention being based on hygiene measures and interception of ways of transmission. In Salmonella gastroenteritis, throughout the disease, during convalescence or in carriers, the etiologic agent is isolated from stool samples. Enrichment media are mandatory for Salmonella isolation. Molecular methods are based on DNA plasmid characterization or on identification of small heterogeneity regions in the bacterial chromosome.

Key-words: food poisoning, Salmonella, prophylaxis, bacteriological investigation.

Резюме

Особенности современной эпидемиологии, патологии и лабораторной диагностики сальмонеллёза

Пищевые токсикоинфекции (ПТИ), проблема общественного здравоохранения, обусловлены приёмом пищи и/или воды зараженными микроорганизмами или их токсинами. Определение «пищевые токсикоинфекции» по-прежнему под вопросом, большинство водных болезней или пищевые инфекции классифицируются как ПТИ. Употребление инфицированной пищи является спусковым механизмом и может вызывать заболевания, если микроорганизмы размножаются в пищевых продуктах и/или выделяют большое количество токсинов. Сальмонеллы выражают свою патогенность вирулентностью и токсигенностью, обуславливающие их способность к адгезии, размножению и инвазии кишечника, синтеза экзотоксинов и эндотоксинов.

Специфическая профилактика энтерических сальмонеллезов не разработана. Общая профилактика основана на проведении ветеринарно-санитарных, санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятий.

При сальмонеллезном гастроэнтерите в период заболевания, у реконвалесценто́в и носителей, этиологический агент выделяется из фекалий. Среды обогащения являются обязательными для выделения сальмонелл. Молекулярные методы основаны на характеристике ДНК плазмид или выявлении некоторых специфических участков неоднородности бактериальной хромосомы.

Ключевые слова: пищевое отравление, Salmonella профилактика, бактериологическое исследование.

Introducere

Toxiinfecțiile alimentare (TIA), care constituie o problemă majoră de sănătate publică, sunt provocate de ingerarea alimentelor și/sau a apei contaminate cu microorganisme sau cu toxinele lor. De regulă, denumirea de TIA se referă la boala acută de origine alimentară, care apare într-o perioadă scurtă de timp la persoanele care au consumat un anumit aliment contaminat și care se manifestă clinic prin fenomene digestive, posibil însoțite de fenomene neurologice sau musculare. Alimentul contaminat este factorul ce declanșează boala, care se va produce dacă agenții microbieni se vor multiplica în aliment și/sau produce cantități suficiente de mari de toxine [1, 2, 46, 47].

Salmonellele sunt germeni ubicuitari, prezenți în intestinul mamiferelor, păsărilor, reptilelor și insectelor. Circuitul salmonelilor în natură include drept gazde atât specia umană, cât și animalele [1].

Salmonelozele apar la om ca urmare a ingestiei de bacterii prezente în principal în alimente de proveniență animală (animale infectate), dar maladia se poate dobândi și prin ingestia de alimente contaminate (materii fecale provenite de la animal sau om bolnav – purtător de germeni) [1, 2].

Majoritatea salmonelilor care produc TIA la om nu se manifestă clinic la animale. Principalele rezervoare pentru infecția umană sunt reprezentate de păsări, bovine, ovine și porcine. La animale infecția este întreținută de reciclarea deșeurilor din abatoare ca hrană pentru animale, transmiterea fecal-orală și contaminarea fecală a ouălor. *Salmonella* poate fi întâlnită și la animale de companie, dintre acestea reptilele prezentând riscul cel mai mare de a adăposti bacteria [6].

Transmiterea la om are loc la contactul cu carcasele animalelor bolnave, laptele nepasteurizat sau ouăle contaminate. Salmonellele se multiplică în alimente în condiții de igienă necorespunzătoare, cum ar fi: modul defectuos de preparare,

contaminarea încrucișată a alimentelor deja preparate și depozitarea inadecvată. Contaminarea cărnii cu salmonele se produce, de regulă, în timpul sacrificării animalului, iar în timpul eviscerării bacteriile intestinale ajung în contact cu carnea. De asemenea, contaminarea de suprafață poate avea loc în cursul transportării carcaselor de animale. Prelucrarea termică adecvată determină distrugerea bacteriilor, dar se păstrează totuși riscul de contaminare a mâinilor, suprafețelor de lucru, inventarului de bucătărie și implicit a altor alimente aflate în încăpere [6, 22, 34, 42].

Centrul European de Prevenire și Control al Bolilor (ECDC – European Centre for Disease Prevention and Control) și Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentară (EFSA – European Food Safety Agency) au raportat în 2007, în cele 27 de state-membre ale Uniunii Europene (UE), un număr de 151 995 de cazuri de salmoneloză la om, reprezentând o incidență de 31,1 cazuri la 100 000 de locuitori. Este evident că numărul cazurilor la om este puternic subestimat și subraportat. O parte dintre cazurile apărute la om menționate mai sus au fost detectate în cele 3 131 de focare epidemiologice de toxiinfecție alimentară, 36 reprezentând 64,5% din numărul total al focarelor de TIA cu origine cunoscută. Focarele epidemiologice de *Salmonella* au afectat 22 705 de victime, dintre care 14% au fost spitalizate, iar 23 au decedat. *Salmonella Enteritidis* și *Salmonella Typhimurium* au reprezentat cauza a 95% din focarele provocate de un agent microbial cu serotip cunoscut [15, 49, 50].

În SUA, anual sunt raportate 1,4 milioane de cazuri de salmoneloză. Deoarece cazurile ușoare nu sunt diagnosticate sau raportate, numărul real al infecțiilor poate fi de 30 de ori mai mare. Cele mai frecvente serotipuri întâlnite sunt *Typhimurium*, *Enteritidis*, *Virhov* și *Hadar* [26, 30, 43].

Creșterile periodice în izolarea anumitor serotipuri reprezintă fie introducerea unei noi surse de transmitere, fie apariția unei epidemii mari. De exemplu, între anii 1976 și 1986, creșterea de cinci ori a izolatelor de *S. Enteritidis* s-a datorat ingestiei ouălor contaminate, în primul rând în nord-estul Statelor Unite ale Americii. Infecțiile pornind de la această sursă au continuat să crească și, din 1992, *S. Enteritidis* a depășit *S. Typhimurium* și este cel mai frecvent serotip de *Salmonella* izolat în SUA și în țările din Europa, sugerând o nouă pandemie globală legată, în primul rând, de praful de ouă infectat [12, 45].

Eforturile Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) de a reduce impactul bolilor diareice acute a stimulat fortificarea capacităților naționale de supraveghere și răspuns, cu integrarea regională/globală în rețeaua de cooperare *Global Salm Surv* [28].

Cu toate că analiza evoluției incidenței salmonelozelor pentru perioada 1996-2006 denotă o reducere de la 35,6‰ la 21,0‰, rămân alarmante circulația agentului patogen prin alimente și identificarea unor tulpini cu rezistență sporită la antibiotice [9].

Ponderea majoră a tulpinilor de *Salmonella* circulante la om și în produse de origine animalieră (carne, ouă) o constituie serotipurile *Enteritidis* și *Typhimurium* [7].

În ultimul timp, Uniunea Europeană este preocupată tot mai mult de siguranța alimentelor. Au existat câteva situații majore cu care s-a confruntat societatea și care au determinat apariția și implementarea Regulamentului Consiliului nr. 178/2002 de stabilire a principiilor și a cerințelor generale ale legislației alimentare și de instituire a Autorității Europene pentru Siguranța Alimentelor și de stabilire a procedurilor în domeniul siguranței produselor alimentare [49, 50].

Autoritatea Europeană pentru Siguranța Alimentelor (EFSA – European Food Safety Authority) joacă rol central în evaluarea riscurilor generate de noi produse alimentare sau de noi metode de producție și în elaborarea standardelor în domeniu. Contribuția sa este salutară, cu atât mai mult cu cât globalizarea comerțului a dus la „globalizarea microorganismelor” care pot contamina produsele alimentare [49].

La nivel mondial, OMS a organizat o rețea internațională de supraveghere a circulației tulpinilor de *Salmonella* – *Global Salm Surv*. [34]. În plus, ECDC finanțează rețeaua *Enter Net*, o rețea internațională de supraveghere a infecțiilor prin *Salmonella*, *Campylobacter* și *Escherichia coli* verotoxigenă (VTEC), care are ca obiectiv îmbunătățirea activității de prevenire a infecțiilor umane prin consolidarea supravegherii de laborator și monitorizarea circulației patogenilor enterici în țările-membre ale UE. Rețeaua *Pulse Net Europe* este un grup european de studiu al patogenilor enterici prin metode moleculare, care supraveghează tulpinile de *Salmonella* și *Escherichia coli* enteropato-genă (EPEC), utilizând ca marker profilul de restricție în câmp pulsator al ADN-ului genomic (PFGE) [15].

Sursele alimentare principale de răspândire a salmonelelor sunt: ouăle crude sau insuficient prelucrate termic, produsele care au la bază aceste ouă (maioneză, creme), laptele sau lactatele crude, apa contaminată, carnea și derivatele de carne, în special carnea de pasăre (cu precădere mezelurile din carne crudă). Fructele și legumele crude contaminate în cursul fertilizării, irigării, spălării, transportului sau prelucrării au fost incriminate în multe TIA, la fel și alimentele prelucrate de persoane care nu respectă normele elementare de igienă. Alimentele contaminate au de regulă aspect și miros obișnuit. Prin prelucrare termică adecvată majoritatea alimentelor contaminate devin inofensive. Au fost descrise de-a lungul anilor izbucniri epidemice de TIA determinate de salmonele având ca punct de plecare untul de arahide, cerealele uscate, ciocolata [4, 20, 40].

Salmonelele nu sunt distruse prin congelare (-20°C). La +2-3°C nu se mai multiplică, dar rămân viabile. Se pot dezvolta bine la temperaturi cuprinse între 4°C și 54°C. Multiplicarea nu le este afectată prin stocare în vacuum la temperatura de +4-6°C.

Salmonelele se pot multiplica în alimentele sărate. Dehidratarea nu este favorabilă supraviețuirii, dar un conținut proteic ridicat (cum este cazul prafurilor de lapte sau ouă) poate contribui la supraviețuirea agentului microbian [1, 6, 20].

Receptivitatea în salmonelozele enterice este generală. Cauzele emergenței continuate a TIA sunt:

- fenomenul de globalizare a rezervelor de hrană cu importul agenților patogeni în zone geografice noi;
- expunerea la riscuri legate de consumul alimentar imprudent (călători, refugiați, imigranți);
- modificări ale microorganismelor (evoluția populației microbiene poate determina apariția unor noi patogeni, dezvoltarea unor tulpini virulente, rezistente la antibiotice, adaptate la condiții de mediu etc);
- modificări la nivelul populației umane (creșterea susceptibilității la infecții: îmbătrânirea populației, malnutriția, imunosupresia și alte afecțiuni subiacente);
- modificări în stilul de viață (consumul de alimente de tip fast food, de la vânzătorii ambulanți) [9, 27].

În Republica Moldova, în contextul aproximării legislației naționale cu legislația comunitară, în scopul protecției sănătății publice, precum și în scopul asigurării unui nivel înalt de protecție a consumatorilor au fost elaborate și aprobate mai multe acte legislative și normative referitor la siguranța alimentelor, cum ar fi:

1. Legea nr. 78 din 18.03.2004 *privind produsele alimentare*, care transpune parțial prevederile Parlamentului European și Regulamentul Consiliului nr. 178/2002 de stabilire a principiilor și a cerințelor generale ale legislației alimentare și de instituire a Autorității Europene pentru Siguranța Alimentelor și de stabilire a procedurilor în domeniul siguranței produselor alimentare (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* L31 / 1 din 01/02/2002);

2. Legea nr. 221 din 19.10.2007 *privind activitatea sanitar-veterinară*;

3. Hotărârea Guvernului nr. 412 din 25.05.2010 *pentru aprobarea Regulilor generale de igienă a produselor alimentare*, care transpune prevederile Regulamentului Parlamentului European și Consiliului Europei nr. 852/2004 din 29 aprilie 2004 privind igiena produselor alimentare (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* din 30 aprilie 2004, nr. L 139, pag. 1), modificat prin Regulamentul Comisiei Europene nr. 1019/2008 din 17 octombrie 2008 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* din 18 octombrie 2008, nr. L 277, pag. 7), precum și cu prevederile Regulamentului Comisiei Europene nr. 2074/2005 din 5 decembrie 2005 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* din 22 decembrie 2005, nr. L 338, pag. 27);

4. Hotărârea Guvernului nr. 435 din 28.05.2010 *privind aprobarea Regulilor specifice de igienă a produselor alimentare de origine animală*, care transpune prevederile Regulamentului Parlamentului

European și Consiliului Europei nr. 853/2004 din 29 aprilie 2004 de stabilire a unor norme specifice de igienă care se aplică alimentelor de origine animală (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*, L 139 din 30 aprilie 2004, pag. 55-205), modificat și completat prin Regulamentul nr. 2074/2005 al Comisiei din 5 decembrie 2005 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* L 338 din 22 decembrie 2005, pag. 27), Regulamentul nr. 2076/2005 al Comisiei din 5 decembrie 2005 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*, L 338 din 22 decembrie 2005, pag. 83), Regulamentul nr. 1662/2005 al Comisiei din 6 decembrie 2006 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*, L320 din 18 noiembrie 2006, pag. I), Regulamentul Consiliului Europei nr. 1791/2006 din 20 noiembrie 2006 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* L 363 din 20 decembrie 2006, pag. I), Regulamentul Comisiei Europene nr. 1243/2007 din 24 octombrie 2007 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*, L 281 din 25 octombrie 2007, pag. 8), Regulamentul Comisiei Europene nr. 1020/2008 din 17 octombrie 2008 (*Jurnalul Oficial al Uniunii Europene*, L 277 din 18 octombrie 2008, pag. 8);

5. Hotărârea Guvernului nr. 221 din 16.03.2009 *cu privire la aprobarea Regulilor privind criteriile microbiologice pentru produsele alimentare*, care transpune prevederile Regulamentului (CE) nr. 2073/2005 al Comisiei Comunităților Europene din 15 noiembrie 2005 privind criteriile microbiologice pentru produsele alimentare (publicat în *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* L 338 din 22 decembrie 2005, p.1-26) și Regulamentului (CE) nr. 1441/2007 al Comisiei Comunităților Europene din 5 decembrie 2007 de modificare a Regulamentului (CE) nr. 2073/2005 privind criteriile microbiologice pentru produsele alimentare, publicat în *Jurnalul Oficial al Uniunii Europene* L 322 din 7 decembrie 2007.

Recent a fost aprobată – prin HG nr. 747 din 03.10.2011 – *Strategia în domeniul siguranței alimentelor pentru anii 2011-2015*.

Nomenclatura *Salmonella* spp. – viziune contemporană

Genul *Salmonella* constă din două specii: *Salmonella enterica* și *Salmonella bongori*. Specia *Salmonella enterica* include 6 subspecii: *enterica*, *salamae*, *arizonae*, *diarizonae*, *houtenae* și *indica*, cu peste 2500 de serovariante, clasificate pe baza antigenelor O – (somatic), H – (flagelar) și Vi – (polizaharidic). În conformitate cu prevederile Comitetului Internațional de Bacteriologie Sistemică, *Salmonella choleraesuis* este inclusă ca serovariantă a speciei *S. enterica* [26, 30]. Sunt adoptate noi reguli de înregistrare a serovariantelor de salmonelle. Denumirile genului și speciei scrise cursiv sunt completate cu serovarianta scrisă cu majusculă, necursiv: *Salmonella enterica* serovarianta Typhimurium, *Salmonella enterica* Typhimurium, *Salmonella* Typhimurium [13].

Patogenie

Salmonellele își manifestă patogenitatea prin virulență și toxigenitate. Ele invadează epiteliul in-

testinal și foliculii mezenterici, determinând afluență celulelor cu proprietăți fagocitare. Sunt declanșate reacții inflamatorii locale: hipersecreție de mucus, eliberare de prostaglandine care activează adenilatciclaza din celulele epiteliale intestinale, are loc blocarea pompei de sodiu, cu inhibarea retro-sorbției sodiului și acumularea de lichide în lumenul intestinal [34].

Virulența salmonelelor se manifestă prin capacitatea lor de a se atașa, multiplica și de a invada peretele intestinal [1, 6].

Fenomenul de aderență implică, pe de o parte, fimbriile sau adezinele de suprafață ale salmonelelor și, pe de altă parte, receptorii glicoproteici de la nivelul microvililor. La contactul cu enterocitul, bacteriile dezvoltă pe suprafață apendici proteici mai groși decât flagelii și fimbriile, care se lipesc de enterocit, după alipire urmând un proces energo-dependent de invazie a enterocitului [19, 41]. Există mai multe mecanisme implicate în acest proces, ele presupunând un puternic influx de ioni de calciu în celulă. Citoplasma enterocitului se evaginează în jurul bacteriilor atașate, urmând un proces de pino-citoză. Bacteria continuă să se replice intracelular. Au fost identificați loci genici implicați în procesul de pătrundere a salmonelelor în celula-gazdă [16, 23, 38]. Printre aceștia se numără determinanți care codifică pentru structuri de suprafață, cum ar fi flagelii, lipopolizaharidul (LPS) sau pilii de tip 1, care facilitează contactul bacteriei cu celula eucariotă. Atașarea salmonelelor nu se face doar de enterocite, ci și de celulele M prezente la suprafața plăcilor Peyer [10, 17, 18].

Salmonellele își manifestă toxigenicitatea de exo- și endotoxine. Dintre exotoxine, importante sunt enterotoxina (o proteină termolabilă asemănătoare configurațional cu enterotoxina LT a *Vibrio cholerae*) și citotoxina (proteină membranară, de asemenea termolabilă). Enterotoxina prezintă o subunitate B cu care se fixează de gangliozidul GM1 din peretele enterocitului și subunități A care pătrund în celulă activând adenilatciclaza [5].

Simptomatologia infecției enterice cu *Salmonella*

Manifestările infecției enterice apar, de regulă, la 6-72 ore de la ingestia bacteriilor (alimentelor contaminate). Doza infectantă este mică, majoritatea literaturii de specialitate menționând pragul de 100 de celule, deși sunt și studii care au arătat că este suficientă o singură salmonelă viabilă pentru a contracta maladia [21, 25]. Bariera gastrică este trecută mai ușor de bacterii, în condiții de aclorhidrie sau hipoclorhidrie, rezecții gastrice, imunodepresii congenitale sau dobândite.

Sunt mai predispuși la infecții cu salmonelle nontifoide pacienții cu anemie pernicioasă, pacienții aflați în tratament cu antiacide, blocante de receptori H2 sau corticosteroizi [20]. Există o corelație dovedită între rapiditatea debutului și forma clinică de boală: cu cât debutul este mai timpuriu, cu atât se

așteaptă o formă mai severă de boală, cu evoluție mai prelungită. În schimb, nu s-au semnalat variații ale dozelor infectante în funcție de vârstă. Vârstele extreme (copiii sub 3 ani și vârstnicii) pot prezenta infecții generalizate [20, 31, 33, 35, 39].

Manifestările acute ale gastroenteritei salmonelozice includ greață, crampe abdominale și diaree. Febra este aproape constantă. Vărsăturile sunt mai rar prezente, comparativ cu diareea. La acest tablou, se pot asocia cefaleea, inapetența, mialgiile și artralgiiile. Uneori boala poate debuta ca un sindrom pseudogripal. Manifestările toxiinfecției salmonelozice (diaree, crampe abdominale, febră) pot persista câteva zile. Majoritatea formelor moderate se vindecă fără tratament antibiotic. Simptomele intestinale pot fi însoțite de o deshidratare masivă, în special la sugari și la copiii mici [2, 26].

La persoanele cu un sistem imunitar afectat sau care asociază diverse alte patologii, salmonellele pot trece în circulație și pot determina infecții severe. Două serotipuri (Dublin și Cholerae suis) prezintă o virulență crescută și sunt responsabile de majoritatea formelor generalizate de boală [42].

Infecția necomplicată cu *Salmonella* se vindecă de regulă în 5-7 zile și de multe ori nu necesită tratament, dacă persoana afectată nu se deshidratează rapid sau dacă infecția rămâne strict localizată la nivel intestinal. Persoanele cu diaree severă pot necesita rehidratare orală sau, în cazurile severe, parenteral. Tratamentul cu antibiotice se indică cu precădere în formele care depășesc sfera intestinală sau în cazul infecțiilor persistente. Unele tulpini de *Salmonella* au dezvoltat rezistență la antibiotice, incriminată în acest proces fiind din ce în ce mai mult folosirea antibioticelor în zootehnie, pentru promovarea creșterii animalelor [32].

Aproximativ 5% din pacienții care dezvoltă o patologie interstinală salmonelozică fac și bacteriemie. Este vorba în principal de pacienții imunocompromiși. Orice zonă anatomică poate găzdui o contaminare bacteriană pe cale hematogenă. Infecțiile focale includ artrita septică, meningita, osteomielite, colangita, pneumonia, endocardita, abcesele [8, 14, 20, 29].

Patologiile cele mai frecvent descrise, apărute după o infecție salmonelozică sau la purtătorii cronici de salmonelle, sunt cele cu tropism articular: artrite septice reactive, sindromul Reiter, spondilită ankilozantă. A fost incriminată în apariția acestor complicații o predispoziție genetică (apartenența la clasa I HLAB27 de histocompatibilitate). Eradicarea portajului la acești pacienți nu stopează evoluția bolii reumatismale. Sindromul Reiter apare de regulă după 1-3 săptămâni de la infecția intestinală și asociază artrita cu conjunctivită și cu uretrită. De asemenea, unele persoane cu sindrom Reiter pot dezvolta entezopatie (inflamație la locul inserției tendonului pe os). În unele cazuri, pot fi prinse articulațiile coloanei vertebrale. Durata simptomelor prezintă mari variații individuale, datele din literatură estimând

rezolvarea bolii în decursul unui an. Există situații în care afecțiunea se poate croniciza [24, 48].

Rezistența salmonelelor la antibiotice

În anii '80 ai sec. XX, salmonelele erau încă bacterii sensibile la antibiotice, pentru ca 10 ani mai târziu să se înregistreze multe tulpini rezistente la ampicilină, cloramfenicol sau asocierea trimethoprim + sulfametoxazol [3, 44].

Rezistența la fluorochinolone apare, de regulă, ca urmare a unor mutații în genomul bacterian. Nu s-a constatat un fenomen semnificativ de rezistență al salmonelelor la fluorochinolone atunci când acestea au fost introduse în terapia umană. Fenomenul însă a atins proporții odată cu introducerea pe piață a fluorochinolonelelor de uz veterinar, semnalându-se întâi rezistența salmonelelor izolate de la animalele de consum și din alimente, apoi și a tulpinilor izolate de la om [28].

În anul 2000 frecvența tulpinilor rezistente la fluorochinolone a constituit în unele țări europene de la 22% (*S. Paratyphi*) până la 36% (*S. Typhi*) [37]. La fel au fost înregistrate și tulpini netifoide rezistente la fluorochinolone – 8% *S. Typhimurium* și *S. Enteritidis*, cca. 40% *S. Virchow* și 70% *S. Hadar* [47].

În prezent, tulpinile multirezistente sunt frecvent izolate, înregistrându-se și cazuri de tulpini de *Salmonella* cu un tip de rezistență care se menține chiar și atunci când antibioticele la care s-a dezvoltat rezistența sunt scoase din uz. Apariția primei salmonele (serotipul Choleraesuis) rezistente la toate antibiotice, inclusiv cefalosporine de generația a treia și fluorochinolone, este alarmantă, deoarece *S. Choleraesuis* poate provoca infecție invazivă severă la om [11, 37, 45].

Emergența tulpinilor multirezistente, incluzând aici rezistența atât la fluorochinolone, cât și la cefalosporine de generația a treia, limitează în mod considerabil posibilitățile de tratament [28].

Prevenirea toxiinfecțiilor determinate de *Salmonella*

Nu este disponibilă o profilaxie specifică pentru salmonelozele enterice, baza prevenirii constituind-o măsurile igienico-sanitare de neutralizare a surselor și interceptarea căilor de transmitere.

Prevenirea în colectivitate poate fi efectuată prin prelucrarea adecvată a alimentelor, acordându-se o atenție deosebită cărnii de pasăre și derivatelor acesteia, ouălor. Carnea trebuie să fie prelucrată la temperaturi de peste 70°C. Fierberea ouălor până la întărirea albușului poate garanta distrugerea salmonelelor. O atenție specială trebuie acordată alimentelor care se prepară pentru sugari și copiii mici, pentru vârstnici și imunodeprimați (incluzând aici diabeticii, gravidele, pacienții infectați HIV, cei cu neoplazii și transplantatii). Trebuie evitat consumul de alimente preparate pe bază de ouă crude (maioneze, înghețate). Alimentele neprelucrate nu trebuie conservate în același loc cu cele prelucrate [6, 39].

Măinile trebuie spălate atât înainte de începerea prelucrării alimentelor, cât și după. Instruirea corectă a celor care prelucrează alimentele poate preveni contaminarea încrucișată care poate sta la baza unei izbucniri epidemice.

Măsura industrială de prevenire ar fi, tratarea prin iradiere a cărnii de pui în momentul sacrificării animalului, fiind eficientă pentru eliminarea bacteriilor de tipul *E.coli* O157:H7, *Salmonella* și *Campylobacter*. Aceeași metodă este aplicabilă și la furajele pentru animale, contaminate cu *Salmonella* [20, 40].

Diagnosticul de laborator al salmonelozelor

Asigurarea calității investigațiilor de laborator este o strategie indispensabilă a sistemului de supraveghere/monitorizare și este posibilă prin participarea laboratoarelor de referință în Programele internaționale de control extern și implementarea Programelor Naționale similare.

În gastroenteritele salmonelozice, pe toată durata bolii, în coalescență și la purtătorii agentul etiologic se izolează prin coprocultură. În perioada de debut, salmonelele trebuie căutate însă în vomisme și, din rațiuni epidemiologice – în resturile alimentare. Mediile de îmbogățire sunt obligatorii în protocolul de izolare a salmonelelor. Însămânțarea după îmbogățire se face pe mediile selective (convenționale sau cromogene), urmând apoi etapa de identificare pe baza caracterelor biochimice și antigenice [13, 20, 26].

Metodele moleculare se bazează pe caracterizarea plasmidelor ADN: tiparea profilului plasmidic, identificarea genelor de virulență plasmid-mediate sau pe identificarea unor regiuni de heterogenitate din cromozomul bacterian: ribotipie, secvențiere (RCCS – random cloned chromosomal sequence, IS200 – insertion sequence), PFGE/VNTR și metodele bazate pe PCR: RFLP, RAPD, ERIC-PCR, REP-PCR [27].

Bibliografie

1. Bârzoii D. et al., *Toxiinfecțiile alimentare*, București, Ed. Diacon Coresi, 1999.
2. Buiuc D., Neguț M., *Tratat de Bacteriologie medicală* (ediția a 2-a), București, Ed. Medicală, 2008.
3. Chiu C. et al., *In vitro evaluation of intracellular activity of antibiotics against non-typhoid Salmonella*, in: J. Antimicrob. Agents, 1999, p. 47-52.
4. Chiu C. et al., „*Salmonella enterica*” serotype *Choleraesuis*: epidemiology, pathogenesis, clinical disease and treatment, in: Clin. Microb. Rev., 2004, p. 311-322.
5. Chopra A. et al., *Role of Salmonella enterotoxin in overall virulence of the organism*, in: Microbial Pathogenesis, 1999, nr. 27(3), p.155-171.
6. Ciufecu C., *Toxiinfecția alimentară cu Salmonella. Tratat de epidemiologie a bolilor transmisibile*, Ed Polirom, 2002, p.136-148.
7. Cohen J. et al., *Extra-intestinal manifestations of Salmonella infections*. Medicine (Baltimore), 1997, p. 349-388.
8. Cohen P., *The risk of endothelial infection in adults with Salmonella bacteremia*, in: Ann. Intern. Med., 1978, p. 931-932.

9. Cojocaru R. et al., *Monitoringul circulației tulpinelor de Salmonella în Republica Moldova*. A XI-a Reuniune Anuală de Microbiologie. Mamaia, 2007, p. 11.
10. Collazo C., Galan J., *The invasion-associated type III protein secretion in Salmonella Gene*, 1997, nr. 192, p. 51-59.
11. Davis M. et al., *Multiresistant clones of Salmonella enterica: the importance of dissemination*, in: J. Lab. Clin. Med., 2002, p. 135-141.
12. Dunne E. et al., *Emergence of domestically-acquired ceftriaxone-resistant Salmonella infections associated with AmpC β -lactamase*, in: JAMA, 2000, p. 3151-3156.
13. Farmer J. et al., *Enterobacteriaceae. Introduction and identification*. in: Manual of Clinical Microbiology. 9-th ed., Washington DC: ASM Press. 2007, p. 649-669.
14. Fernandez-Guerrero M., *Infectious endocarditis due to non-typhi Salmonella in patients infected with HIV: report of two cases and review*, in: Clin. Infect. Dis., 1996, nr. 22, p. 853-855.
15. Galanis E., *Web-based surveillance and global Salmonella distribution, 2000-2002*, in: Emerg. Infect. Dis., 2006, p. 381-388.
16. Galan J., *Molecular genetic bases of Salmonella entry into host cells Mol*, in: Microbiol., 1996, nr. 20, p. 263-271.
17. Galan J., *Salmonella entry into mammalian cells: different yet converging signal transduction pathways?*, in: Trends Cell. Biol., 1994, p. 196-199.
18. Garcia del Portillo F. et al., *Salmonella invasion of nonphagocytic cells induces formation of macropinosomes in the host cell*, in: Infect. Immun., 1994, p. 4641-4645.
19. Ginocchio C. et al., *Contact with epithelial cells induces the formation of surface appendages on Salmonella typhimurium*, in: Cell, 1994, nr. 76, p. 717-724.
20. Hohmann E., *Nontyphoidal salmonellosis*, in: Clin. Infect. Dis., 2001, p. 263-269.
21. Hockin J., *An international outbreak of Salmonella nima from imported chocolate*, in: J. Food. Prot., 1989, nr. 52 (1), p.51-54.
22. Ivana S., *Manual de Microbiologia alimentelor. Lucrări practice*. București, Ed. științelor medicale, 2007.
23. Li J. et al., *Relationship between evolutionary rate and cellular location among the inv/spa invasion proteins of Salmonella enterica*, in: Proc. Natl. Acad. Sci., 1995, p. 7252-7256.
24. Laitio P., *HLA-B27 modulates intracellular survival of Salmonella enteritidis in human monocytic cells*, in: Eur. J. Immunol., 1997, p. 1331-1338.
25. Mintz E., *Dose-response effects in an outbreak of Salmonella enteritidis*, in: Epidemiol Infect., 1994, p. 1323.
26. Nataro J., et al. *Escherichia, Shigella and Salmonella*, in: Manual of Clinical Microbiology. 9-th ed. Washington DC: ASM Press. 2007, p. 670-687.
27. Nășcuțiu A., *Toxicoinfecțiile alimentare determinate de bacterii din genul Salmonella. Diagnosticul de laborator*, in: Medicina modernă. 2010, vol. XVII, p. 566-570.
28. OMS: <http://www.who.int>
29. Oskoui R. et al., *Salmonella aortitis: a report of successfully treated case with a comprehensive review of the literature*, in: Arch. Intern. Med. 1993, p. 517-525.
30. Parry C., *Management of multiple drug-resistant Salmonella infections*, in: Management of Multiple Drug-Resistance Infections. Humana Press, Totowa. 2004, p. 189-208.
31. Parry C. et al., *Typhoid fever*, in: N. Engi. J. Med., 2002, p. 1770-1782.
32. Parkhill J., *Complete genome sequence of a multiple drug resistant Salmonella enterica serovar Typhi CT18*, 2001, p. 848-852.
33. Pegues D. et al., *Salmonella species, including Salmonella typhi*, in: Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and practice of infectious diseases, ed. 6, 2005, p. 2636-2654.
34. Polotosky Y., Dragunsky E., Khavkin T., *Morphologic evaluation of the pathogenesis of bacterial enteric infections*, in: Crit. Rev. Microbiol., 1994, p.161-20.
35. Ramos J. et al., *Clinical significance of primary versus secondary bacteraemia due to nontyphoid Salmonella in patients without AIDS*, in: Clin. Inf. Dis., 1994, p. 777-780.
36. Ribot E. et al., *Salmonella enterica typhimurium DT 104 isolated from humans, United States, 1985,1990 and 1995*, in: Emerg. Infect. Dis. 2002, p. 387-391.
37. Shanahan P. et al., *Characterization of multi-drug resistant Salmonella typhi isolated from Pakistan*, in: Epidemiol. Infect. 2000, p. 9-16.
38. Shea J. et al., *Identification of a virulence locus encoding a second type III secretion system in Salmonella typhimurium*, in: Proc. Natl. Acad. Sci., 1996, p. 2593-2597.
39. Shimoni Z. et al., *Nontyphoid Salmonella bacteriemia: age-related differences in clinical presentation, bacteriology, and outcome*, in: Clin. Infect. Dis. 1999, p. 822-827.
40. Scallan E., Angulo F., *Surveillance for foodborne diseases in M'ikanatha NM, Lunfield R, van Beneden CA, de Valk H (eds), Infectious Disease Surveillance*, in: Blackwell Publishing, 1st ed, 2007.
41. Suarez M, Russmann H., *Molecular mechanisms of Salmonella invasion: the type III secretion system of the pathogenicity island 1*, in: Intern. Microbiol., 1998, nr. 1, p. 197-204.
42. Tauxe R., Pavia T., *Salmonellosis: Nontyphoidal*, in Evans SA, Brachman SP (eds.) Bacterial Infections of Humans, Ed. Plenum Medical Book Company, New York, 1998, p. 613-630.
43. Threlfall E. et al., *Antimicrobial drug resistance in isolates of Salmonella enterica from cases of salmonellosis in humans in Europe in 2000: results of international multi-centre surveillance*, in: Euro Surveill, 2003, nr. 8(2), p. 41-45.
44. Threlfall E., *Increasing spectrum of resistance in multiresistant Salmonella typhimurium*. in: Lancet, 1996, nr. 347(9007), p. 1053-1054.
45. Threlfall E., *Multiresistant Salmonella typhimurium DT 104: a truly international clone*, in: J. Antimicrob. Chemother., 2000, p. 7-10.
46. *Todar's Online Textbook of Bacteriology*, www.testbookofbacteriology.net
47. Toma F., *Bacteriologie medicală*, University Press, Târgu Mureș, 2006.
48. Virtala M. et al., *HLA-B27 modulates the survival of Salmonella enteritidis in transfected L cells, possibly by impaired nitric oxide production*, in: Infect. Immun., 1997, p. 4236-4242.
49. <http://ec.europa.eu/food/food/foodlaw>
50. www.hpa.org.uk

Prezentat la 16. 11. 2011

Olga Burduniuc, cerc. științ.,
Centrul Național de Sănătate Publică
tel. serv.: (022) 57- 47-03; mob.: 079579205
e-mail: oburduniuc@rambler.ru

ASPECTE MEDICO-SOCIALE ALE INTOXICAȚIILOR ALIMENTARE ACUTE

Afanasie LEONTE,
Centrul de Sănătate Publică, raionul Orhei

Summary

Medico-social aspects of acute food poisoning

In the article are presented some medico-social aspects of the study of food poisoning's outbreaks of 3210 affected persons that took place during a period of 6 years (2004-2009) in the Republic of Moldova with revealing risk factors and recommendation of preventive measures. Outbreaks of food poisoning have been registered in the majority of districts. According to their causes 61% of them were of bacterial origin, including 3% of botulism and 39% were of nonbacterial origin. There were registered 19,4% of outbreaks in catering units, 75,4% – in home circumstances and in other situations – 5,2%. The diseases occurred in severe and moderate forms in 0,72% of cases (3 patients have died). It is a tendency to promote healthy nutrition among people, as well as to implement the HACCP analysis system in food units, which deal with processing, storing, transporting and saling of foods.

Key words: *foods, food poisoning, prevention.*

Резюме

Медико-социальные аспекты острых пищевых отравлений

В статье изложены некоторые медико-социальные аспекты, исходящие из результатов изучения вспышек острых пищевых отравлений у 3210 пострадавших острыми пищевыми отравлениями, имевших место в Республике Молдова за шесть лет. Были выявлены факторы риска, а также рекомендованы меры профилактики. Случаи пищевых отравлений были зарегистрированы в большинстве административных территорий. По своему происхождению 61% из них являются бактериальными, включая 3% ботулизма и 39% – не бактериальными. Из общего числа случаев пищевых отравлений 19,4% возникли по вине предприятий общественного питания, 75,4% – в быту и 5,2% – в других обстоятельствах. Заболевания протекали в тяжелой и средней форме, 0,72% пострадавших умерли. Актуальны пропаганда рационального питания среди населения и внедрение на предприятиях, которые заняты переработкой, хранением, перевозкой и продажей продуктов питания, системного анализа HACCP.

Ключевые слова: *продукты, отравления, профилактика.*

Introducere

Alimentația constituie o problemă cotidiană în viața omului, din care cauză necesită o atenție permanentă și maximă. Fiind un proces complex, condiționat de formele diversificate prin care se caracterizează, alimentația are la bază dieta corespunzătoare pentru fiecare om, în raport direct cu propria stare de sănătate. Devierile de la cerințele proprii dietei respective induc un risc pentru sănătate [11].

Datorită complexității sale compoziționale, posibilităților de contaminare biologică, chimică și nenumăratele manipulări prin care poate trece în timpul preparării, condiționării, stocării, desfacerii sau chiar consumului, alimentul este expus riscului de impurificare, contaminare și alterare. În cazul folosirii alimentelor contaminate masiv cu un anumit fel de microorganisme sau care conțin cantități riscante de substanțe toxice de origine organică sau neorganică, se produc intoxicații alimentare acute [3, 8, 10, 14].

În condițiile socioeconomice și culturale actuale din Republica Moldova se constată existența unor probleme în organizarea asigurării populației cu produse alimentare corespunzătoare exigențelor de calitate, iar tradițiile și obiceiurile alimentare nesănătoase urmează a fi schimbate [5,10,11].

Siguranța alimentelor și promovarea alimentației raționale creează condiții favorabile pentru ocrotirea, fortificarea sănătății și reducerea discrepanțelor dintre diferite categorii de populație [5].

Scopul prezentului studiu este evaluarea unor aspecte de influență asupra sănătății publice a intoxicațiilor alimentare acute și trasarea măsurilor de prevenție.

Material și metode

Pentru aprecierea intoxicațiilor alimentare drept problemă de sănătate publică au fost analizate datele statistice referitoare la intoxicațiile alimentare acute înregistrate în Republica Moldova în perioada 2004-2009.

Materialele pentru studiu au fost extrase din anuarele statistice *Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova* în perioada 2004-2009, elaborate de Centrul Național de Sănătate Publică [1].

Pentru obținerea datelor și efectuarea studiului au fost utilizate următoarele metode: igienică, epidemiologică, statistică [15].

Din cauze socioeconomice, o mare parte din populație suferă de penurie alimentară. În situația creată,

intoxicațiile alimentare reprezintă o problemă actuală, care are repercursiuni cotidiene. Ea necesită o susținere activă din partea Statului, promovarea obiceiurilor sănătoase de alimentație la nivel de comunitate și familie.

Rezultate și discuții

Studiul epidemiologic al datelor statistice denotă că în perioada 2004-2009 au suportat intoxicații alimentare acute 3210 persoane, inclusiv bolnavi cu vârsta până la 17 ani ce alcătuiesc 9%, cuprinzând forme medii și grave de manifestare, inclusiv decese 0,72%.

Cauzele deceselor sunt deficiențele serioase existente în calitatea organizării și acordării asistenței medicale bolnavilor cauzate de cunoștințele insuficiente ale medicilor, îndeosebi necunoașterea clinicii maladiei, spitalizarea tardivă, accesul limitat la serviciile medicale în cazul intoxicațiilor alimentare acute [4, 6, 7, 13].

Repartizarea bolnavilor după locul de consumare a mâncării este următoarea:

- 19,4% – intoxicații alimentare acute în întreprinderi de alimentație publică;
- 75,4% – intoxicații alimentare acute în condiții casnice;
- 5,2% – intoxicații alimentare acute în alte locuri.

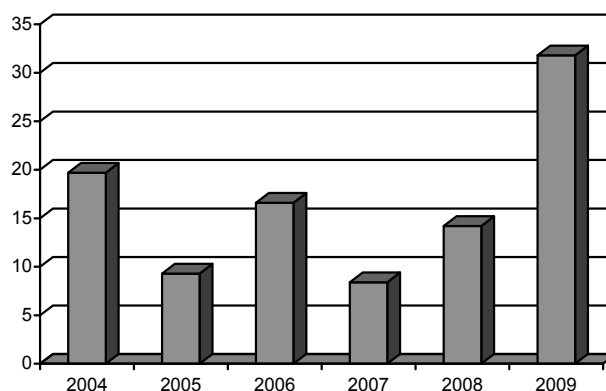
Din numărul total de intoxicații alimentare acute, cele de proveniență bacteriană alcătuiesc 61%, iar nemicrobiană – 39% față de 24% și 76% în perioada premergătoare 1990-2003 [13].

În ordine cronologică, maladiile au în fond o înregistrare anuală, caracterizându-se prin creșterea sau scăderea neuniformă a numărului persoanelor afectate, după cum urmează: 2004 – 19,7%, 2005 – 9,3%, 2006 – 16,6%, 2007 – 8,4%, 2008 – 14,2% și 31,8% în anul 2009 (vezi figura).

Rezultatele studiului intoxicațiilor alimentare acute în perioada menționată se caracterizează și prin implicarea majorității teritoriilor administrative, având o intensitate diferită. Maladiile sunt favorizate de lipsa condițiilor sanitaro-igienice pentru prepararea și consumarea bucatelor în cantități mari în condiții casnice, implicarea în prepararea bucatelor și deservire a persoanelor fără studii speciale, cu atitudine sanitaro-igienică neglijentă față de sănătatea proprie și a persoanelor deservite, fapt caracteristic și pentru maladiile analogice, rezultate în urma alimentației cotidiene individuale [13].

Produsele alimentare incriminate în situațiile de intoxicații alimentare acute de origine microbiană variază de la caz la caz, fiind unul, două sau mai multe

produse: din carne, de cofetărie cu cremă, din pește, lactate, legume și fructe.



Distribuția procentuală a persoanelor afectate de intoxicații alimentare acute în perioada 2004-2009 în Republica Moldova.

În aspect etiologic, intoxicațiile alimentare acute au fost provocate de microflora patogenă și condițional patogenă: *Staphylococcus aureus*, bacteriile coliforme, grupa enterococilor, grupa *Proteus*, *Clostridium perfringens* și *Clostridium botulinum*. Un loc aparte în intoxicațiile alimentare acute de origine microbiană îi revine botulismului, în apariția căruia au fost implicate proviziile conservate în condiții casnice din carne, pește, ciuperci, legume și fructe.

Intoxicațiile alimentare acute de origine nemicrobiană sunt în exclusivitate intoxicații cu nutrimente din ciuperci. Toate ciupercile consumate provin din flora spontană, evidențiindu-se speciile: *Amanita phalloides*, *Amanita muscaria* și *Amanita pantheria*.

Datele menționate reflectă nivelul calității produselor, al activității serviciilor și inspecțiilor de supraveghere a procesului circuitului alimentar, cunoștințele populației în organizarea alimentației sănătoase și specifică necesitatea realizării unor măsuri operative înainte ca factorii de risc să acționeze asupra înrăutățirii calității produsului și, implicit, asupra sănătății consumatorului. Totodată, studiul confirmă prioritatea măsurilor sanitaro-igienice și avantajele economico-financiare ale acestora, inclusiv în contextul sănătății publice.

Circumstanțele ce se formează pentru produsele alimentare pe parcursul circuitului deplin se caracterizează prin multitudinea factorilor de risc, care influențează negativ calitatea produselor alimentare, inclusiv la etapa consumului uman [10,12,16].

Factorii de risc ce pot condiționa izbucnirea intoxicațiilor alimentare acute sunt:

- materia primă insalubră;
- nerespectarea cerințelor și normelor sanitaro-igienice și tehnologice în procesul de preparare, fabricare a produselor alimentare;

- folosirea tehnologiilor învechite și nivelul scăzut de cunoștințe al producătorilor de alimente;
- păstrarea incorectă a produselor alimentare, fapt ce duce la insalubritate;
- cultura nutrițională joasă la o anumită parte din populație, exprimată prin tradiții și obiceiuri alimentare nesănătoase;
- nivelul scăzut al cunoștințelor consumatorului în organizarea alimentației sale raționale.

Factorii de risc enumerați complică condițiile de alimentație a populației prin:

- accesul redus al unor categorii de populație la produsele alimentare de o valoare nutritivă înaltă și inofensive;
- posibilități limitate ale păturilor sociale defavorizate ale populației de a acceda la serviciile întreprinderilor de alimentație publică.

Toți acești factori duc la:

- condiții igienice precare de alimentație;
- desfășurarea ceremoniilor familiale de proporții în condiții inadecvate de casă;
- posibilități de izbucnire a intoxicațiilor alimentare acute la populația de toate vârstele, indiferent de nivelul de trai și mediul de reședință;
- pierderi de ordin moral și material;
- creșterea numărului de victime prin intoxicații alimentare acute în condiții de casă;
- persistența formelor grave de intoxicații alimentare acute și a cazurilor de deces;
- prezența afecțiilor în rândurile copiilor, inclusiv a formelor grave cu sfârșit letal.

Toate cele evidențiate subliniază necesitatea:

- implementării sistemului de analiză a pericolului și de control în punctele critice de control (HACCP – Hazard Analysis, Critical Control Points), în unitățile ce produc, prelucrează, depozitează, transportă și comercializează produse alimentare [9];
- perfecționarea asistenței medicale prin instruirea periodică a medicilor de familie în problemele de clinică și diagnostic al intoxicațiilor alimentare acute;
- promovarea activă a politicii alimentației raționale la nivel de Stat, familie și individ.

Implementarea sistemului internațional de supraveghere și control al circuitului alimentar la nivelul industriei alimentare, alimentației publice și comerț realizează, pe lângă succesele igienico-sanitare, și avantaje economico-financiare ușor deductibile. Aceasta favorizează organizarea controlului la nivelul obiectivelor de profil alimentar pe întreg ciclul într-o manieră logică, simplă, unitară și eficientă [9].

Concluzii

Studierea cazurilor de intoxicații alimentare acute descifrează particularitățile prin care acestea

se manifestă, demonstrând actualitatea problemei, precum și necesitatea perfecționării asistenței medicale primare prin instruirea periodică a medicilor de familie în problemele de clinică și diagnostic al intoxicațiilor alimentare acute, prin promovarea alimentației raționale la nivel de stat, comunitate, familie și individ.

Bibliografie

1. Anuar statistic *Starea sanitaro-igienică și epidemiologică în Republica Moldova, anii 2004-2009*. Centrul Național de Sănătate Publică.
2. Chirlici A., Jalbă U. *Igiena alimentației*, Chișinău, 2001, p. 232-234.
3. Dumitrescu H., Milu C., *Controlul fizico-chimic al alimentelor*, București, 1997, 328 p.
4. Ețco C., *Management în sistemul de sănătate*, Chișinău, 2006, p 513, 635, 636.
5. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 886 din 06.08.2007 *Cu privire la aprobarea Politicii Naționale de Sănătate*, în: *Monitorul Oficial al R. M.*, nr. 127-130 din 17.08.2007.
6. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1471 din 24.12.2007 *Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017*, în: *Monitorul Oficial al R. M.*, nr. 8-10 din 15.01.2008.
7. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 747 din 03.10.2011 *Cu privire la aprobarea strategiei în domeniul siguranței alimentelor pentru anii 2011-2015*, în: *Monitorul Oficial al R. M.*, nr. 170-175 din 14.10.2011.
8. Mihele D., *Igiena alimentației*, București. 2008, p. 469.
9. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 384 din 12.05.2010 *Regulamentul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice*, în: *Monitorul Oficial al R. M.*, nr. 78-80 din 21.05.2010.
10. Sârbu, D. *Siguranța alimentelor și sănătatea umană*, Cluj Napoca, 2007, p. 160.
11. Mincu Iu., Boboia D., *Alimentația omului sănătos și bolnav*, București, 1975, p.10.
12. Legea Parlamentului Republicii Moldova *Privind supravegherea de stat a sănătății publice nr.10-XVI* din 03.02.2009. în: *Monitorul Oficial al R. M.*, nr.67 din 03.04.2009.
13. Leonte A., *Unele rezultate ale studiului intoxicațiilor alimentare acute*, în: *Revista Sănătate Publică Economie și Management în Medicină*, nr. 2, 2005, Chișinău, p. 36-40.
14. Opopol N. et. al., *Nutriția în sănătatea publică*, Chișinău, 2006, p. 43.
15. Tintiuc D., Ețco C. et. al., *Sănătate Publică și Management*, Chișinău, 2002.
16. Опопол Н., Коробов П., *Эколого-гигиенический мониторинг. Проблемы и решения*, Кишинэу, 2001, с. 81.

Prezentat la 20. 12. 2012

Afanasie Leonte, șef secție management în sănătate publică și promovarea sănătății, Centrul de Sănătate Publică raional Orhei

tel: (235) 2-17-63,

mob: 078801203, csporhei@mednet.md

**PARTICULARITĂȚILE
PROCESULUI EPIDEMIC ÎN
TUBERCULOZĂ
ÎN RAIONUL ORHEI (2001-2010)**

**Mihai MELNIC,
Vasile GUȘTIUC, Petru CRISTALOV,**
Centrul de Sănătate Publică, raionul Orhei

Summary

Particularities of the epidemic process in case of tuberculosis in Orhei district (2001-2010)

Tuberculosis (TB) remains a major problem of public health. In the district Orhei, the morbidity and mortality rates of TB increased with in recent years as compared with 2001. About 65% of sick people - do not work and don't earn any money to live on. There is the phenomenon of "rejuvenating tuberculosis".

Key words: *epidemiological situation, morbidity, epidemic proces.*

Резюме

Особенности эпидемического процесса при туберкулезе в районе Орхей (2001-2010 г.)

Туберкулез остается актуальным вопросом общественного здравоохранения в районе Орхей. Показатели заболеваемости и смертности при туберкулезе выросли по сравнению с 2001 г. Около 65% больных являются лицами без места работы и без средств существования. За последние годы происходит «омоложение» туберкулеза.

Ключевые слова: *эпидемиологическая ситуация, заболеваемость, эпидемический процесс.*

Introducere

Cunoscută încă de pe timpul faraonilor, tuberculoza rămâne a fi o maladie destul de răspândită, care și în prezent constituie o problemă pentru sănătatea publică la nivel global.

Organizația Mondială a Sănătății (OMS), fiind îngrijorată de răspândirea vertiginoasă a maladiei pe plan mondial, declară în anul 1993 problema tuberculozei drept „*situație excepțională globală*” [2, 4, 5].

Anual la nivel mondial se înregistrează un număr impunător de bolnavi cu diagnosticul TBC. În anul 2009, cele 200 de țări care raportează date OMS au notificat în total 9,4 mil. de cazuri noi de tuberculoză, dintre care 3,3 mil. (33,3%) au fost notificate printre femeii [7].

Tuberculoza constituie o problemă majoră de sănătate publică și pentru Republica Moldova. Numai în perioada 2001-2005 numărul total de cazuri noi și recidive ale tuberculozei a crescut de la 3820 până la 5632. Începând cu anul 2006, numărul de cazuri noi și recidive ale tuberculozei a început să descrească ne semnificativ, drept urmare incidența globală a tuberculozei a demonstrat o tendință de reducere de la 133,9 cazuri înregistrate la 100.000 locuitori în anul 2005 la 116,0 cazuri în anul 2009. Cu toate acestea, incidența globală a tuberculozei este de aproape trei ori mai mare decât media înregistrată în țările din regiunea europeană unde, conform datelor OMS, în anul 2008 se atestau 40,86 cazuri de tuberculoză la 100.000 de locuitori [7].

În ultimii ani, printre bolnavii cu tuberculoză se atestă o frecvență destul de înaltă a pacienților seropozitivi la HIV/SIDA. În urma analizei epidemiologice a morbidității determinate de infecția HIV/SIDA în municipiul Chișinău, pentru perioada 2000-2008 s-a constatat că din 984 de persoane HIV pozitive 215 au progresat la stadiul SIDA, dintre care la 101 bolnavi (47,0%) fiind confirmată infecția mixtă – HIV/TB [3].

A fost stabilit deja faptul că morbiditatea determinată de TBC în mare măsură este condiționată de factorii socioeconomiци, migrația masivă a populației, șomaj, stresul social cronic și prezența unui rezervor masiv de infecție în populația adultă [1, 5, 7].

Materiale și metode

Datele privind morbiditatea prin tuberculoză evolutivă în raionul Orhei pe parcursul anilor au fost colectate din surse statistice, inclusiv formularele medicale de raportare, din datele fișelor de anchetare epidemiologică a cazurilor de tuberculoză.

La prelucrarea datelor au fost folosite metode de analiză epidemiologică retrospectivă și operativă, metode statistice.

Rezultate și discuții

De rând cu situația în întregime pe țară, tuberculoza evolutivă, la etapa actuală, este o problemă majoră de sănătate publică și pentru raionul Orhei. Analiza multianuală a morbidității pentru perioada

2001-2010 denotă că indicii epidemiologici principali privind tuberculoza evolutivă în raionul Orhei sunt în creștere.

În această perioadă a avut loc sporirea practic de 2,0 ori a nivelului incidenței globale prin tuberculoză, care a crescut de la 59,8 la 100 mii populație în a. 2001 până la 119,9 în 2010 (figura 1).

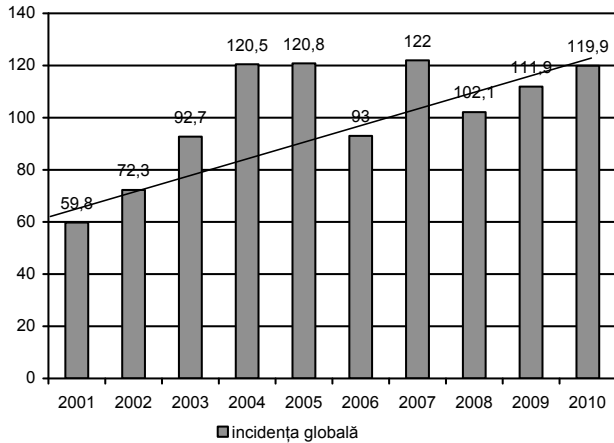


Figura 1. Dinamica incidenței globale prin tuberculoză în raionul Orhei (la 100 mii populație).

Media multianuală a incidenței globale a constituit 100,14 la 100 mii populație și a fost depășită considerabil în anii 2004, 2005, 2007 și 2010.

Conform localizării procesului patologic, constatăm că printre bolnavii de tuberculoză înregistrați în raionul Orhei în anii 2001-2010 predomină localizarea respiratorie a patologiei, cu o pondere de 97,4% cazuri, urmată de tuberculoza extrarrespiratorie cu doar 2,6% din cazurile înregistrate. Din numărul total de cazuri de tuberculoză extrarrespiratorie înregistrate, în 14 cazuri a fost afectat sistemul osteoarticular, în 7 – sistemul limfatic, 5 – aparatul urogenital, 4 – peritoneul și în 3 cazuri – glanda mamară.

În anii de referință, incidența prin tuberculoza organelor respiratorii a avut o tendință de creștere, majorându-se de la 52,59 cazuri la 100 mii populație în anul 2001 până la 88,8 în 2010. Totodată, este stabilită și o creștere a incidenței formelor bacilifere de la 14,4 cazuri la 100 mii populație în 2001 până la 63,5 în 2010.

Dinamica multianuală a incidenței prin tuberculoză cunoaște o avansare continuă a morbidității în perioada 2001-2005, cu o mică descreștere în anul 2006, după care în 2007 este înregistrat nivelul de vârf al morbidității pentru perioada de referință, fiind atins indicele de 107,3 la 100 mii populație, cu o descreștere bruscă în 2008, după ce începe o nouă avansare, care se prelungește și în 2010 (figura 2).

Media anuală a incidenței prin tuberculoza organelor respiratorii în raionul Orhei, pentru perioada de referință, a constituit 81,9‰, fiind mai mică decât media pe republică (89,2‰). Indici superi-

ori pentru indicatorul mediu anual al incidenței sunt stabiliți în dinamică începând cu anul 2005.

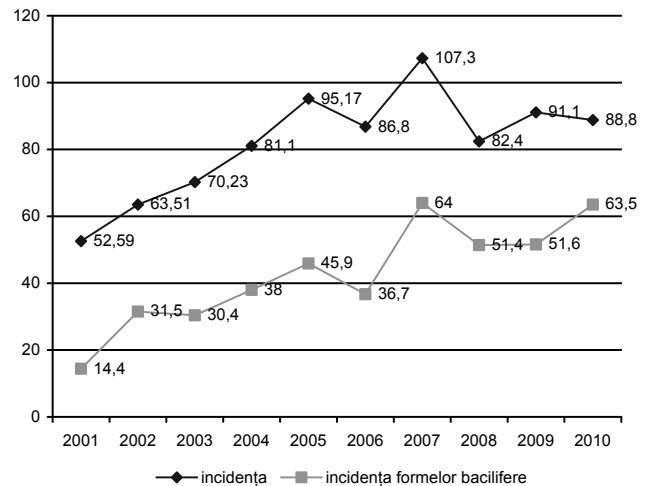


Figura 2. Dinamica incidenței prin tuberculoza organelor respiratorii în raionul Orhei (la 100 mii populație).

Concomitent cu indicatorii incidenței, sunt în creștere și indicatorii prevalenței prin tuberculoză. Având un caracter ondulator, prevalența prin TBC s-a majorat de la 128,0 cazuri la 100 mii populație în 2001 până la 148,5 în 2010. Prevalența formelor bacilifere în această perioadă a crescut de la 78,8 până la 113,5 cazuri la 100 mii populație respectiv.

Media multianuală a prevalenței prin tuberculoză pentru anii 2001-2010 constituie 125,7 cazuri la 100 mii populație și a fost depășită considerabil în anii 2004 (151,2‰), 2005 (136,9‰), 2009 (138,9‰) și 2010 (148,5‰).

Pe parcursul anilor de referință (2001-2010), în raion au decedat din cauza tuberculozei organelor respiratorii 260 de bolnavi. Mortalitatea prin TBC având o tendință de creștere, s-a majorat de la 12,3 cazuri la 100 mii populație în anul 2001 până la 15,8 în anul 2010. Media anuală a mortalității prin tuberculoză în raion având valoarea de 20,2‰, a fost depășită în anii 2003-2005, 2007 și 2009 (figura 3).

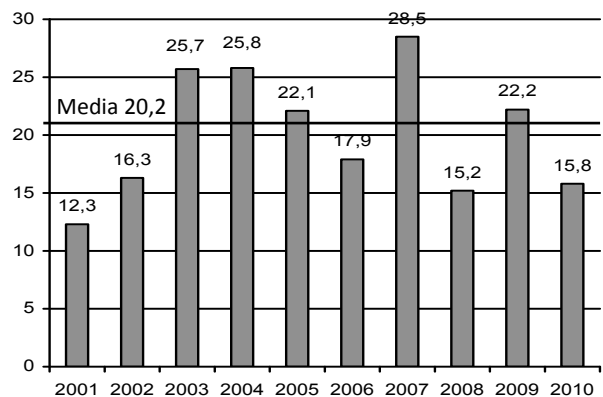


Figura 3. Dinamica mortalității prin tuberculoza organelor respiratorii în raionul Orhei (la 100 mii populație).

Evoluția în dinamică a acestui indicator se datorează în mare parte depistării tardive și chiar postmortem a cazurilor de boală, alimentației insuficiente a majorității bolnavilor la etapa de ambulatoriu; prezenței unor patologii concomitente.

Printre bolnavii decedați de TBC, 83,9% persoane erau în vârstă aptă de muncă. Vârsta medie a persoanelor decedate de tuberculoză în perioada 2001-2010 este de 48 de ani. Însă în anii 2009-2010 este atestată o întinerire considerabilă a vârstei bolnavilor decedați comparativ cu media multianuală și începutul perioadei de observație, constituind 44,2 și 44 de ani respectiv, comparativ cu 53,3 de ani în anul 2001 (vezi tabelul).

Vârsta medie a persoanelor decedate de tuberculoză în raionul Orhei în perioada 2001-2010

Anii	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Vârsta medie (ani)	53,3	44,8	50,3	50,5	49,3	48,3	47,4	48,3	44,2	44,0

În perioada de referință, în raion au fost înregistrate 6 cazuri de TBC printre persoanele cu infecția HIV/SIDA, constituind o pondere de 8,9% din numărul total al pacienților cu HIV/SIDA (67 la număr) aflați la evidență. Cazuri mixte HIV/TB au fost înregistrate în anii 2004, 2005, 2007-2010. În patru cazuri infecția mixtă HIV/TB s-a soldat cu decesul bolnavului.

Pe parcursul ultimilor ani, contrar prevederilor *Programului național de profilaxie și combatere a tuberculozei pentru anii 2006-2010*, nu s-a produs reducerea și stabilirea la un nivel de sub 5% a indicelui tuberculozei multidrog-rezistente printre cazurile noi de tuberculoză, ultimul constituind în anul 2007 – 13,6%, 2008 – 11,9%, 2009 – 8,4%, 2010 – 11,6%.

Studiind morbiditatea multianuală prin prisma mediului de reședință a bolnavilor, s-a stabilit că 29,6% din cazuri revin populației urbane și 70,4% – populației rurale. Ponderea morbidității prin TBC după sexe constituie 67,9% bărbații și 32,1% femei.

S-a constatat și faptul că cazurile de tuberculoză se înregistrează pe parcursul anului întreg, nefiind caracteristică o sezonabilitate pronunțată, înregistrându-se în medie câte 8,33% pe lună, cu cele mai mari abateri în martie (9,9%) și cele mai mici în noiembrie (7,04%).

Analizând structura morbidității prin tuberculoză conform grupelor de vârstă, s-a constatat că această maladie afectează toate grupele de vârstă, inclusiv copiii și bătrânii. Repartizarea pacienților conform grupelor de vârstă se prezintă în felul următor: 0-17 ani – 6,1%; 18-29 ani – 21,5%; 30-39 ani – 20,2%; 40-49 ani – 27,5%; 50-59 ani – 17,7%; 60 și mai mulți ani – 7,0%.

După structura socială a pacienților, se evidențiază că 64,9% din cazurile de TBC revin persoanelor care nu sunt încadrate în câmpul muncii. Pe locul doi se plasează persoanele încadrate în câmpul muncii (14,3%), urmate de pensionari (8,1%), invalizi (6,9%), studenți (0,9%), elevi (2,3%) și copiii de vârstă preșcolară (2,6%).

Agravarea situației epidemiologice este determinată de înrăutățirea nivelului de trai al populației, creșterea șomajului, activizarea proceselor migratoare, numărul considerabil de familii social vulnerabile (părinți cu etilism cronic, condiții sanitaro-igienice nesatisfăcătoare, persoane eliberate din penitenciare).

Concluzii

Morbiditatea generală a populației din raionul Orhei determinată de tuberculoză este în continuă creștere, concomitent fiind în creștere și mortalitatea prin această infecție, inclusiv în grupele de vârstă aptă de muncă. Cel mai frecvent se îmbolnăvesc de tuberculoză persoane fără loc permanent de muncă și fără surse de existență.

Bibliografie

1. Ceban Z., Savca L., Cetulean M., Cebotari I., Coroi Z., *Particularitățile procesului epidemic în tuberculoză în municipiul Chișinău*, în *Materialele Conferinței Profilaxia maladiilor – Garanția sănătății*, Chișinău, 2007, p. 158.
2. Ceban Z., Savca L., Cetulean M., Cebotari I., Rîbac L., Tinta N., Mănescu T., *Unele aspecte epidemiologice ale morbidității prin tuberculoză în municipiul Chișinău*, în: *Materialele Congresului VI al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din R. Moldova*, vol. II: *Epidemiologia și microbiologia*. Chișinău, 2008, p. 86.
3. Docova Alina, Ceban Zinaida, *Unele aspecte epidemiologice ale infecției HIV/SIDA și ale tuberculozei evolutive*, în: *Materialele Conferinței CMP Chișinău: trecut, prezent și viitor*, Chișinău, 2009, p. 200.
4. Gaisan N., Apostolova L., Hadjioglo N., Șapareț V., *Evaluarea procesului epidemic la tuberculoză în raionul Cahul în anii 1998-2007*, în *Materialele Congresului VI al igieniștilor, epidemiologilor și microbiologilor din R. Moldova*, vol. II, *Epidemiologia și microbiologia*, Chișinău, 2008, p. 91.
5. Ghid *Controlul tuberculozei în cadrul strategiei DOTS*, Chișinău, 2008, 141 p.
6. *Global tuberculosis control*. WHO report, Geneva, 2010, 218 p.
7. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1171 din 21.12.2010 privind aprobarea *Programului național de control al tuberculozei pentru anii 2011-2015*.

Prezentat la 6.02.2012.

Mihai Melnic – medic-epidemiolog, CSP Orhei, tel. (235) 25325
e-mail: csporhei@mednet.md

PARTICULARITĂȚILE
EVOLUȚIEI SARCINII
LA FEMEILE DUPĂ 35 DE ANI:
AVANTAJE ȘI PREOCUPĂRI

Aliona DOBROVOLSKAIA-CATRINICI,
Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și
Genetică Medicală

Summary

Peculiarities of pregnancy evolution at woman after 35 years: advantages and concerns

In recent years, as in the industrialized world, our country also chose to postpone childbearing. Traditionally, in Republic of Moldova, the delay children were coming from rural families, but in the past decade the rate of urban newborns is increasing. Pregnant women with advanced maternal age have an increased risk of pregnancy complications such as pre-eclampsia, gestational diabetes, placenta abruption, pre-term delivery and caesarean delivery. The maternal management may require a broader assessment of the systematic examination, prevention and diminution of adverse perinatal outcomes that contribute to decisions about the timing of childbearing.

Key words: *advanced maternal age, pregnancy, risks, adverse perinatal outcomes.*

Резюме

Особенности течения беременности у женщин после 35 лет: преимущества и проблемы

За последние годы в Республике Молдова, как и во всех промышленно-развитых странах, деторождение отлагивается «на потом». Зачастую поздние роды встречаются в сельской местности, хотя в последние десятилетия смещение рождений в старших возрастных группах беременных особенно характерно для городского населения. С возрастом растёт риск беременности, осложнённой преэклампсией, гестационным диабетом, отслойкой плаценты, преждевременными родами и кесаревым сечением. При современном уровне развития перинатальной диагностики, профилактики и уменьшения неблагоприятных перинатальных исходов, важен менеджмент правильно выбранной стратегии, способствующий решению проблем и уменьшению рисков детородного возраста.

Ключевые слова: *старородки, поздний материнский возраст, беременность, неблагоприятный исход, перинатальный риск.*

Actualmente viața femeilor nu mai este la fel ca a acelor de acum treizeci de ani. Tendința de a avea copil la vârsta de după 35 de ani astăzi nu mai e ceva neobișnuit și a devenit un obicei comun în societățile dezvoltate. Din dorința de a aduce pe lume un copil cu posibilitatea de a-i oferi toate condițiile necesare, femeile aleg să se concentreze asupra carierei, lasând actul procreării după vârsta de 35 de ani, când se presupune că sunt împlinite din punct de vedere profesional și material. Acum trei decenii, sarcina după 35 de ani era o raritate, fiind considerată o sarcină cu necesitatea unei monitorizări speciale.

Multe cupluri preferă să crească copiii abia după ce au o relație stabilă și o anumită siguranță financiară. Acest fenomen este, de asemenea, legat de numărul impunător de căsătorii la o vârstă înaintată sau de casatoriile care urmează unui divorț. Multe studii demonstrează că pentru o femeie după 35 de ani, cu starea generală de sănătate satisfăcătoare și echilibrul psihoemoțional stabil, riscurile de a avea o sarcină cu probleme sunt minime.

Conform datelor Centrului Național de Statistică, pe parcursul anilor 1980 – 2010, din numărul total de nașteri pe republică ponderea natalității la femei peste 35 de ani a crescut de la 3,74% până la 7%. În același timp, s-a constatat schimbarea modelului de vârstă a fertilității, care se caracterizează printr-o scădere a contribuției femeilor din grupe de vârstă mai tinere de 25 de ani la coeficientul sumar total al natalității și al fertilității, odată cu creșterea contribuției persoanelor după 35 de ani. Aceasta din urmă este o manifestare a *tranziției demografice secunde* [1]. Primele semne ale *tranziției demografice secunde* în Republica Moldova au apărut la începutul anilor '90 ai sec XX și, așa cum arată experiența mai multor țări dezvoltate, aceasta poate să persiste de-a lungul mai multor decenii.

Asemenea tendință s-a atestat în SUA începând cu anul 1970, unde ponderea nașterilor la femei cu vârsta de peste 35 de ani a crescut de la 5% până la 13% din numărul total de nașcuți vii în anul 2000 [2]. În Europa, statele Scandinaviei sunt cele mai prospere, cu populația cea mai longevivă și cu cea mai bună calitate a vieții, atât pe continent, cât și în lume. Studiile referitoare la rata natalității arată că odată cu creșterea calității vieții a crescut esențial și numărul gravidelor trecute de 35 de ani. De exemplu, în Finlanda, în anul 1997 se atestau 16,7% gravide după 35 de ani, iar în 2007 – 19,2%. Un procentaj aproximativ similar s-a determinat și în Suedia în perioada respectivă [3, 4].

În țările din regiune, la fel, se înregistrează o tendință identică. În Federația Rusă s-a atestat o creștere de 2,5 ori a coeficientului natalității la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 39 de ani, de la 11.1‰ în anul 2000 până la 27.8‰ în 2009.

Totodată, a crescut de 1,4 ori și rata natalității femeilor cu vârsta de peste 40 de ani (5,2‰ la femeile de 40-44 de ani și 0,2‰ cele de 45-49 ani). În Ucraina coeficientul natalității s-a majorat de 1,8 ori la femeile după 35-39 de ani și de 1,5 ori la cele din categoria 40-44 de ani în perioada 1997-2007.

Migrația de la sat la oraș este o caracteristică ce persistă în Republica Moldova pe parcursul ultimelor decenii, fapt ce a contribuit esențial la diminuarea natalității în mediul rural, în special la femeile de după 35 de ani. În anul 1980, natalitatea după 35 de ani a fost de trei ori mai mare în mediul rural (3455 născuți), decât în cel urban (1114 născuți), ceea ce a constituit 1,40% și, respectiv, 4,34% din numărul total din nașteri pe republică.

La sfârșitul anilor '80 și începutul anilor '90, s-a constatat o creștere semnificativă a copiilor născuți de femei după 35 de ani în mediul urban. Astfel, în anul 1990 ponderea născuților a fost de 37,6% în mediul urban și 62,4% în cel rural.

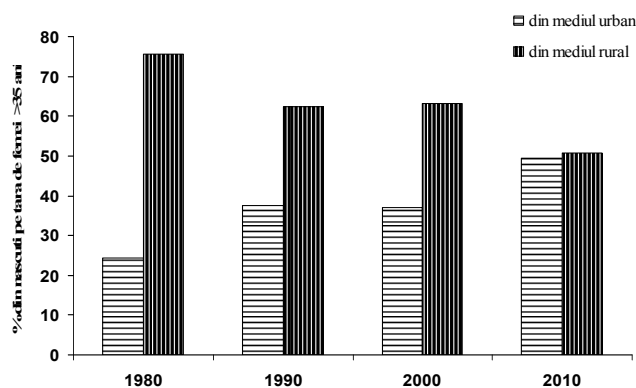
În anul 2000 s-a redus vertiginos natalitatea în Republica Moldova – de la 36939 de nașteri la 77085 nașteri în anul 1990, însă raportul nașterilor la femei după 35 de ani din mediul rural și cel urban s-a menținut.

În anul 2010, în Republica Moldova s-au născut 40474 copii, ceea ce, comparativ cu anul 2000, înseamnă o creștere ușoară a natalității, în special din contul născuților din mediul urban, iar ponderea nașterilor la femeile după 35 de ani a constituit 7%. În ultimii ani, rata nașterilor la aceste femei în mediul rural a rămas apoximativ identică, iar raportul natalității rural – urban s-a egalat (vezi figura).

În dinamică, în ultimele trei decenii numărul copiilor născuți în mediul urban s-a redus de la 31161 născuți în anul 1980 până la 15142 în anul 2010, iar în mediul rural – de la 48419 până la 25332 respectiv. Prin urmare, atât în mediul rural, cât și în cel urban natalitatea s-a redus de două ori. Ponderea nașterilor la femei după 35 de ani a crescut de la 1,40% în anul 1980 până la 3,46% în 2010, însă a scăzut în mediul rural de la 4,34% până la 3,55% respectiv.

Cele consemnate, de asemenea, sunt parțial menționate și în studiul efectuat în cadrul Sectorului Demografie al Institutului de Integrare Europeană și Științe Politice al AȘM, în care este evaluată situația natalității în dinamică pe perioada ultimelor decenii. Analiza datelor în ansamblu demonstrează că după un declin de multă vreme, în ultimii trei ani se observă o ușoară creștere a fertilității, îndeosebi în grupele de vârstă 30-34 și 35-39 de ani, iar transferul nașterilor spre vârstele mai mature ale femeilor este valabilă, în special, pentru mediul urban, unde s-a

atestat creșterea indicelui fertilității de la 9,7‰ în 2001 la 19,8‰ în 2008 [5].



Rata nou-născuților la femeile de după 35 de ani din mediul urban și cel rural.

Sarcina după 35 de ani are atât avantaje, cât și dezavantaje. Unul dintre avantaje este maturitatea și responsabilitatea mamei, deoarece viitoarea mamă se ocupă din timp de investigațiile clinice și paraclinice, își corelează alimentația, ține sub control masa corpului. În plus, stabilitatea socioeconomică, energia și resursele atinse la această vârstă îndreaptă atenția lor prioritar spre sarcină și mai puțin spre carieră.

Odată hotărâte să aducă pe lume un copil la o vârstă de după 35 de ani, viitoarele mame ar trebui să cunoască riscurile la care sunt supuse – atât ele, cât și bebelușii – și să încerce să îmbunătățească șansele de a avea o sarcină sănătoasă. Deși în ultimii ani multe lucruri s-au schimbat, progresul în domeniul monitoringului sarcinei, totuși viitoarea mamă trebuie să fie conștientă de riscurile care există la această vârstă.

Pe de o parte, la această vârstă femeia își cunoaște bine starea generală, cu particularitățile fiziologice, și este gata să răspundă adecvat la schimbările ce apar pe parcurs. Pe de altă parte, cei 10-20 de ani de viață reproductivă nesolicitată au acumulat și ei amprente, cum sunt: maladiile cronice persistente, posibilele boli venerice suportate în trecut, stilul de viață stresant, situația ecologică precară, aderențe postoperatorii, accidente suportate.

Unul dintre cele mai mari riscuri este cel genetic, cu dezvoltarea unui făt cu malformații congenitale grave. Cu cât vârsta viitoarei mame este mai avansată, cu atât crește și riscul apariției malformațiilor congenitale sau a anomaliilor cromozomiale. Riscul major este cel al sindromului Down. La nivel mondial, statisticile demonstrează existența unui pericol ca 1 dintre 365 de femei la vârsta de 35 de ani să dea naștere unui copil cu sindromul Down, în timp ce la vârsta de 40 de ani riscul crește la 1 din 109 de femei. La 45 de ani acest risc avansează exponențial

și se constată ca un copil din 32 poate fi afectat cu acest sindrom, iar la 49 de ani incidența ajunge până la 1 din 11.

Deși sindromul Down reprezintă cel mai frecvent tip de anomalie cromozomială, alte anomalii sunt sindromul lui Edward (trisomia 18), care apare o dată la 8.000 de nașteri și sindromul Patau (trisomia 13), cu incidența 1:20.000 de nașteri. Astăzi se cunosc peste 12.000 de anomalii provocate de o mutație sau o alterare a unei gene și incidența lor crește exponențial odată cu avansarea vârstei gravidei după 35 de ani. În bună parte, anomaliile cromozomiale survenite pe parcursul formării oului fetal sunt cauzele principale ale avortului spontan care se produce, în majoritatea cazurilor (80%), în primul trimestru de sarcină. La gravidele cu vârsta între 35 și 39 de ani incidența avortului spontan este de 25%, iar la 40-44 de ani riscul crește până la 51%. După vârsta de 45 de ani, circa 50% din gravide sunt predispușe să suporte un avort spontan [6].

Hipertensiunea indusă de sarcină (toxemia, preeclampsia) este cea mai frecventă afecțiune care se dezvoltă în ultimul trimestru, iar la gravidele de după 35 de ani aceasta apare cu o frecvență de trei ori mai sporită, comparativ cu cele mai tinere. Se dezvoltă mai des la primipare peste 35 de ani, cele cu sarcini gemelare, istoric familial de hipertensiune indusă de sarcină. La femeile de după 40 de ani riscul de preeclampsie este de 5-10%, iar la cele după 50 de ani se întâlnește aproximativ la 1/3 din gravide [7]. Concomitent, această categorie de vârstă este de 3-6 ori mai predispusă de a dezvolta diabet gestațional, care este un factor de risc în declanșarea preeclampsiei. Tensiunea arterială crescută (140/90 mm Hg sau mai mare), indiferent dacă este hipertensiune cronică sau preeclampsie, poate determina decolarea prematură a placentei în circa 50% din cazuri, iar femeile cu hipertensiune arterială cronică au riscul de 9 ori mai mare decât cele normotensive.

În Republica Moldova, în ultimile trei decenii se observă o creștere a incidenței sarcinii extrauterine: de la 0,99 cazuri la 100 de nașteri în 1975, la 2,47 în perioada 1990-1999 și 2,81 în anii 2000-2009. O pondere deosebită în dezvoltarea sarcinii extrauterine o au antecedentele inflamatorii suportate. Infecția multiplă în uter, în special în trompele Fallopio prin suprimarea cililor tubari crește de 6 ori riscul de sarcină extrauterină. Alt factor este steriletul, care augmentează de 3 ori riscul unei sarcini extrauterine, iar steriletele cu progesteron îl măresc de 6-7 ori. Incidența sarcinilor extrauterine corelează direct cu vârsta femeii și timpul de utilizare a steriletului. Cea mai mare rată de sarcini ectopice apare la femeile cu vârsta cuprinsă între 35 și 44 ani. La cele de 35-39 de

ani, riscul de a dezvolta o sarcină extrauterină este de 2 ori mai mare, iar la cele cu vârsta peste 40 de ani incidența este de 4 ori mai mare decât la femeile tinere.

Managementul medical al sarcinii și nașterii la femei după 35 de ani, conform Ghidului Național de Perinatologie, include asistență în planificarea, supravegherea și conduita perinatală suplimentară, comparativ cu femeile până la 35 de ani [8]. Sarcina după vârsta de 35, le preocupă pe multe femei și dacă femeia este sănătoasă, sarcina după această vârstă nu ar trebui să fie o problemă. Deseori, multe femei au probleme de sănătate și necesită investigații medicale speciale, înainte de a concepe un copil, care vor include și consultația medicului-genetician.

Este bine cunoscut faptul că după 35 de ani fertilitatea scade treptat, ceea ce crește timpul de fertilizare la 6-12 luni, în loc de 4 luni (la 20-25 ani, când este capacitatea maximă a fertilității), dar în general după vârsta de 38-40 de ani, ovulele încep să imbatrânească și fertilitatea scade dramatic. Totuși, după această vârstă ovarele tind să elimine mai multe ovule, așa că în cazul în care femeile rămân însărcinate, șansele de a concepe gemeni sau chiar tripleți cresc. Astfel, multe aspecte al managementului obstetrical al sarcinilor monofetale nu pot fi extrapolate asupra sarcinilor duble.

O altă categorie de femei suferă de sterilitate îndelungată ce necesită investigații și tratament specific, care va include o serie de cheltuieli adăugătoare. Atunci când toate celelalte metode clasice nu mai pot fi aplicate, fertilizarea in vitro (FIV) este ultima soluție pentru femeia sterilă. Cu toate că prețul total pentru o fertilizare este destul de mare, tot mai multe cupluri din Republica Moldova recurg la metoda FIV.

Odată ajunsă însărcinată, femeia de după 35 de ani, conform Ghidului Național de Perinatologie, este inclusă în grupul de risc și necesită o monitorizare suplimentară, care va include teste specifice pentru depistarea malformațiilor congenitale. Screeningul include determinarea markerilor serici, teste duble, triple sau combinarea lor, determinarea nucleului transparent, investigații USG suplimentare, prelevarea lichidului amniotic prin amniocenteză și neapărat consultul medicului-genetician de la Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală.

În primul trimestru de sarcină, femeile cu vârsta de peste 35 de ani, îndeosebi primiparele, suferă de gestoze timpurii, care devin mai pronunțate atunci când disgravidia se asociază cu acutizarea bolilor cronice de care suferă gravida la această vârstă. Disgravidia emetizantă deseori este asociată cu vome

incoercibile și tulburări digestive grave, ce necesită spitalizare, uneori în regim de urgență.

Avortul spontan sau chiar iminența de întrerupere a sarcinii este o altă problemă frecventă la vârsta după 35 de ani. Unul dintre motive este faptul că după această vârstă, mai ales după 40 de ani, scade concentrația hormonilor progesterativi, fapt ce necesită terapie de menținere a sarcinii. Dacă s-a declanșat deja avortul spontan, există riscul hemoragiilor uterine, care deseori necesită intervenție instrumentală în staționar și supraveghere în condiții de ambulatoriu.

Disgravidia tardivă, care se atestă deseori în ultimul trimestru de sarcină, induce dereglari esențiale, atât în starea de sănătate a gravidei, cât și a fătului. O bună parte din primiparele peste 35 de ani suferă de disgravidie tardivă și necesită monitorizare ginecologică individuală în condiții spitalicești, pentru a preveni acutizarea manifestărilor poliorganice și declanșarea nașterii premature.

Femeile din grupul de risc, de obicei, sunt internate în spital cu câteva săptămâni înainte de naștere pentru îngrijire antepartum. Afecțiunile care se manifestă la gravidele de după 35 de ani impun o pregătire prenatală deosebită care, în funcție de gradul de risc, se efectuează la centrele perinatologice de nivelul II sau III. De asemenea, multe dintre gravidele de peste 35 de ani necesită planificarea cezarienei, care uneori se poate finaliza cu histerectomie și complicații postoperatorii.

Este cert faptul că riscurile perinatale sunt mari, însă cu îngrijiri atente multe femei pot deveni fără nici o problemă mame la vârsta de peste 35 de ani.

Concluzii

1. În ultimii ani, în Republica Moldova se atestă o creștere vădită a ponderii copiilor născuți de către femei după 35 de ani, îndeosebi din contul nașterilor în mediul urban.

2. Odată cu dezvoltarea tehnologiilor medicale performante, crește numărul sarcinilor după 35 de ani, ceea ce necesită o monitorizare adecvată pentru prevenirea complicațiilor caracteristice acestei vârste.

Bibliografie

1. Захаров С.В., *Рождаемость в России: первый и второй демографический переход. Демографическая модернизация, частная жизнь и идентичность в России*, Москва, 2002 demoscope.ru/weekly/knigi/konfer/konfer_08.html
2. Martin J.A., Hamilton B.E., Ventura S.J., Menacker F., Park M.M., Sutton P.D. *Births: final data for 2001*, Nat. Vital Stat Rep. 2002; nr. 51(2), p. 102.
3. Carolan M., *First time mothers over 35 years: challenges for care?*, in *Birth Issues*, 2004; nr. 13(3), p. 91-97.
4. *Stakes. Parturients, births and newborns 2007*. Statistical summary 30/2008. Available from: http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2008/tt30_08.pdf Nov.6
5. Paladi Gh., Gagauz O., Penina O., *Îmbătrânirea populației în Republica Moldova: consecințe economice și sociale*, Chișinău, 2009, 208 p.
6. Nybo A.A., Wohlfahrt J., Christens P., Olsen J., Melbye M., *Maternal age and fetal loss: population-based register linked study*, in: *BMJ*, 2000, nr. 320, p. 1708.
7. Chang J., Elam-Evans L.D., Berg C.J., Herndon J., Flowers L., Seed K.A., et al., *Pregnancy-related mortality surveillance – United States 1991-1999*, in: *MMWR Surveill Summ.*, 2003, nr. 52(2), p. 1-8.

Prezentat la 01. 12. 2011

STUDIAREA
INCIDENȚEI CANCERULUI
GLANDEI TIROIDE LA POPULAȚIA
DIN R. MOLDOVA ÎN RELAȚIE
CU ACCIDENTUL NUCLEAR DE LA CERNOBÎL

Liubov COREȚCHI¹, Adela CUCERANU¹,
I. BAHNAREL¹, V. CERNAT²,

¹Centrul Național de Sănătate Publică,
²Institutul Oncologic

Summary

Study of thyroid gland cancer incidence in the republic of Moldova population in relation with the Chernobyl nuclear accident

The results of analysis of the morbidity frequency of thyroid cancer oncology disease in the Republic of Moldova population for the period 1986-2009 are presented in this paper. The computer software package was used for database creating and were calculated the intensive and extensive indicators for every district, for R. Moldova in total, by territorial geographical areas, by gender and by age groups.

Key words: thyroid cancer, morbidity, Chernobyl nuclear accident.

Резюме

Исследование частоты встречаемости рака щитовидной железы у населения Республики Молдова, в связи с ядерной аварией на Чернобыльской АЭС

В данной работе представлены результаты анализа частоты встречаемости заболеваемости онкологической патологии – рака щитовидной железы населения Р. Молдова за пост-чернобыльский период (1986-2009 гг.). Пакет компьютерных программ был использован в качестве инструмента для создания базы данных и статистического анализа. Были проанализированы интенсивный и экстенсивный индексы развития болезни, как для всего населения страны, так и в зависимости от географической зоны, пола и возраста.

Ключевые слова: рак щитовидной железы, заболеваемость, авария на Чернобыльской АЭС.

Introducere

Accidentul nuclear de la Cernobîl (ANC) s-a evidențiat prin eliminarea în atmosferă a unei cantități mari de izotopi radioactivi ai iodului [6]. Glanda tiroidă la copii și adolescenți, cu capacitatea de acumulare a iodului, a constituit organul-țintă pentru acțiunea iodului radioactiv. În baza datelor obținute după bombardamentele atomice de la Hiroshima și Nagasaki; se considera că perioada latentă pentru cancerul glandei tiroide (CGT) va constitui circa 10 ani. Însă numai la 4 ani de la ANC s-a înregistrat o creștere semnificativă a incidenței CGT la copiii din Belarus [2]. În perioada 1993-1997, aceasta a constituit 30 de cazuri la 1 mil. populație infantilă per an. Luând în considerație faptul că în majoritatea țărilor incidența CGT la copii constituie 1 caz la 1 mil. populație infantilă per an, este evident că rezultatele erau surprinzătoare. Ulterior s-a demonstrat că există o corelare între dezvoltarea CGT la copii și iradierea [3-5].

Scopul cercetării a fost studierea incidenței cancerului glandei tiroide pe teritoriile administrative ale R. Moldova în relație cu factorii de risc asociați radiațiilor ionizante.

Materiale și metode

În cadrul investigațiilor s-a efectuat o analiză amplă a datelor statistice din *Registrul național* de la Institutul Oncologic al R. Moldova, referitor la cazurile absolute de CGT, în funcție de teritoriul administrativ, vârstă și sex. S-au luat în considerație trei zone principale ale R. Moldova: Nord, Centru și Sud. Totodată, în studiu a fost inclusă și populația din unele raioane din stânga Nistrului.

Zonele geografice și raioanele					
	Nord		Centru		Sud
1	Mun. Bălți	1	Nisporeni	1	Leova
2	Briceni	2	Criuleni	2	Cimișlia
3	Drochia	3	Strășeni	3	Basarabasca
4	Edineț	4	Hâncești	4	Cantemir
5	Fălești	5	Rezina	5	Comrat
6	Florești	6	Mun. Chișinău	6	Cahul
7	Glodeni	7	Telenești	7	Taraclia
8	Ocnia	8	Anenii-Noi	8	Ștefan-Vodă
9	Râșcani	9	Ungheni	9	Ciadâr-Lunga
10	Sângerei	10	Orhei	10	Vulcănești
11	Soroca	11	Ialoveni	11	Căușeni
12	Dondușeni	12	Călărași		
		13	Șoldănești		

Prelucrarea statistică a datelor s-a efectuat prin calcularea indicelui intensiv (structura morbidității în fiecare localitate aparte și cea totală pe republică) și a celui intensiv al adresării primare (incidența la 100 mii locuitori). Cercetările efectuate s-au bazat pe metode moderne

analitice și statistice. Baza de date a fost acumulată și prelucrată statistic la computer, utilizând programele Excel și Statistica.

Rezultate

Pe parcursul anilor 1999-2010, în evoluția proceselor demografice din Republica Moldova au avut loc schimbări care sunt exprimate, în primul rând, prin scăderea natalității și creșterea mortalității generale, în special în ultimii 15-20 de ani. Numărul populației stabile a R. Moldova la 1 ianuarie 2011 a constituit 3560,4 mii persoane (cu 3,3 mii persoane mai puțin față de 2009), repartizarea populației în funcție de sexe se prezintă astfel: 51,9% – femeii și 48,1% – bărbați. Coraportul se menține același ca și în anii precedenți. Structura populației în funcție de vârstă poartă amprenta caracteristică unui proces de îmbătrânire demografică, datorat scăderii natalității, care a determinat reducerea absolută și relativă a populației tinere. Comparativ cu 1 ianuarie 2000, se remarcă reducerea ponderii populației tinere (0-14 ani) de la 23,8% la 16,4% (-280,3 mii persoane) și creșterea ponderii celei vârstnice (mai > de 65 de ani) de la 9,4% la 10,0% (+13,6 mii persoane) (figura 1).

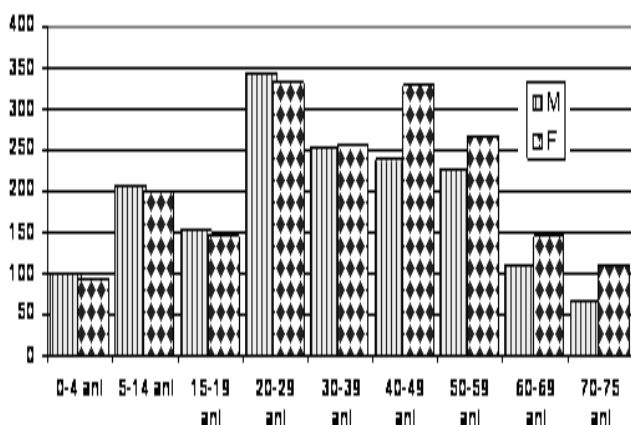


Figura 1. Structura demografică a populației Republicii Moldova în funcție de vârstă și sexe (a. 2010).

În perioada 1980-2010, în Republica Moldova au fost înregistrate 3120 cazuri ale CGT, dintre care 2441 cazuri revin sexului feminin, iar 679 – celui masculin.

În anii 1980-1986, în medie pe republică au fost înregistrate câte 45-46 de cazuri per an, iar după accidentul de la Cernobîl, din 1986 până în 1990, în incidența cancerului glandei tiroide practic s-a observat o ușoară creștere – 50-60 de cazuri per an. Incidența cancerului glandei tiroide pe teritoriul Republicii Moldova a început să crească semnificativ din anul 1999. Creșterea maximală a cazurilor de cancer al glandei tiroide i-a revenit anului 2009 – 236 de cazuri, ceea ce a constituit o incidență de 7,5 la 100 mii populație (figura 2).

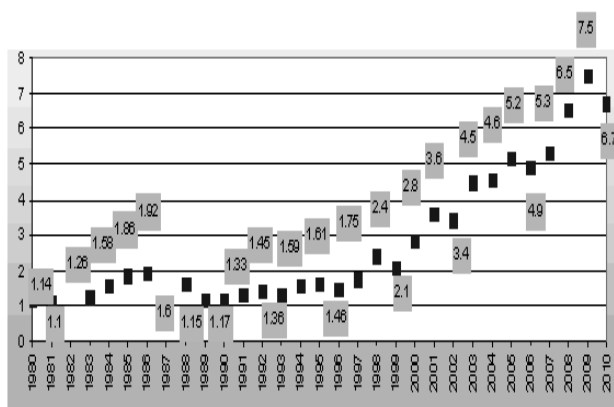


Figura 2. Ratele comparative ale incidenței cancerului glandei tiroide în perioada aa. 1980-2010 (total pe R. Moldova).

În perioada 1991-1998, numărul populației (cu locuitorii din stânga Nistrului) era de 4327,7 mii. Pentru perioada în cauză s-au depistat 404 cazuri de CGT, ceea ce constituie 9,3 cazuri la 100 mii populație (figura 3).

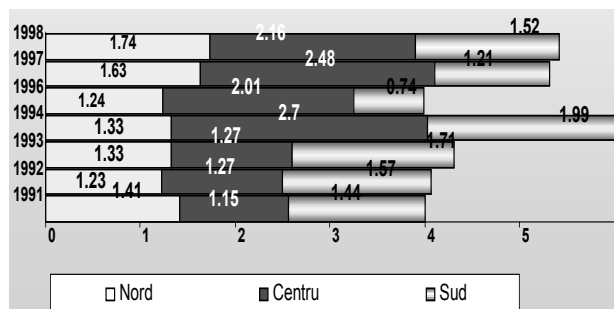


Figura 3. Ratele comparative ale incidenței cancerului glandei tiroide în funcție de zonele geografice în perioada 1991-1998 (inclusiv populația din stânga Nistrului).

În anii 2003-2010 (fără locuitorii din stânga Nistrului), numărul locuitorilor era 3581,3 mii. Pentru această perioadă au fost depistate 1616 cazuri de CGT, ceea ce constituie 45,1 cazuri la 100 mii populație (figura 4).

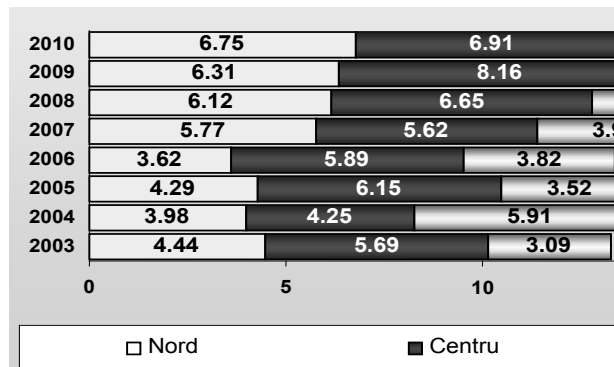


Figura 4. Ratele comparative ale incidenței cancerului glandei tiroide în funcție de zonele geografice ale R. Moldova pentru perioada 2003-2010 (fără populația din stânga Nistrului).

Astfel, rezultatele denotă o creștere în dinamică a incidenței CGT pe teritoriul Republicii Moldova în toate zonele geografice, valorile cazurilor depistate fiind mai înalte în partea centrală, în ambele perioade de studiu. Aceasta poate fi explicat, pe de o parte, prin faptul că asupra dezvoltării maladiei în cauză, afară de radiațiile ionizante, mai influențează și alți factori nocivi. S-a demonstrat că în partea de nord a republicii, în perioada post-Cernobâl valorile fondului *gamma* erau mai ridicate [1]. Pe de altă parte, probabil că migrația tinerilor spre centrul republicii în legătură cu studiile ar fi contribuit la sporirea incidenței CGT în această zonă. Dar nu este exclus faptul că, pe lângă cancerul radioindus, cele sporadice, de asemenea, au o contribuție semnificativă în structura acestor maladii.

Referitor la incidența CGT în funcție de vârstă și sexe, se poate spune că vârful dezvoltării acestei maladii îi revine vârstei de 50-59 ani. Totodată, s-a observat că pentru toate vârstele incidența maladiei era mai mare la femei (figura 5).

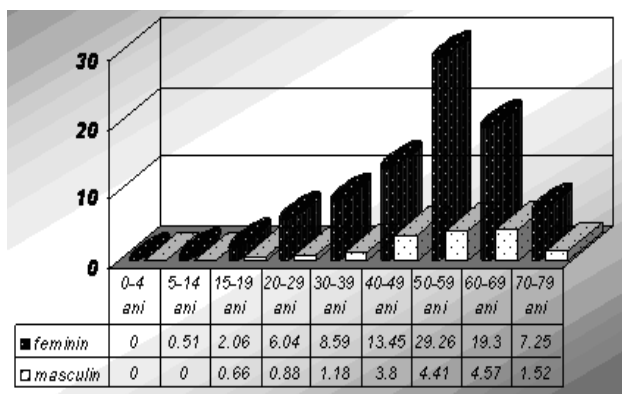


Figura 5. Ratele comparative ale incidenței cancerului glandei tiroide în funcție de vârstă și sexe (a. 2010).

Organizația Mondială a Sănătății raportează în Programul Internațional privind efectele asupra sănătății datorate accidentului de la Cernobâl că în perioada 1986-1995 circa 653 de cazuri de cancer

tiroidian au fost diagnosticate printre copii și adolescenți: 350 în Belarus, 259 în Ucraina și 44 în Rusia. Studiile noastre au determinat că în Republica Moldova pentru această perioadă au fost depistate 92 de cazuri.

Concluzii

În perioada 1980-2010, în Republica Moldova au fost înregistrate 3120 de cazuri de CGT, dintre care 2441 cazuri revin sexului feminin, iar 679 cazuri – celui masculin. În anii 1980-1986, în medie pe republică au fost înregistrate câte 45-46 cazuri per an, iar după accidentul de la Cernobâl, din 1986 până în 1990, în incidența cancerului glandei tiroide s-a observat o ușoară creștere – 50-60 de cazuri per an. Incidența cancerului glandei tiroide pe teritoriul Republicii Moldova a început să crească semnificativ începând cu anul 1999 și continuă în dinamică.

Bibliografie

1. Bahnarel I., Corețchi L., *Contribuții la monitorizarea radioactivității mediului*, în: *Academos*, 2011, nr. 1(20), 2011, p. 77-81.
2. Baverstock K. et al., *Thyroid cancer after Chernobyl*, in: *Nature*, 1992, nr. 359, p. 23-24.
3. Cardis E. et al., *Risk of thyroid cancer after exposure to ¹³¹I in childhood*, in: *J. Natl. Cancer. Inst.*, 2005, nr. 97, p. 724-732.
4. Ron E., *Thyroid cancer incidence among people living in areas contaminated by radiation from the Chernobyl Accident*, in: *Health Phys.*, 2007, vol. 93, nr 5, p. 502-511.
5. Williams E.D., *Radiation carcinogenesis: lessons from Chernobyl*, in: *Oncogene*, 2009, nr. 27, p. 9-18.
6. Дедов И.И., Дедов В.И., *Чернобыль. Радиоактивный йод – щитовидная железа*, Москва: Медицина, 1996, 234 с.

Prezentat la 3. 04. 2012

Corețchi Liubov, șef laborator,
Centrul Național de Sănătate Publică
Tel. 574706
e-mail: igiena_rad@cnspl.md

MANAGEMENTUL COMPLEX AL RISCULUI SUICIDAR ÎN SCHIZOFRENIE

Oleg ȚURCANU¹, Gabriela MELNIC-ȚURCANU¹,
Oleg COBÎLEANCI²,

¹IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie, or. Chișinău

²USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Complex management of suicide risk in schizophrenia

The study has summarized principles of support for suicide risk assessment of persons suffering from schizophrenia, stating that the detection and prevention of suicidal behavior in patients with this disease is as important as the analysis of many aspects of this phenomenon to set up guidelines of anticipation of dramatic events. Thus a careful study will seek existential context of these patients with major potentially destructive circumstances such as lack of support, social isolation, hospitalization, and deterioration of health after a steady period of work before illness occurrence, cases of rejection, low external support or complete lack of it, family stress or instability. In complex or individually, each situation mentioned above may become a risk factor for suicide in patients with schizophrenia.

Key words: suicidal behavior, risk factors, detection and prevention.

Резюме

Тактика действий при суицидальном риске у лиц, страдающих шизофренией

В данном исследовании обобщены принципы оценки суицидального риска у лиц, страдающих шизофренией, подчеркивая, что своевременное выявление и предупреждение суицидального поведения у данной категории пациентов также важно, как и анализ многих аспектов этого феномена. Таким образом, тщательное исследование будет искать в экзистенциальном контексте этих больных обстоятельства, имеющие наиболее разрушающий эффект, такие как: социальная изоляция, госпитализация, ухудшение здоровья после повышенной активности до заболевания, низкая внешняя поддержка или полное её отсутствие, семейный стресс или нестабильность. В комплексе или индивидуально, каждая упомянутая выше ситуация может стать фактором риска суицида у пациентов с шизофренией.

Ключевые слова: суицидальное поведение, факторы риска, выявление и предупреждение.

În pofida eforturilor considerabile ale științelor medicale și a marilor progrese în farmacoterapia schizofreniei, rata de suicid în rândul pacienților cu schizofrenie rămâne alarmant de mare, astfel că preocuparea specialiștilor de a înțelege și a preveni comportamentul suicidar la pacienții marcați de această boală este la fel de importantă ca și analiza numeroaselor aspecte ale acestui fenomen din care să rezulte orientări clare de prevenire.

Pe parcursul timpului, au fost identificați mai mulți factori asociați cu suicidul în schizofrenie, dar tentativele de a identifica pacienții cu risc crescut până acum au produs prea multe rezultate fals-pozitive pentru a fi utile din punct de vedere clinic. Cu toate acestea, identificarea factorilor de risc este o tactică majoră pentru prezicerea și prevenirea suicidului.

Specialiștii au convenit unanim că pacientul cu schizofrenie care comite suicid este tânăr, de sex masculin, care niciodată nu a fost căsătorit, cu un premorbid bun, cu o depresie postpsihotică și un istoric de abuz de substanțe și tentative de suicid. În contextul existențial al acestor bolnavi se pot regăsi o serie de circumstanțe cu un înalt potențial distructiv: lipsa de speranță, izolarea socială, spitalizarea, deteriorarea sănătății după un nivel ridicat de funcționare înainte de îmbolnăvire, niște pierderi recente sau situații de respingere, sprijinul extern redus sau inexistent, stresul de familie sau de instabilitate. În complex sau în parte, fiecare dintre situațiile citate se pot manifesta ca factor de risc pentru suicid la pacienții cu schizofrenie. Sinucigașii schizofrenici, de obicei, au teamă de deteriorarea în continuare a sănătății mentale, au experiență fie de dependența excesivă față de tratament sau pierderea credinței în tratament.

O analiză recentă de sistematizare a factorilor de risc pentru schizofrenie și suicid [5] a identificat, în baza a 29 de studii relevante, 7 factori de risc înalt: tulburările depresive în antecedente (OR = 3.03, 95% CI = 2.06 - 4.46), tentativele anterioare de suicid (OR = 4.09, 95% CI = 2.79 - 6.01%), abuzul de droguri (OR = 3.21, 95% CI = 1.99 - 5.17), agitația sau neliniștea motorie (OR = 2.61, 95% CI = 1.54 - 4.41), teama de dezintegrare mentală (OR = 12.1, 95% CI = 1.89 - 81.3), tratamentul necorespunzător (OR = 3.75, 95% CI = 2.20 - 6.37), o pierdere recentă (OR = 4.03, 95% CI = 1.37 - 11.8).

Un risc redus de suicid s-a dedus pentru asocierea cu halucinații (OR = 0,5, 95% CI = 0.35-0.71), halucinațiile imperative nefiind un factor de risc independent, dar au crescut riscul la cei deja predispuși la suicid. În general, suicidul a fost mai puțin asociat cu simptomele de bază ale psihozei și mai mult cu simptome afective, agitație, precum și conștientizarea că boala a afectat funcția mentală.

Evaluarea riscului suicidar va include deci următoarele momente de suport:

a. Tulburările depresive anterioare și cele curente

Depresia, ca o stare sau un sindrom, este frecvent prezentă la persoanele cu schizofrenie, dar indiferent de aceste evidențe clinice inconfundabile, depresia este deseori subdiagnosticată și sub-tratată anume la pacientul schizofrenic. Cercetătorii au sugerat ca depresia poate servi atât ca un factor de stress, cât și ca unul de declanșare a comportamentului suicidar în rândul persoanelor cu schizofrenie [4]. Mai mult, depresia profundă, starea de spirit depresiv și lipsa de speranță sunt potențate de ideățiile suicidare specifice acestor bolnavi.

Ratele ridicate de tulburare depresivă majoră în rândul persoanelor cu schizofrenie au impus-o drept cerință pentru diagnosticul de tulburare schizoafectivă, mulți cercetători identificând dispoziția depresivă și disperarea drept componente importante ale comportamentului suicidar. Cele relevate au fost demonstrate prin faptul că preparatele antidepressive pot fi utilizate în mod eficient pentru tratarea depresiei, fără a produce o creștere a simptomelor psihotice [8], dar ele sunt încă subutilizate la acest contingent de risc. Un moment important este ca depresia, adesea mascată sau confundată cu simptomele negative sau efectele secundare ale medicamentelor, să fie identificată prin întrebări specifice.

Nu toate tentativele de suicid și suicidele în schizofrenie sunt declanșate de depresie, dar tratamentul psihologic și psihofarmacologic al depresiei joacă un rol important în prevenirea comportamentului suicidar în schizofrenie, de aceea evaluarea clinică pentru detecția semnelor și simptomelor de depresie este esențială. De altfel, depresia trebuie să fie tratată atât psihofarmacologic, cât și prin intervenții cognitive-comportamentale și psihosociale.

Aspectele legate de depresie în schizofrenie sunt, în general, diferențiate în funcție de momentul în care acestea apar în timpul episoadelor psihotice – simultan cu psihoza sau ca un fenomen „depresiv postpsihotic”. Acest din urmă sindrom a fost raportat ca fiind deosebit de relevant pentru riscul de suicid.

Corelarea clară a suicidului cu simptomatologia depresivă în schizofrenie a impus reconsiderarea acestui sindrom, care a devenit o țintă importantă a strategiilor terapeutice. Catamneza efectuată de Siris (1995) pe 30 de studii estimează rata depresiei ca fiind variabilă între 7% și 65%, cu o medie de 25%. Leff (1990) a considerat depresia din schizofrenie ca fiind de tip secundar, descriind 3 tipuri psihopatologice:

- reacție la ameliorarea simptomelor psihotice pozitive (conștientizarea bolii și, implicit, a gravității acesteia);
- pierderea capacității de comunicare, direct proporțională cu retracția autistă și pierderea independenței eului;
- simptomatologie acută și independentă, evoluând după episodul acut.

Plecând de la premisa că la aproximativ 2/3 din pacienții cu schizofrenie perioada prodromală conține depresie, au fost reconsiderate obiectivele terapeutice din episodul acut de schizofrenie, astfel că ameliorarea cogniției și conservarea afectivității ocupă un loc important, alături de simptomele pozitive.

Importanța depresiei în psihopatologia schizofreniei aduce la apel și o serie de elemente neurobiologice particulare, ce pot explica parțial și comportamentul de tip suicidar, acestea fiind încadrate în nivelele de vulnerabilitate ale bolnavilor predispuși să dezvolte schizofrenie.

Specialiștii anunță despre o **vulnerabilitate neurobiologică primară** [7], care include:

- anomalii ale sistemelor enzimatică presinaptice care determină un deficit de sinteză a dopaminei și/sau serotoninei, generând dezechilibre în DA/5-HT, obiectivate prin antecedente familiale pozitive pentru boala Parkinson, comportament violent sau autoagresiv și tendința spre adicție;
- deficitul transportorilor dopaminergici la nivelul striatumului și cortexului prefrontal, cunoscută fiind relația de modulare ierarhică între nivelul dopaminei din ganglionii bazali și cortexul frontal. Acest deficit la nivelul ganglionilor bazali deprivează de informație cortexul prefrontal, determinând sindrom hipometabolic frontal, acompaniat de depresie primară de tip frontal, acompaniată de simptome negative și cognitive și corelată semnificativ cu anomaliile de neurodezvoltare;
- scăderea semnificativă a nivelului de transmisie serotonergică, deficitul de serotonină fiind un marker important pentru comportamentul de tip suicidar;
- anomalii genetice receptorale dopaminergice, obiectivate parțial prin studii de farmacogenetică, ce antrenează efecte secundare importante ale medicației antipsihotice, cu reducerea semnificativă a complianței terapeutice.

Am punctat aceste detalii, deoarece evaluarea bolnavului schizofren se poate completa cu anumite teste specifice, ce se pot dovedi utile în aprecierea globală a unui asemenea bolnav. Perspectiva reperelor neurobiologice oferă o nouă abordare pentru înțelegerea comportamentului autodestructiv în rândul pacienților cu schizofrenie și oferă o bază pentru programele de screening, altele decât utilizând factorii de risc care sunt, de obicei, parte a evaluării clinice.

Spre exemplu, concentrațiile scăzute de serotonină metabolitului acidului

5-hidroxiindolacetic (5-HIAA) în lichidul cefalorahidian (LCR) sunt asociate cu un comportament suicidar la pacienții cu boli depresive și cu schizofrenie. Aceste constatări au furnizat dovezi pentru o asociere între funcția de serotonergică și suicid și a sugerat un rol în schizofrenie al medicamentelor cu efecte serotonergice.

b. Tentativele anterioare de suicid

Aceste tentative sunt un **factor de risc semnificativ** pentru suicid și astfel se impune o maximă vigilență medicală în perioada imediat următoare extrinării din spital, deoarece pacienții cu schizofrenie, de obicei, au trecut printr-o stare de lipsă de speranță și o demoralizare în acest timp, iar externarea din spital de multe ori înseamnă pierderea mediului spitalicesc și oamenii care, într-un fel, au devenit un element central în viața lor. Numărul de spitalizări în psihiatrie, care sunt de obicei mai mari în rândul pacienților care au avut tentative de suicid, poate indica o boală severă recurentă și deci un risc înalt de suicid.

c. Conștientizarea maladiei și riscul de suicid

Conceptul de *conștientizare* a fost întotdeauna un pilon în nomenclatura neuropsihiatrică, însă doar recent în definiția acestuia s-au regăsit cele trei aspecte componente: gradul de conștientizare a bolii, gradul de conștientizare a necesității tratamentului și, cel mai dramatic, conștientizarea consecințelor tulburărilor mintale instalate [1].

Nivelul gradului bazal de conștientizare a bolii, conform unor studii solide, a fost asociat cu un risc crescut de comportament suicidar, dar pe măsura îmbunătățirii în continuare a gradului de conștientizare în perioada de supraveghere riscul de comportament suicidar s-a diminuat, deoarece s-a ameliorat o altă componentă de esență – s-a redus sau a dispărut disperarea. Astfel, se poate spune cu certitudine că gradul de conștientizare a bolii este într-adevăr asociat cu un risc crescut de suicid în această categorie de bolnavi, dar numai în cazul în care conștientizarea degradează spre disperare generată de varia motive reale sau imaginare. De aceea, eforturile de recuperare prin psihoterapie, prin suportul medicației antidepressive au reale implicații pozitive în prognosticul bolnavului care atinge un grad înalt de conștientizare a bolii, dar care este ajutat să depășească disperarea cu privire la nivelul de funcționare premorbidă și amploarea declinului în funcționare în raport cu această capacitate premorbidă.

Implicațiile clinice ale acestor constatări trebuie să fie luate în calcul la evaluarea primară a bolnavului cu schizofrenie, precum trebuie să fie analizată cu atenție ideea suicidară și lipsa de speranță pe tot parcursul bolii lor, în special în cazul în care s-a reușit îmbunătățirea gradului de sensibilizare cu privire la orice aspect al bolii.

În plus, deși îmbunătățirile în perspectivă sunt adesea strâns legate de îmbunătățiri pe mai multe dimensiuni clinice, trebuie să lucrăm judicios atunci când ne străduim să creștem o perspectivă la pacienții cu alți factori de risc, cum ar fi vârsta tânără și un declin considerabil de la nivelul premorbid de funcționare. Există un interval extrem de dificil pe care persoanele diagnosticate cu schizofrenie trebuie să-l treacă până să ajungă la un acord cu ceea ce s-a pierdut odată cu debutul bolii lor. Magnitudinea sentimentului de

pierdere este determinată de mai mulți factori, dar urmărind și guvernând acest proces, putem evalua mai bine riscul relativ pentru acești pacienți și putem interveni categoric în prevenirea unor mari drame umane, care diferă mult de la caz la caz.

d. Formele și simptomele schizofreniei ca factori de risc

Există simptome clinice sau subtipuri ale bolii, care sunt asociate cu suicid și care ar putea servi ca indicatori de pericol de suicid. O serie de simptome, în general, indică pericolul de suicid indiferent de diagnostic. Simptomele depresive au fost deja abordate, dar acestea coexistă frecvent cu simptome de anxietate. Anxietatea, precum s-a remarcat demult, contribuie la suicid în depresia postpsihotică, iar comorbiditatea cu atacuri de panică a fost asociată cu rate de suicid mai mare la pacienții cu schizofrenie. Suicidul s-a corelat frecvent cu agitația psihomotorie și neliniștea, teama de dezintegrare mintală care, dacă este prezentă, prezice suicidul cu un raport de cote de 12:1.

Schizofrenia este o boală de heterogenitate considerabilă, de aceea s-au realizat multiple încercări pentru a diferenția subtipuri. În ceea ce privește suicidul, subtipurile clasice de schizofrenie paranoidă, catonică, hebefrenică și nediferențiată nu par a fi de importanță. Andreasen și Olsen diferențiază schizofrenia pozitivă, negativă și mixtă, adunând chiar unele dovezi pentru o corelație slabă negativă între simptomele pozitive și, prin urmare, schizofrenia pozitivă și suicid. O altă tipologie a fost concepută de către Crow, care a diferențiat tipul I de sindroame în schizofrenie, echivalent cu schizofrenia acută, și tipul II, echivalent cu stările de defect. Dar nici unul dintre cele relevate nu se poate considera sindromul specific, în schimb evoluția bolii, recidivele frecvente, o mare severitate a bolii, o diminuare drastică în funcționarea socială și profesională și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar specifici în schizofrenie [3].

Se instrumentează, de asemenea, mai multe moduri de a clasifica pacienții suicidari și multe dintre aceste tipologii sunt aplicabile în cazul acestora. De exemplu, o tipologie de diferențiere a fost propusă cu privire la metodele de suicid, „dură” și „moale”, apoi și o tipologie etică bazată pe rolul unui clinician în procesul suicidar, și o tipologie sociologică care să reflecte nivelul social al integrării sociale și reglare morală. Utilitatea clinică a tuturor acestor tipologii pentru estimarea riscului de suicid pare a fi limitată, același lucru este valabil pentru diferențierea dintre suicidul unic, suicidul extins și comportamentul suicidar.

e. Simptomele pozitive și cele negative ca factori de risc suicidar în schizofrenie

Pentru înțelegerea tulburărilor psihice și a deosebirilor potențiale dintre diferitele tipuri de tulburări psihice, diferențierea în simptome pozitive și negative a devenit un factor-cheie. Simptomele pozitive

se referă la realitatea denaturării flagrante, cum ar fi psihoză (iluzii și/sau halucinații) și dezorganizarea/tulburarea de gândire formală. Simptomele negative se referă la sărăcia de exprimare și atenuarea afectului. Un al treilea tip de simptome grupate implică tulburări neurocognitive sau deficite cognitive (gândirea rigidă și lentoarea proceselor). Distincția dintre simptomele pozitive și negative a fost făcută inițial de către Hughlings Jackson, Kraepelin fiind cel care a formulat tulburarea pe care noi acum o numim „schizofrenie”, ca o demență precoce – debut marcat de o evoluție clinică deteriorată. În atenția cercetătorilor și clinicienilor s-au impus astfel simptomele cele mai flagrante și dramatic pozitive – halucinații, iluzii și dezorganizare/tulburare de gândire formală – ca principale componente ale schizofreniei.

Prin urmare, evaluarea riscului suicidar în cazul bolnavului cu schizofrenie trebuie să se efectueze sub diferite aspecte și să ia în calcul toate momentele relevante în cadrul acestei alocuțiuni ca fiind factori sau circumstanțe ce pot sugera gradul de risc căruia se expune la moment sau care planează pentru viitorul apropiat sau mai îndepărtat al unui bolnav schizofrenic.

Concluzii

1. În pofida progreselor esențiale ale terapiei complexe a bolnavilor cu schizofrenie, ratele de suicid în rândul acestui grav contingent rămân alarmant de mari peste tot în lume, indiferent de nivelul de dezvoltare a serviciilor specializate din diferite state.

2. Preocuparea specialiștilor de a înțelege și a preveni comportamentul suicidar la pacienții marcați de această boală este la fel de importantă ca și analiza numeroaselor aspecte ale acestui fenomen, din care să rezulte orientări clare de prevenire.

3. În contextul existențial al acestor bolnavi se pot regăsi o serie de circumstanțe cu un major potențial distructiv: lipsa de suport, izolarea socială, spitalizarea, deteriorarea sănătății după un nivel ridicat de funcționare înainte de îmbolnăvire, niște pierderi recente sau situații de respingere, sprijinul extern redus sau inexistent, stresul de familie sau de instabilitate. În complex sau în parte, fiecare dintre situațiile citate se pot manifesta pe poziția de factor de risc pentru suicid la pacienții cu schizofrenie.

4. În general, suicidul a fost mai puțin asociat cu simptomele de bază ale psihozei și mai mult cu simptome afective, agitație, precum și cu gradul de conștientizare a faptului că boala a afectat funcția mentală.

5. Evoluția bolii, recidivele frecvente, o mare severitate a bolii, o diminuare drastică în funcționarea socială și profesională și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar, specifici schizofreniei.

Bibliografie

1. Amador X.F., Kronengold, *Understanding and Assessing Insight*. In: *Insight and Psychosis*. 2nd edition. Edited by Amador X, David A. New York: Oxford University Press; 2004.
2. Correa H., Duval F., Mokrani M.C., Bailey P., Tremeau F., Staner L., Diep T.S., Crocq M.A., Macher J.P., *Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia*, in: *Schizophr. Res.*, 2002, nr. 56, p. 75-85.
3. Drake R.E. *Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients*, in: *Suicide in schizophrenia*. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P., New York: Nova Science Publishers Inc, 2006: in press.
4. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A., Venarde D.F., Mann J.J., *Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression*, in: *Suicide Life Threat Behav*, 2004, nr. 34, p. 66-76.
5. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J.J., *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*, in: *Br. J. Psychiatry* 2005, nr. 187, p. 9-20.
6. Kelly D.L., Shim J.C., Feldman S.M., Yu Y., Conley R.R., *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death*, in: *J. Psychiatr. Res.* 2004, nr. 38, p. 531-356.
7. Marinescu D., Udristoiu T., Udristoiu I., *Pentru evaluarea riscului suicidar în schizofrenie*, în: *Jurnalul Român de Psihofarmacologie*, vol. 6, nr. 1, 2, p. 22-23.
8. Meltzer H.Y., *Suicidality in schizophrenia: pharmacologic treatment*, in: *Clin. Neuropsychiatry*, 2005, nr. 2, p. 76-83.
9. Meltzer H.Y., *Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options*, in: *Curr. Psychiatry Rep.*, 2002, nr. 4, p. 279-283.
10. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D., Green A.I., Kane J.M., Knesevich M.A., Lieberman J.A., Lindenmayer J.P., Potkin S.G., *Intervention strategies for suicidality*, in: *J. Clin. Psychiatry*.
11. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M., *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*, in: *Arch. Gen. Psychiatry*, 2005, nr. 62, p. 247-53.
12. Pompili M., *Suicide risk in schizophrenia*, in: *Suicide in schizophrenia*. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P., New York: Nova Science Publishers Inc; 2006: in press.
13. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P., Tatarelli R., *Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients*, in: *Int. J. Psychiatry Med.*, 2005, nr. 35, p. 171-190.

Prezentat la 17. 10. 2011

Oleg Țurcanu, doctorand

șef secție triaj,

IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie

or. Chișinău

tel.: 85-73-70

E-mail: oleg.turcanu@gmail.com

ПРОФИЛАКТИКА РЕВМАТОИДНОГО АРТРИТА

И. В. ЦЫБЫРНЭ, В. Н. АНДРЕЕВ
Государственный университет медицины
и фармации им. Н. Тестемичану

Summary

Prevention of Rheumatoid Arthritis

The lecture treats, at a contemporary scientific level, the problems of incidence, pathophysiology and causes, clinical picture, – this depending on the stage and variant of the disease progression. Methods of instrumental and paraclinical diagnoses, differential diagnosis, treatment with basic, biological, etc. drugs both in hospital and out-patient settings, an active screening and follow-up in the primary health care institution to prevent exacerbations of chronic rheumatoid arthritis are discussed.

Key-words: *rheumatoid arthritis, pathophysiology, causes, diagnosis, clinical picture, treatment, prevention.*

Rezumat

Profilaxia artritei reumatoide

Prelegerea tratează, la un nivel științific contemporan, problemele incidentei, etiologiei, patofiziologiei, tabloului clinic, acestea fiind în dependență de etapa și varianta de evoluție a artritei reumatoide. Sunt discutate metodele de diagnosticare instrumentală și paraclinică, diagnosticul diferențial, tratamentul cu preparate de bază, cu agenți biologici etc., atât în condiții de staționar, cât și de ambulatoriu, screeningul activ în vederea prevenirii exacerbării artritei reumatoide cronice.

Cuvinte-cheie: *artrită reumatoidă, etiologie, patofiziologie, diagnostic, clinică, tratament, profilaxie.*

Ревматоидный артрит (РА) – аутоиммунное заболевание неизвестной этиологии, характеризующееся развитием хронического эрозивного артрита (синовита) и системным воспалительным поражением внутренних органов (Е. Л. Насонов и соавт., 2008).

РА является хроническим аутоиммунным заболеванием, которое может привести к тяжелым формам инвалидности в связи с необратимыми повреждениями суставов, сухожилий и костей (S. V. Chen et al., 2010). Распространенность РА в разных странах мира составляет в среднем 0,5-5%, чаще у женщин в возрасте после 40-50 лет и у лиц пожилого возраста (Е. Л. Насонов и соавт., 2008; L. Carmona et al., 2010). Причины развития РА точно не установлены до настоящего времени. В. А. Насонова (2000) считает, что развитие системных заболеваний соединительной ткани обусловлено взаимодействием инфекционных, генетических, эндокринных и внешнесредовых факторов при ведущем значении одного или нескольких в различных сочетаниях. Е. Märken-Hermann et al. (2010) считают, что причиной развития РА является инфекция, в частности вирусы – парвовирус В19 в Европе и Северной Америке и альфа-вирус в Африке и Австралии.

М. Ogrendik, N. Karagoz (2011) у больных РА в сыворотке крови и синовиальной жидкости выявляли высокий уровень антител к анаэробной бактерии. После лечения рокситромицином по 300 мг в день в течение 6 мес. наступило значительное улучшение всех симптомов РА.

Причинами развития РА может быть неблагоприятная окружающая среда, различные токсины, в том числе компоненты табака у курильщиков, полисахариды, угольная пыль и др.

К неспецифическим причинам РА относят травмы, аллергены и др. Потенциальными артритогенными причинами могут быть эндогенные аутоантигены – цитруллированные белки и пептиды, белки коллагена типов II, IX, X, XI, XII, протеогликаны и др. Предполагается, что вышеперечисленные факторы играют не прямую, а опосредованную роль в развитии РА, взаимодействуя с генетической предрасположенностью.

D. L. Scott et al. (2010) считают, что 50% риска развития РА связаны с генетическими факторами. Так, имеется связь между полиморфизмом генов N-methy-ДНК, гликозилазы (M.P.G.), VPERB-1 и развитием РА, считают S. V. Chen et al. (2010), S. H. Vimala. (2010) и др. Более того, S. V. Chen et al. (2010) утверждают, что люди с генотипом RS 2858056 SNP могут иметь высокий риск развития РА и что полиморфизм генов RS 710079 и RS 2858056 связаны с прогрессированием РА.

Патогенез

Патологическую активизацию иммунной системы в ответ на патогенные артритогенные антигены, а нередко и физиологические стимулы, составляет аутоиммунное воспаление синовиальной оболочки суставов. В дальнейшем в полости суставов образуются фолликулы, состоящие из лимфоидных клеток, которые начинают синтезировать аутоантитела к компонентам синовиальной оболоч-

ки. Антитела и иммунные комплексы еще больше усиливают воспалительную реакцию, вызывают прогрессирование поврежденных тканей – гиперплазию синовиальной оболочки, разрушение суставного хряща и субхондральной кости.

Увеличение синтеза противовоспалительных медиаторов (цитокинов, неоптерина, циркулирующих аутоантител, клеточных молекул адгезии и др.), поддерживающих воспаление, вызывает дальнейшую деструкцию суставов.

Прогрессирование РА условно подразделяется на несколько стадий – *ранняя, развернутая, поздняя*. На поздних стадиях в патогенезе РА начинают преобладать автономные процессы, обусловленные мутацией синовиальных фибробластов и дефектами апоптоза.

M. G. Van de Sande et al. (2010) сомневаются в том, откуда начинается болезнь РА – с синовиальной оболочки или с других мест в организме. Они показали, что аутоиммунный процесс предшествует синовиальному воспалению у людей с повышенным риском, но без признаков РА (положительные воспалительные аутоиммунные тесты при нормальной синовиальной оболочке при биопсии). C. Turesson et al. (2010) в доклинической фазе РА также выявляли антитела и другие провоспалительные параметры.

В зависимости от клинической картины, отличающейся большим полиморфизмом, у взрослых выделяют три фазы РА:

1. моно- или олигоартрит с преимущественным поражением крупных суставов (чаще коленных) и полиартрит с поражением мелких суставов кистей и стоп;

2. РА с висцеритами, когда поражаются не только суставы, но и внутренние органы (более подробно о поражении внутренних органов при РА в книгах под редакцией Liliana Gorrá, 2006, и Е. Л. Насонова, В. А. Насоновой, 2008);

3. РА в сочетании с первичным деформирующим артритом или ревматизмом.

Различают также варианты течения РА: *легкий, умеренно-тяжелый и тяжелый*.

Для уточнения диагноза РА, помимо клинических данных, применяют инструментальные и лабораторные методы исследования.

К инструментальным относят обычную рентгенографию сустава, доплеровскую ультразвуковую, магниторезонансную томографию, ультразвуковое сканирование, компьютерную томографию и др.

Так, С. Botar-Jid et al. (2010) доплерультрасонографией определял выпот, отек, эрозии синовиальной мембраны примерно после 3 месяцев продолжительности появления симптомов РА.

К лабораторным методам относят определение СОЭ, СРБ, РФ, цитруллированного пептида и анти-цитруллированных пептидных антител (АСРА), ангиопоэтина-1, исследование синови-

альной жидкости (концентрация цитокинов, липидных медиаторов, активных форм кислорода, протеолитических ферментов и др.), биопсию синовиальной оболочки и т. д.

По данным S. Luban, Z. G. Li (2010), L. Gossec et al. (2010), A. Ishikawa et al. (2011), L. M. Da-Mota et al. (2010) и др., вышеперечисленные лабораторные параметры при РА были положительными, с повышенными концентрациями и играют важную роль в ранней диагностике РА. Проводится также дифференциальная диагностика с другими заболеваниями суставов (остеоартрит, подагрический артрит, псориатический артрит и др.).

Лечение

Лечение особенно умеренно-тяжелых и тяжелых вариантов течения РА проводится базисными препаратами в стационарных условиях. К базисным средствам относят метотрексат, сульфасалазин, гидроксихлорохин (плаквенил) и др. К другим следует отнести азатиоприн, пеницилламин, циклоспорин А, циклофосфамид, хлорбутил, которые применяются редко из-за их токсичности.

R. R. Brinker, P. Ranganathan (2010) считают, что метотрексат является первой линией лечения РА. Метотрексат в целом считается эффективным препаратом в лечении больных РА в Дании, утверждают A. DeThurah et al. (2011). Однако С. Bansard et al. (2011) пишут, что 30-40% пациентов РА устойчивы к метотрексату. Поэтому при лечении РА применяют комбинации базисных средств – метотрексата и сульфасалазина, метотрексата и плаквенила и т. д.

Прием базисных средств продолжают и после снижения активности заболевания и достижения ремиссии, но дозу/дозы снижают. У больных получивших базисные препараты продолжительность ремиссии была дольше, чем у не получивших.

Однако при длительном лечении базисными препаратами могут возникнуть побочные явления – повышение артериального давления, креатинина и других даже потенциально опасных для жизни. Поэтому необходимо постоянно контролировать состав крови, мочи, функцию органа зрения. При угрожающих жизни состояниях препараты немедленно отменяются.

D. L. Scott et al. (2010) предлагают для снятия боли, уменьшения синовита, системного воспаления, улучшения функции органов и смягчения побочных явлений сочетать базисные препараты с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП). Так, S. Ramiro et al. (2011) проводили комбинированную терапию РА, особенно при болевом синдроме, анальгетиками или двумя препаратами НПВП с метотрексатом или с сульфасалазином, или плаквенилом. При такой комбинации лекарств результаты были намного

лучше, чем при монотерапии метотрексатом или другими базисными препаратами.

В лечении РА применяют и биологические препараты – адалимумаб, инфликсимаб, этанерцепт и др. – как в монотерапии, так и в комбинации с базисными препаратами.

J. M. Kremer et al. (2011) сообщают, что после неадекватного лечения РА метотрексатом был применен биологический препарат абатацепт в течение 3 лет. Эффективность была устойчивой в течение 3 лет.

A. M. Patel, L. W. Moreland (2010) применяли при активном РА биопрепарат тоцилизумаб (TCZ) с клинической эффективностью. При комбинированном лечении РА метотрексатом и биопрепаратом наступило значительное улучшение клинических и структурных результатов, утверждает V. Tanaka (2011). Однако N. J. Welton et al. (2011) рекомендуют и дальше продолжать исследования по применению биологических препаратов – новых методов лечения РА.

В легких случаях РА в поликлинических условиях основным лечением могут быть НПВП, целебрекс и др. (Е. И. Дормидонтов и соавт., 1981; Е. Л. Насонов, 2001; А. Е. Каратеев, 2001; D. L. Scott et al., 2010 и др.).

По данным Е. И. Дормидонтова и соавт. (1981), достаточная эффективность отмечалась при применении пирозолоновых производных (бутадион) и индометазина, а также комбинации салицилатов с пирозолоновыми препаратами при лечении РА. Е. И. Дормидонтов и соавт. (1981) рекомендуют противовоспалительные препараты принимать полной дозой в период обострения, а в дальнейшем снизить дозу/дозы наполовину и продолжать принимать в периоде затихания 1-2 мес., а затем периодически. Е. Л. Насонов (2001), А. Е. Каратеев (2001) предлагают РА лечить длительное время целебрексом, который по эффективности не отличается от НПВП, но обладает низкой токсичностью на желудочно-кишечный тракт, почки и сердечно-сосудистую систему. При неэффективности лечения РА базисными препаратами и НПВП назначали глюкокортикоиды в малых дозах.

I. L. Engvall et al. (2011) лечили РА низкими дозами (5-7 мг в сутки) преднизолона в течение 2 лет с эффективными клиническими результатами (осуществлялся контроль за сахаром крови).

При хроническом активном течении синовиита РА применяют локальную (внутрисуставную) терапию. Н. А. Насонова, Е. Л. Насонов и соавт. (2003) рекомендуют вводить в сустав лекарства не чаще одного раза в три месяца. Так, A. Szabó et al. (2011) при РА в сустав вводили глюкокортикоиды, Г. Г. Жамболтарова, Ю. А. Олюнин (2001) – кортикоиды и радиоизотопы, Т. Daikeler, A. Tyndall (2011) – гемопоэтические стволовые клетки (всего в мире введено 1500 пациентам при тяжелых вариантах течения), получая клинические и морфологиче-

ские улучшения. Полезность внутрисуставной генной терапии при РА подтверждают и С. Н. Evans et al. (2011). К сожалению, эффективность введенных внутрисуставных лекарств длится не продолжительное время.

В программе реабилитационных мероприятий с учетом активности процесса применяют физические (лечебная физкультура, массаж, трудотерапия и др.), физиотерапевтические (компрессы водного раствора гелей или мази диметилсульфоксида, электрофорез), лазерное облучение аппаратом «Узор-макси» и т. д.

Больные РА находятся под систематическим наблюдением семейного, участкового врача. В поликлинических условиях проводится длительное лечение лекарственными препаратами. Подбор дозировки оптимального препарата больным можно проводить не только в стационаре, если первоначальное лечение там было проведено, но и в условиях поликлиники.

Наряду с рациональным трудоустройством и рекомендациями в отношении нагрузок в быту, важное значение в профилактике обострений и прогрессирования болезни придается своевременной санации органов инфекции. В условиях поликлиники, наряду с приемом лекарственных препаратов, также проводятся физические, физиотерапевтические и др. мероприятия.

В трехэтапном лечении больных РА, особенно в период ремиссии, важное значение имеет курортное лечение с применением природных факторов (Сочи, Мацеста, Пятигорск, Хмельник, Одесса, Евпатория, Кагул (Молдова) и др.

При длительности болезни более 15 лет около 80% больных РА переводят в инвалиды I, II групп (Е. Л. Насонов и соавт., 2008). Подытоживая, следует отметить, что еще недостаточно изучены причины, патогенез развития РА. Подлежат совершенствованию методы лечения базисными, биологическими и др. препаратами, и мероприятия как в клинических, так и поликлинических условиях, выявления у людей повышенного риска и раннего заболевания РА, проведение профилактического лечения и т. д.

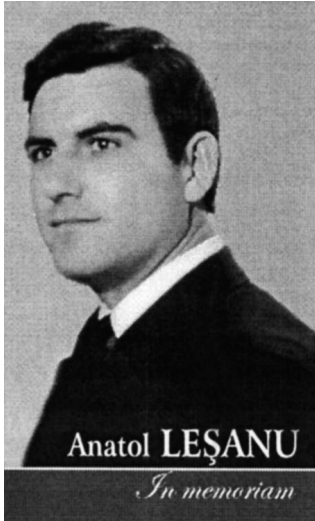
Литература

1. Дормидонтов Е. И. и соавт., *Ревматоидный артрит*. Москва, 1981.
2. Жамболтарова Г. Г., Олюнин Ю. А., *Локальная инъекционная терапия ревматоидного артрита*, в: Тер. архив, 2001, № 5, с. 52-55.
3. Каратеев А. Е., Насонова В. А., Муравьев Ю. В., *Прием нестероидных противовоспалительных препаратов и риск развития злокачественных опухолей в верхних отделах желудочно-кишечного тракта*, в: Тер. архив, 2001, № 12, с. 71-77.
4. Насонова В. А., *Системные заболевания соединительной ткани. Этиология, патогенез*, в: Врач, 2000, № 9, с. 3-5.
5. Насонова В. А., Халтаев Н. Г., *Международное десятилетие болезней костей и суставов (2000-2010)*

- *многодисциплинарная акция*, в: Тер. архив, 2001, № 5, с. 5-8.
6. Насонов Е.Л., *Современные направления иммунологических исследований при хронических воспалительных и аутоиммунных заболеваниях человека*, в: Тер. архив, 2001, № 8, с. 43-46.
 7. Насонов Е.Л., Насонова В.А., *Рациональная фармакотерапия ревматических заболеваний*, 2003.
 8. Насонов Е.Л., Каратеев Д.Е., Балабанова Р.М., *Ревматоидный артрит. Ревматология, национальное руководство*, 2008, с. 331-390.
 9. Bansard C., Lequerré T., Derambure C., Vittecoq O., Hiron M., et. al., *Gene profiling predicts rheumatoid arthritis responsiveness to IL-1Ra (anakinra)*, in: *Rheumatology (Oxford)*. 1 Feb; nr 50(2), p. 283-92. Epub. 2010 Nov 8.
 10. Botar-Jid C., Bolboaca S., Fodor D., Bocsa C., Tamas M.M., Micu M., Dudea S.M., Vasilescu D., Badea R., *Gray scale and power Doppler ultrasonography in evaluation of early rheumatoid arthritis*, in: *Med. Ultrason.*, 2010 Dec; nr. 12(4), p. 300-305.
 11. Brinker R.R., Ranganathan P., *Methotrexate pharmacogenetics in rheumatoid arthritis*, in: *Clin. Exp. Rheumatol.*, 2010 Sep.-Oct.; nr. 28(5 Suppl. 61), p. 33-39. Epub 2010 Oct 28. Review.
 12. Carmona L., Cross M., Williams B., Lassere M., March L., *Rheumatoid arthritis*, in: *Best Pract. Res. Clin. Rheumatol.*, 2010 Dec; nr. 24(6), p. 733-745. Review.
 13. Chen S.V., Wan L., Huang C.M., Huang V.C., Sheu J.J., Lin V.J., Liu S.P., Lan V.C., Lai C.H., Lin C.W., Tsai C.H., Tsai F.J., *Genetic polymorphism of the DNA repair gene MPG may be associated with susceptibility to rheumatoid arthritis*, in: *J. Appl. Genet.*, 2010; nr. 51(4), p. 519-521.
 14. Daikeler T., Tyndall A., *Stem cell treatment of autoimmune disease*. *Dtsch Med Wochenschr*, 2011 Aug; nr. 136(33), p. 1684-1686. Epub. 2011 Aug. 10. Review. German. PubMed.
 15. Evans C.H., Ghivizzani S.C., Robbins PD. *Getting arthritis gene therapy into the clinic*, in: *Nat. Rev. Rheumatol.*, 2011 Apr; nr. 7(4), p. 244-249. Epub 2010 Dec 7.
 16. Engvall I.L., Brismar K., Hafström I., Tengstrand B., *Treatment with low-dose prednisolone is associated with altered body composition but no difference in bone mineral density in rheumatoid arthritis patients: a controlled cross-sectional study*, in: *Scand. J. Rheumatol.*, 2011 May; nr. 40(3), p. 161-168. Epub 2010 Nov 16.
 17. Gossec L., Combescuré C., Rincival N., Saroux A., Combe B., Dougados M., *Relative clinical influence of clinical, laboratory, and radiological investigations in early arthritis on the diagnosis of rheumatoid arthritis. Data from the French Early Arthritis Cohort ESPOIR*, in: *J. Rheumatol.* 2010 Dec; nr. 37(12), p. 2486-2492. Epub 2010 Oct 15.
 18. Groppa Liliana, *Actualități în Medicina Internă*, 2006, Chișinău.
 19. Ishikawa A., Okada J., Nishi K., Hirohata S., *Efficacy of serum angiopoietin-1 measurement in the diagnosis of early rheumatoid arthritis*, in: *Clin. Exp. Rheumatol.* 2011 Jul-Aug; nr. 29(4), p. 604-608. Epub 2011 Aug 30.
 20. Kremer J.M., Russell A.S., Emery P., Abud-Mendoza C., Syechinski J., Westhovens R., Li T., Zhou X., Becker J.C., Aranda R., Peterfy C., Genant H.K., *Long-term safety, efficacy and inhibition of radiographic progression with abatacept treatment in patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to methotrexate: 3-year results from the AIM trial*, in: *Ann Rheum Dis.* 2011 Oct; nr. 70(10), p. 1826-1830. PubMed.
 21. Luban S., Li Z.G., *Citrullinated peptide and its relevance to rheumatoid arthritis: an update*, in: *Int. J. Rheum. Dis.*, 2010 Oct; nr. 13(4), p. 284-287.
 22. Märker-Hermann E., Schütz N., Bauer H., *Viral arthritides*, in: *Z. Rheumatol.*, 2010 Dec; nr. 69(10), p. 871-878. German.
 23. Märker-Hermann E., Schmidt R.E., *Infection: causes, triggers and complications of rheumatic disease*, *Z. Rheumatol.*, 2010 Dec; nr. 69(10), p. 863. German.
 24. daMota L.M., dos Santos Neto L.L., Burlingame R., Ménard H.A., Laurindo I.M., *Laboratory characteristics of a cohort of patients with early rheumatoid arthritis*, in: *Rev Bras Reumatol.*, 2010 Aug; nr. 50(4), p. 375-388. English, Portuguese.
 25. deThurah A., Norgaard M., Stengaard-Pedersen K., *Methotrexate treatment of rheumatoid arthritis in Denmark*, in: *Ugeskr. Laeger.*, 2011 Sep 5; nr. 173(36), p. 2187-2189, Danish.
 26. Ogrendik M., Karagoz N., *Treatment of rheumatoid arthritis with roxithromycin: a randomized trial*, in: *Postgrad. Med.*, 2011 Sep; nr. 123(5), p. 220-227.
 27. Patel A.M., Moreland L.W., *Interleukin-6 inhibition for treatment of rheumatoid arthritis a review of tocilizumab therapy*, in: *Drug Des. Devel. Ther.*, 2010 Oct 1; nr. 4, p. 263-278. Review. Pub. Med.: 21116333.
 28. Ramiro S., Radner H., van der Heijde D., van Tubergen A., Buchbinder R., Aletaha D., Landewé R.B., *Combination therapy for pain management in inflammatory arthritis (rheumatoid arthritis, ankylosing spondylitis, psoriatic arthritis, other spondyloarthritis)*, in: *Cochrane Database Syst. Rev.*, 2011 Oct 5; (10):CD008886. Review.
 29. van de Sande M.G., de Hair M.J., van der Leij C., Klarenbeek P.L., Bos W.H., Smith M.D., Maas M., de Vries N., van Schaardenburg D., Dijkmans B.A., Gerlad D.M., Tak P.P., *Different stages of rheumatoid arthritis: features of the synovium in the preclinical phase*, in: *Ann. Rheum. Dis.*, 2011 May; nr. 70(5), p. 772-777. Epub 2010 Dec 21.
 30. Scott D.L., Wolfe F., Huizinga T.W., *Rheumatoid arthritis*, in: *Lancet*. 2010 Sep 25; nr. 376(9746), p. 1094-1108. Review.
 31. Szabó A., Zelkő R., Antal I., *Treatment of rheumatic diseases with intraarticular drug delivery systems*, in: *Acta Pharm. Hung.*, 2011; nr. 81(2), p. 77-86. Review.
 32. Tanaka V. *Anti-RANKL antibody for the treatment of rheumatoid arthritis*, in: *Clin. Calcium.*, 2011 Aug; nr. 21(8), p. 1223-9. Review. Japanese.
 33. Turesson C., Bergström U., Jacobsson L.T., Truedsson L., Berglund G., Saxne T., *Increased cartilage turnover and circulating autoantibodies in different subsets before the clinical onset of rheumatoid arthritis*, in: *Ann Rheum. Dis.*, 2011 Mar; nr. 70(3), p. 520-522. Epub 2010 Nov 15.
 34. Vim S.H., Chung V.J., Jin E.H., Shim S.C., Kim J.V., Kim V.S., Hu H.J., Shin S.H., Pae H.O., Zouali M., Chung H.T., *The potential role of VPREB1 gene copy number variation in susceptibility to rheumatoid arthritis*, in: *Mollimmunol.*, 2011 Jun; nr. 48(11), p. 1338-1343. Epub 2010 Dec 7.
 35. Welton N.J., Madan J., Ades A.E., *Are head-to-head trials of biologics needed? The role of value of information methods in arthritis research*, in: *Rheumatology (Oxford)*, 2011 Sep; nr. 50, Suppl 4, p. 19-25.

DESPRE
O MONOGRAFIE PLINĂ DE SUFLET:
ANATOL LEȘANU. IN MEMORIAM
(CHIȘINĂU, 2011)

Romeo ȘCERBINA



Această monografie este deosebită prin felul de comemorare a unui fost coleg-medic, conferențiar universitar **Anatol Leșanu**. Este o lucrare plină de suflet și retrăiri frumoase. Fiecare pagină este încărcată de dragoste, emoțiile te copleșesc la citirea lor. Autorii – feciorul *Victor* și fiica *Tatiana Leșanu* – au adus un omagiu tatălui, încercând să immortalizeze chipul omului drag în timp și istorie.

Dar s-o luăm de la început. Însuși *cuprinsul* acestei cărți evocă momente importante din viața unui om – origini, debut și, mai ales, aprecierile care urmează, aduse de persoane notorii ale medicinei autohtone, accentuând chipul acestui OM care, deși a trăit doar 62 de ani, a lăsat o urmă adâncă în medicina autohtonă și în viața de toate zilele. *Tablelul cronologic* prezintă un *curriculum vitae* cu enumerarea etapelor principale ale vieții.

Născut la Băhrinești, raionul Florești, Anatol Leșanu a avut o biografie caracteristică și pentru alte sute de compatrioți din anii imediat postbelici: școala, lucrul în colhoz, serviciul militar. În 1968 devine student la Institutul (pe atunci) de Stat de Medicină, apoi absolvent al promoției 1974. Urmează internatura pe chirurgie, apoi, de la 1977, activitatea la Catedra de Igienă Socială și Organizare a Ocrotirii Sănătății, unde parcurge etape frumoase și împliniri profesionale remarcabile până în ziua de 27.07.2003, când a decedat subit în urma unui atac de cord.

Maria Cosniceanu, doctor în filologie, dă o apreciere științifică a numelui *Leșanu*, provenit de la *Leh*, strămoșul legendar al polonilor și nume de localitate, iar sufixul „*anu*” arată originea purtătorului acestui nume, care, la momentul investigației, întrunea 424 de persoane. Urmează o istorie a Catedrei de Sănătate Publică și Management Sanitar *Nicolae Testemițanu*, scrisă de conf. Iulian Grosu, unde a activat Anatol Leșanu, fiind înconjurat de nume-legende ale medicinei moldave: Nicolae Testemițanu, Mihail Gehtman, Ion Prisăcaru, Eugen Popușoi, Vladimir Kant ș. a.

Monografia mai cuprinde și autoreferatul tezei de doctor în medicină, susținută la Moscova. Din aprecierile vieții și activității lui Anatol Leșanu, semnate de Andrei Usatâi, Ministrul Sănătății, Ion Ababii, academician al AȘ a RM, profesor universitar, rector al USMF *Nicolae Testemițanu*, profesorii Petru Galețchi, Ion Prisăcaru, academicianul Gheorghe Ghidirim, prof. Constantin Ețco, Dumitru Tintiuc și mulți alții, se desprinde chipul lui Anatol Leșanu – patriot, savant, Om de omenie.

Acest chip este bine conturat și de amintirile prietenilor, rudelor. E cutremurătoare scrisoarea fiului Victor, care este copleșit de dragoste și amintiri legate de numele tatălui. Răscolitoare sunt versurile soției Tamara Leșanu, care nu se poate împăca nici astăzi cu plecarea soțului iubit. Ea completează sentimentul dragostei simple – *Gânduri despre Anatol* – perle ale vieții cotidiene.

Prezentarea grafică excelentă, împodobită de sute de fotografii care completează cu dragoste chipul băștinei, oamenilor, inclusiv al regretatului Anatol Leșanu, fac monografia o lucrare de excepție în șirul monografiilor dedicate Oamenilor Mari ai Moldovei.

**Conferința științifică națională
cu participare internațională**

***OPTIMIZAREA SUPRAVEGHERII
EPIDEMIOLOGICE
ÎN INFECȚIILE NOSOCOMIALE***

Chișinău, 25 mai 2012

Rezumatele comunicărilor

CRITERII DE EVALUARE A INFECȚIILOR NOSOCOMIALE CA PROBLEMĂ

Viorel PRISACARI

Catedra Epidemiologie USMF Nicolae Testemițanu

Actualitatea temei. Infecțiile nosocomiale sunt actualmente o problemă majoră practic pentru toate științele medicale. Ele duc la majorarea bruscă a valorii tratamentului și se înscriu printre primele cauze de deces la bolnavii internați (Y. S. Chan et al., 1995; V. Prisacari, 2005; E. Б. Брусина, 2002, O. В. Ковалишена, 2009).

Dificultățile în înregistrare și evaluare duc la neconștientizarea problemei infecțiilor nosocomiale și la subestimarea ei, acestea având ca urmare investiții modeste, inclusiv financiare, în prevenirea și combaterea infecțiilor.

Pentru o promovare și conștientizare a problemei infecțiilor nosocomiale și realizarea eficiență a măsurilor de reducere a incidenței, este necesar de a cunoaște criteriile și metodologia de evaluare a problemei existente.

Rezultate. Un criteriu important în evaluarea și conștientizarea problemei privind infecțiile nosocomiale este cunoașterea incidenței reale. Este cunoscut faptul că în țările din spațiul postsovietic, inclusiv în Republica Moldova, statistica oficială nu reflectă morbiditatea reală prin infecții nosocomiale, se înregistrează nu mai mult de 5-10% din incidența reală, deși atât Ordinul MS al RM nr. 140 din 30.04.1999 *Despre perfecționarea măsurilor de combatere și profilaxie a infecțiilor nosocomiale*, cât și Ordinul MS nr. 51 din 16.02.2009 *Cu privire la supravegherea și controlul infecțiilor nosocomiale* prevăd raportarea și înregistrarea tuturor cazurilor de infecții nosocomiale.

Conform explorărilor OMS, de exemplu, nivelul de înregistrare a infecțiilor nosocomiale atinge 8,0-21,0% din numărul bolnavilor internați. În Federația Rusă, conform statisticii oficiale, anual se înregistrează de la 30 până la 50 mii de îmbolnăviri prin infecții nosocomiale. Totodată, conform rezultatelor obținute în baza explorărilor selective, în această țară infecții nosocomiale fac 6-8% din pacienții internați sau 2-2,5 mil. de bolnavi (Т.М. Фролочкина, 2002).

În conformitate cu statistica oficială, în Republica Moldova morbiditatea prin infecții nosocomiale constituie 1,8-4,4 cazuri la 1000 operați. Totodată, în urma unor studii epidemiologice recente s-a constatat că incidența reală numai prin infecții septico-purulente nosocomiale este mult mai înaltă și constituie, de exemplu, în secțiile de chirurgie generală 83,16 cazuri la 1000 operați (A. Paraschiv, 2006),

în staționarele de profil neurochirurgical – 44,6‰ (E. Leu, 2009), în staționarele de profil traumatologic – 263,63‰ (V. Prisacari, I. Baranețchi, 2012), iar în secțiile de reanimare și terapie intensivă – 230,86‰ (Е.Б. Брусина, 2002). Așadar, morbiditatea reală prin infecții nosocomiale este de circa 8-40 de ori mai înaltă în comparație cu cea înregistrată oficial.

Un alt criteriu de evaluare a realității problemei respective este diagnosticarea, conform definițiilor de caz-standard, și înregistrarea tuturor formelor nosologice de infecții nosocomiale, lucru care lasă mult de dorit în unele țări, inclusiv în Republica Moldova. Un argument elocvent în acest sens sunt datele, conform cărora în morbiditatea prin infecții nosocomiale pneumoniile constituie 10-20%, iar infecțiile tractului urinar – până la 40%.

Totodată, conform statisticii oficiale din RM, asemenea cazuri sunt foarte rare și constituie 15-20% din morbiditatea prin infecții nosocomiale. Acest fenomen este condiționat de diagnosticarea insuficientă și lipsa până în trecutul apropiat a criteriilor-standard de diagnosticare a infecțiilor nosocomiale, cauze care la moment pot fi ușor înlăturate, deoarece *Ghidul de supraveghere și control în infecțiile nosocomiale*, ediția II (1999), conține definițiile de caz-standard în buna majoritate a infecțiilor nosocomiale.

Cauzele neînregistrării depline a infecțiilor nosocomiale, în special a infecțiilor septico-purulente, sunt atât lipsa de atenție suficientă a personalului medical față de aceste infecții, cât și dezinteresul conducătorilor instituțiilor medicale în depistarea și raportarea infecțiilor nosocomiale.

Drept criterii ce caracterizează infecțiile nosocomiale ca problemă majoră de sănătate publică, de asemenea, pot fi considerate prelungirea considerabilă a duratei de spitalizare a bolnavilor, gravitatea bolii (pneumonii, septicemii, peritonite, osteite, osteomielite etc.), necesitatea în tratament suplimentar deseori foarte costisitor, încărcarea activității medicale în detrimentul calității, letalitatea înaltă (75% din totalul deceselor în staționarele chirurgicale) și, bineînțeles, paguba economică enormă. În SUA, de exemplu, această pagubă se evaluează la 15 mlrd. \$ pe an.

Cele expuse pot fi completate cu: importanța epidemiologică (creșterea morbidității în ultimii ani, apariția de epidemii în unitățile medicale), consecințele grave (sechelele, invaliditatea), pagubele sociale, incapacitatea temporară sau permanentă de muncă și, nu în ultimul rând, cele morale (suferințele pacienților și celor apropiați).

Concluzie. Problema infecțiilor nosocomiale poate fi conștientizată numai după un studiu de evaluare conform criteriilor menționate, de rezultatele căruia vor depinde și investițiile în realizarea măsurilor de prevenire.

PARTICULARITĂȚI EPIDEMIOLOGICE PRIVITOR
LA INFECȚIILE NOSOCOMIALE SEPTICO-
PURULENTE ÎN FUNCȚIE DE PROFILUL
STAȚIONARULUI

Viorel PRISACARI,

Catedra Epidemiologie, USMF Nicolae Testemițanu

Actualitatea temei. Un element important în desăvârșirea și eficientizarea sistemului de supraveghere epidemiologică și control în infecțiile nosocomiale este determinarea particularităților epidemiologice ale patologiei nosocomiale pentru fiecare profil de staționar în parte.

Rezultate. Primul semn care determină particularitatea infecției nosocomiale în funcție de profilul staționarului medical este spectrul formelor nosologice predominante.

În studiile epidemiologice descriptive, efectuate pe parcursul anilor (V. Prisacari, V. Sava, 1999; T. Plop, V. Prisacari, 2001; V. Prisacari, A. Paraschiv, 2005; V. Prisacari, E. Roic, 2008; V. Prisacari, I. Baranețchi, 2012; Ф.С. Глазовская, Е.Б. Брусина, 2003; Н.В. Исаев и др., 2003; О.В. Ковалишена, 2009), s-a constatat că specificul patologiei nosocomiale depinde direct de profilul instituției medicale și de factorii de risc specifici acestei instituții. În staționarele de chirurgie generală, de exemplu, predomină plăgile supurative postchirurgicale, inclusiv plăgile chirurgicale superficiale (45,8%) și plăgile chirurgicale profunde (19,9%); în staționarele de traumatologie și ortopedie – osteita/osteomielita (38,62%); în secțiile de chirurgie oromaxilofacială – flegmoanele (31,6%); în staționarele neurochirurgicale – formele generalizate: pneumonia, meningoencefalita, septicemia (66,2%); în staționarele de reanimare și terapie intensivă – pneumoniile (43,7%); în secțiile de arsuri – infecțiile sistemului urinar (75,0%), în cele de profil ginecologic – endometrita (30,1%), iar în secțiile urologice – pielonefritele (46,26%).

Riscul de a face infecție nosocomială diferă și în funcție de diagnosticul de bază. În staționarele de chirurgie generală cea mai înaltă incidență prin complicații septico-purulente postoperatorii are loc în cazul intervențiilor chirurgicale pe pancreas – 416,66‰ (A. Paraschiv, 2006). La pacienții accidentați traumatologic complicațiile septico-purulente variază în funcție de localizarea anatomo-topografică a traumei și sunt determinate de fractura oaselor picioarelor, care alcătuiesc 78,0% din totalul de complicații la acest profil de bolnavi. Incidența prin infecții septico-purulente în traumele piciorului constituie 257,9‰. Și mai înalt este indicele de frecvență prin infecții septico-purulente nosocomiale în traumatismul asociat – 692,3‰ (V. Prisacari,

la. Baranețchi, 2011). În staționarele de profil neurochirurgical complicațiile septico-purulente sunt mai frecvente la pacienții cu accident vascular cerebral sau cu tumoare cerebrală (V. Prisacari, E. Roic, 2008), iar în staționarele de profil cardiochirurgical – la bolnavii cu malformație congenitală cardiacă (49,2%) .

Structura agenților cauzali de asemenea diferă de la staționar la staționar. În staționarele de neurochirurgie, traumatologie septică, terapie generală și oftalmologie predomină microorganismele grampozitive (54,7%, 67,1%, 56,9% și 91,51% respectiv). În staționarele de chirurgie generală, chirurgie septică și reanimare predomină microorganismele gramnegative (56,92%, 53,21% și 65,7%, respectiv). Microorganismele gramnegative predomină și în staționarele nefrologice și urologice (60,37% și 54,55%, respectiv). În funcție de profilul staționarului medical la fel diferă și factorii de risc, antibioticorezistența microbiană etc.

Concluzie. Determinarea particularităților epidemiologice, precum și a factorilor de risc specifici profilului staționarului sunt condiții absolut necesare în elaborarea complexului adecvat de măsuri de prevenire și supraveghere continuă.

SITUAȚIA EPIDEMIOLOGICĂ PRIN INFECȚIILE
ASOCIATE CU ASISTENȚA MEDICALĂ (IAAM) ÎN
REPUBLICA MOLDOVA

*Stela GHEORGHIȚĂ, Ecaterina BUSUIOC,
Vadim ȚURCAN*

OMS a lansat în anul 2005 inițiativa Globală pentru asigurarea securității pacientului *Un tratament igienic este un tratament mai sigur*. IAAM au fost declarate ca prima provocare globală în domeniul siguranței pacienților.

Republica Moldova a semnat, la 30 iunie 2006, adresarea de susținere a activităților OMS în combaterea IAAM, pledând pentru implementarea principiilor de igienă a mâinilor, prevenirea bolilor hemotransmisibile, securitatea injecțiilor și inofensivitatea practicilor medicale, gestionarea deșeurilor rezultate din activitatea medicală.

IAAM rămân în continuare o problemă prioritară de sănătate publică, de actualitate a medicinei contemporane, atât la nivel mondial, cât și pentru Republica Moldova, cu un impact considerabil medico-sanitar, social și economic.

Potrivit unui raport al Centrului European de Boli Transmisibile, anual aproximativ 3 milioane de persoane din Uniunea Europeană se îmbolnăvesc cu o infecție asociată îngrijirilor medicale, iar în jur de 50.000 de persoane mor anual din această cauză.

Republica Moldova lipsește cu desăvârșire din statisticile privind IAAM din motivul că astfel de îmbolnăviri nu sunt raportate. Totodată, luând în considerație datele OMS și cele bibliografice, putem constata că statistica oficială din Republica Moldova nu reflectă morbiditatea reală prin IAAM. Astfel, în conformitate cu statistica oficială, în republică morbiditatea prin IAAM în anul 2011 a constituit: la bolnavii de profil chirurgical – 1,4 la 1000 operații (în 2010 – 2,1), în maternități: la nou-născuți – 1,9 la 1000 nou-născuți (în a. 2010 – 2,1) și la lăuze – 8,3 la 1000 nașteri (în 2010 – 7,0).

Anual 6-10 teritorii administrative nu raportează nici un caz de IAAM, astfel, în anul 2011 nu au raportat nici un caz de IAAM 6 teritorii: Criuleni, Drochia, Dubăsari, Orhei, Șoldănești și Taraclia (în 2010 – 10 teritorii). Așadar, se observă o subraportare a acestor infecții și o subevaluare a importanței lor. Acest aspect determină cheltuieli suplimentare pentru sănătate (creșterea duratei de spitalizare, tratamente medicamentoase complexe și pe perioade mai lungi etc.).

Conform OMS, cele mai frecvente în IAAM sunt infecțiile de plagă, ale sistemului sangvin, tractului urinar și căilor respiratorii inferioare, iar în unele condiții sunt frecvente endometritele după nașteri și infecțiile intestinale.

În republică cele mai frecvente dintre IAAM sunt infecțiile de plagă și endometritele după nașteri. Practic nu sunt diagnosticate și raportate infecțiile sistemului sangvin, tractului urinar și căilor respiratorii inferioare.

Din microorganismele agenților cauzali ai ISPN predomină: *S. aureus*, *S. epidermidis*, *E. coli*, *Ps. aeruginosa*, *Kl. Pneumoniae*, *P.vulgaris* etc.

În Republica Moldova IAAM rămân o problemă pentru toate serviciile de sănătate publică. Concomitent, în maternități se înregistrează 51,2% (în a. 2010 – 57,1%) din numărul total de IAAM; în staționările de profil chirurgical – 44,6% (în 2010 – 41,1%); în staționările de profil terapeutic – 4,2% (în 2010 – 1,8%).

Frecvența afectării este mai înaltă printre pacienții cu o receptivitate mai sporită, cauzată de vârstă (copiii și vârstnicii), gravitatea maladiei, frecvența procedurilor invazive, slăbirea sistemului imun (chimioterapie).

Izbuclirile IAAM pot avea consecințe grave în instituțiile medico-sanitare, iar răspândirea infecției poate duce și la izbucliri în afara instituției. Apariția infecțiilor respiratorii grave (SARS, gripa aviară, gripa pandemică etc.) determină abordări practice privind controlul infecțiilor în instituțiile medico-sanitare. În perioada pandemiei SARS numărul personalului medical infectat a alcătuit circa 20-60% din toate cazurile înregistrate în lume.

Chimioterapia intensivă la ora actuală duce la creșterea rezistenței microbiene la antibiotice și biocide. Conform OMS, IAAM provocate de tulpini rezistente constituie cauza principală a letalității în toate țările.

Tulpinile izolate în cazurile de IAAM diagnosticate și examinate microbiologic în Republica Moldova manifestă rezistență înaltă față de 54,87% din cele 33 de antibiotice testate, în special față de preparatele din grupa penicilinei (92,3%). O rezistență deosebit de înaltă a fost depistată la *P. aeruginosa*. O situație similară alarmantă se atestă privitor la tulpinile spitalicești de *Kl. pneumonia*, testate în spitalele din Chișinău, care manifestă rezistență față de antibiotice în 81,8% cazuri. Mai frecvent acestea sunt rezistente față de preparatele grupului penicilinic – 100%, tetraciclic – 100%, marcolide – 80%, aminoglicozide – 100%, polipeptide – 100%, cefalosporine – 50%, fluochinolone – 50%. Investigațiile microbiologice efectuate în instituțiile medico-sanitare din țară demonstrează o poluare intensă a mediului spitalicesc cu microorganisme-agenți cauzali ai IAAM.

IAAM pot fi ușor prevenite. Majoritatea intervențiilor ce contribuie la prevenirea IAAM nu necesită investiții considerabile.

Totodată, deși multe instituții medico-sanitare din republică au elaborat și au aprobat politici și standarde privind prevenirea și controlul infecțiilor, acestea nu sunt acoperite atât financiar, cât și cu personal instruit în domeniu.

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА ЗА ПНЕВМОНИЯМИ

**В.В. ШКАРИН, О.В. КОВАЛИШЕНА,
А.С. БЛАГОНРАВОВА, О.А. ЧУБУКОВА,**

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, Россия

Внебольничные пневмонии являются одним из наиболее распространенных инфекционных заболеваний в мире и в РФ. Число взрослых больных пневмонией в год в 5 ведущих европейских странах превышает 3 млн. случаев, в США эта цифра составляет 5 млн., причем 1,2 млн. нуждается в госпитализации, из них 60 тыс. умирает. Согласно данным официальной статистики, в России заболеваемость пневмонией взрослых в 2006 – 2010 гг. колебалась от 344,0 до 403,4 случаев на 100 тыс. населения. Реальная заболеваемость пневмониями существенно выше регистрируемой, абсолютное число случаев составляет около 1,5 млн. случаев в год.

Несмотря на большую эпидемиологическую и медицинскую значимость пневмоний, система эпидемиологического надзора и система контроля в том виде, в котором они традиционно существуют за другими инфекциями, при пневмониях фактически отсутствуют, имеются только отдельные компоненты. Целью исследования являлось – на основе комплексной характеристики пневмоний – усовершенствовать эпидемиологический и микробиологический мониторинг в системе эпидемиологического надзора за пневмониями.

Выявлены следующие основные проблемные положения учета и регистрации пневмоний организационно-методологического характера:

- Потеря информации методологического характера, заложенная в самих государственных формах статистического наблюдения: форма №12 не отражает всю заболеваемость пневмониями, хотя именно данная форма берется за основу при составлении статистических отчетов по заболеваемости в Российской Федерации. В форму №2 не входят те случаи пневмонии, когда человек поступает в стационар самостоятельно или по скорой помощи и после госпитализации не проходит долечивание или диспансеризацию в АПУ. Форма №2 не включает данные по подведомственным учреждениям Министерства здравоохранения РФ.

- Параллельные потоки информации содержат несопоставимые данные, сведения, собираемые по разным параметрам. Так, в формах №12 и №14 дается общее число пневмоний, без разделения на внутрибольничные и внебольничные. Вероятнее всего, внутрибольничные пневмонии не попадают в эти формы, т.к. в них заносятся данные из заключительных диагнозов по основному заболеванию (для регистрации выбирается один шифр болезни по МКБ-10). Однако официального разделения по форме нет. Кроме того, в АПУ на долечивание может обратиться пациент после стационарного лечения с внутрибольничной пневмонией и, соответственно, будет внесен в сведения по форме №12. А в форме №2 данные по внутрибольничным пневмониям выносятся в отдельную таблицу. В этой форме имеется дифференцировка пневмоний на вирусные и бактериальные. Вирусные пневмонии указываются по шифру J12, т.е. сюда не включаются пневмонии при гриппе, которые проходят под шифрами J10, J11 (грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован (J10.0); грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован (J11.0)), нет и J17 (пневмонии при болезнях,

классифицированных в других рубриках). Тогда как в формы №12 и №14 входят пневмонии с шифром J17, куда включаются шифры J10., J11.

- Наличие нескольких потоков информации с неполным дублированием данных, что создает сложности функционирования, взаимодействия ЛПО, министерства здравоохранения региона и учреждений Роспотребнадзора.

- Потеря информации организационного характера, связанная со сложностью регистрации пневмоний на этапе амбулаторно-поликлинического обслуживания населения.

На основании проведенного анализа были усовершенствованы параметры эпидемиологического мониторинга, включающие оптимизацию учета и регистрации пневмоний и улучшение информационной базы для эпидемиологического анализа: интегративная учетная форма по пневмониям; маршрутирование пациентов с пневмониями, выписывающихся из стационара; определение ключевых показателей для сверки по различным формам и информационным потокам; база исходных данных для эпидемиологического анализа заболеваемости пневмониями на территориальном уровне; эпидемиологический анализ заболеваемости пневмониями как обязательный компонент эпидемиологического анализа заболеваемости инфекциями верхних дыхательных путей; учет, выявление, регистрация и анализ пневмоний в целом с последующей дифференциацией на внебольничные и внутрибольничные.

Установлено, что при оказании стационарной медицинской помощи взрослым пациентам с пневмониями имеются проблемы организационно-методологического плана в части микробиологического обследования и антибактериальной терапии. Выявлен низкий охват, несвоевременность и некачественное проведение бактериологических исследований: отсутствие микроскопии мокроты, видовой идентификации и количественной оценки микроорганизмов, единых подходов к интерпретации результатов.

Как следствие, в обследованных профильных стационарах отсутствовала этиологическая расшифровка пневмоний (100% случаев пневмоний регистрировались как J.18 по МКБ-10 пневмонии неустановленной этиологии). Отмечалась значительная вариабельность схем лечения (44 схемы АБТ), которые только в 30,7% случаев отвечали рекомендованным. В целом, АБТ проводилась

эмпирически, длительно, нерационально и по целому ряду позиций не соответствовала согласительным национальным рекомендациям по ведению внебольничных пневмоний у взрослых пациентов (2010 г.).

По результатам собственных исследований были усовершенствованы уже имеющиеся параметры микробиологического мониторинга за пневмониями: количественные критерии оценки микроорганизмов, выделенных из мокроты; критерии этиологической значимости микроорганизмов, выделенных из мокроты пациентов при пневмониях; микробиологические исследования микробных ассоциаций; оценка чувствительности микроорганизмов к дезинфектантам; анализ результатов микробиологического мониторинга при эпидемиологическом анализе заболеваемости пневмониями; включение исследований на легионеллез по показаниям дифференцированно по отделениям.

Доказана фактическая эффективность рекомендованного микробиологического мониторинга при проспективном наблюдении за пациентами с пневмонией по разработанным параметрам при сравнении с рутинным ведением больных в тот же период. Бактериологическое исследование проводилось в 8,7 раз чаще – 100% случаев vs $11,46 \pm 1,4\%$, $p=0,0000001$; положительные результаты при исследовании образцов мокроты от этих же пациентов встречались в 2 раза чаще – $79,0 \pm 3,3\%$ vs $38,9 \pm 23,0\%$, $p=0,0005$; в 27,5 раз больше выделено микроорганизмов, расцениваемых как этиологически значимые, соответственно, этиологическая структура была представлена более широким спектром микроорганизмов – 13 vs 3 родов; получены данные по чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и дезсредств.

Осуществлено организационно-методическое обеспечение эпидемиологического и микробиологического мониторинга, комплекс мер по оптимизации антибактериальной терапии (введение хронограмм антибактериальной терапии и их оценка), коррекция дезинфекционных мероприятий, обучение и подготовка кадров.

Разработанные параметры эпидемиологического и микробиологического мониторинга позволяют улучшить информационное обеспечение и эпидемиологическую диагностику за счет оптимизации учета и регистрации случаев пневмоний, оценки микробного пейзажа и этиологической расшифровки пневмоний, и, соответственно, обеспечить адекватное этиотропное лечение и усовершенствовать эпидемиологический надзор за пневмониями.

ПРОБЛЕМЫ МОНИТОРИНГА ЛЕГИОНЕЛЛЕЗА

**В.В. ШКАРИН, А.С. БЛАГОНРАВОВА,
О.В. КОВАЛИШЕНА, О.А. ЧУБУКОВА**

Нижегородская государственная медицинская академия, г. Нижний Новгород, РФ

Легионеллез в настоящее время заслуживает особого внимания. На его долю, по данным разных авторов, приходится от 1,3% до 11,8% в различных странах мира и РФ (File T.M., 1996; Темежникова Н.Д., Тартаковский И.С., 2007; Чучалин А.Г., 2010; Тартаковский И.С. с соавт., 2010). Лабораторная диагностика легионеллеза и эпидемиологический надзор за этой инфекцией в РФ находятся в стадии внедрения – нормативные документы 2007-2011 годов, соответственно, оценка эпидемиологической ситуации по легионеллезу на региональном уровне и в отдельных лечебно-профилактических организациях (ЛПО) вызывает серьезные трудности.

Целью исследования была оценка эпидемиологической ситуации по легионеллезу в Нижегородской области. Проводилось исследование мокроты и биоптатов легких на наличие ДНК *L.pneumophila* методом ПЦР с гибридазинно-флуоресцентной детекцией в режиме реального времени (качественное выявление), с использованием тест-систем *Ampli-Sens Legionella pneumophila-FI*, иммунохроматографический тест на наличие растворимого антигена *Legionella pneumophila* в моче (*NOW Legionella Urinary Antigen Test*), ПЦР исследование смывов, соскобов с объектов внешней среды (963) методом качественного выявления и воды (156) методом количественного выявления, оценка чувствительности Тест-штамм к *Legionella pneumophila* 1-ой серогруппы (штамм *Philadelphia*, ATCC 33152) к 9 дезинфицирующим средствам из 6 групп авторской методикой (Шкарин В.В. с соавт., 2010).

На основании широкого комплексного исследования, включавшего бактериологические и исследования методом ПЦР клинического материала (мокрота, моча) от больных с внебольничными и внутрибольничными пневмониями (174) в рамках проспективного наблюдения и патологоанатомического материала (аутопсийный материал из патологических очагов) от умерших пациентов с диагнозом пневмония (74), а также данных ретроспективного анализа заболеваемости пневмониями (769), был выявлен только 1 вероятный случай легионеллезной инфекции, подтвержденных случаев пневмонии легионеллезной этиологии не было. Однако, надо отметить, что в период начала исследований эпидемиоло-

гический надзор за легионеллезом фактически отсутствовал: не было лабораторий, проводящих исследования в соответствии со стандартами, разработанными экспертами ВОЗ и Европейской рабочей группой по легионеллезу (European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires' Disease, 2005, www/ewgli.org/) клинического материала, смывов с объектов внешней среды и проб воды на легионеллез, не проводились регулярные исследования ЛПО с контролем температурного режима, отмечалась неосведомленность врачей о диагностике легионеллезной пневмонии.

Основываясь на данных двухлетнего мониторинга, охватившего 27 различных отделений 10 ЛПО Нижегородской области и включавшего бактериологические и ПЦР исследования более 40 видов объектов внешней среды и воды, было установлено присутствие *Legionella pneumophila* ЛПО и уровень обсемененности. Частота выделения ДНК *L. pneumophila* из внешней среды ЛПО составила $11,3 \pm 0,9$ на 100 исследований, причем обсемененность только объектов внешней среды ЛПО была $12,5 \pm 1,0$ на 100 исследований, а выделение ДНК легионеллы из воды – $3,8 \pm 1,5$ ($p=0,044$).

По результатам мониторинга и с учетом особенностей категорий пациентов и лечебно-диагностического процесса, все отделения были сгруппированы следующим образом: **I mun** – отделения высокого риска внутрибольничного инфицирования легионеллезом в силу высокой восприимчивости пациентов и проведения различных лечебно-диагностических процедур риска (искусственная вентиляция легких, увлажнение кислородно-воздушной смеси): отделения реанимации и интенсивной терапии; хирургические отделения; акушерские отделения, операционный блок; **II mun** – отделения, в которые госпитализируются пациенты с внебольничными пневмониями (следовательно, есть вероятность присутствия больного внебольничной легионеллезной пневмонией): терапевтические; пульмонологические; торакальные. Необходимо учитывать, что в ОРИТ также могут поступать больные легионеллезом, инфицированные за пределами ЛПО; **III mun** – отделения высокого риска внутрибольничного инфицирования пациентов по наличию условий, благоприятных для жизнедеятельности легионелл и реализации аспирационного механизма заражения при помощи аэрозольпродуцирующих устройств. К ним относятся отделения, где проводятся различные водные процедуры. В различных ЛПО процедуры, связанные с водой, могут располагаться как в фи-

зиотерапевтических, так и в бальнеологических отделениях из-за структурно-функциональной организации ЛПО.

Установлено, что общая обсемененность ДНК *L. pneumophila* отделений III типа составила $14,7 \pm 1,4$ на 100 исследований, что в 6,7 и в 1,9 раз выше по сравнению с отделениями II типа ($2,2 \pm 1,0$) и отделениями I типа ($7,9 \pm 1,3$) соответственно ($p=0,001$). Отмечалась обсемененность всех отделений I типа, наибольшая акушерских отделений – $15,2 \pm 3,1$ на 100 исследований. Из отделений II типа ДНК легионеллы была обнаружена только в пульмонологическом ($6,1 \pm 4,1$ на 100 исследований). Обсемененность только объектов внешней среды также была наибольшей в отделениях III типа – $16,4 \pm 1,6$ на 100 исследований, в 2 раза меньше в отделениях I типа – $8,0 \pm 1,9$ ($p=0,0005$), но по всем отделениям с колебаниями от 1,9 и до 15,5 на 100 исследований, и отсутствовала в отделениях II типа.

На основании оценки контаминации различных видов объектов внешней среды отделений установлено, что показатель варьировал в широких пределах – от 2,56 до 25,93%. Наиболее контаминированы были подводные души-массажи (25,9% положительных смывов), лечебные ванны (22,4%), кислородные увлажнители (12,0%), краны водопроводной воды (11,4%). Учитывая многократное (от 2 до 5 раз) выделение ДНК легионеллы в динамике с одних и тех же объектов (20 объектов) и высокой обсемененности, можно говорить о них как об объектах высокого риска колонизации и наиболее вероятных резервуарах *L. pneumophila* в ЛПО. Частота выделения ДНК легионелл из горячей воды централизованного водоснабжения и воды бассейнов в ЛПО была наибольшей в отделениях I типа – в среднем, $7,1 \pm 1,3$ на 100 исследований, причем во всех отделениях этого типа, чаще всего в воде акушерских отделений. Также было отмечено выделение ДНК *L. pneumophila* из воды отделений II типа с меньшей частотой $4,7 \pm 1,5$ на 100 исследований (пульмонологическое – 11,8) и с наименьшей частотой в отделениях водолечения – $3,8 \pm 1,4$ на 100 исследований ($p=0,042$).

Концентрация ДНК *L. pneumophila* в воде варьировала от $1,9 \times 10^4$ до $4,3 \times 10^5$ копий ДНК/мл. Такая концентрация является опасной в эпидемиологическом плане, особенно для пациентов ЛПО (Тартаковский И.С. с соавт, 2010). Температура горячей воды не соответствовала рекомендуемой и была в среднем $+45^\circ\text{C}$, а в 50% случаев не достигала $+60^\circ\text{C}$ (в соответствии с нормативными – не ниже 65°C), причем преимущественно в отделениях I и II типа, тогда как в III типе (отде-

ления водолечения) температура горячей воды была в основном +60°C и выше. Установлено, что тест-штамм *L. pneumophila* проявил полную чувствительность ко всем 9-ти протестированным дезинфектантам. В перспективе следует оценить чувствительность легионеллы к дезинфицирующим средствам в биопленках.

Таким образом, проведенные исследования были первыми по изучению легионеллеза в регионе и продемонстрировали, что в условиях начала внедрения эпидемиологического надзора за легионеллезом в практическое здравоохранение на региональном уровне *Legionella pneumophila* не выявлена в этиологической структуре внебольничных пневмоний. Установлена высокая обсемененность объектов внешней среды и воды отделений разного типа ЛПО, неоднократное выделение *L. pneumophila* из одних и тех же объектов, что свидетельствует о колонизации бактериями *L. pneumophila* внешней среды ЛПО Нижегородской области, и определяет риск инфицирования пациентов. Результаты исследования обосновывают необходимость включения определения легионелл в микробиологический мониторинг системы эпидемиологического надзора за инфекциями в ЛПО с расширенным перечнем объектов исследования и отделений риска инфицирования.

GHIDURILE PENTRU PRACTICA EPIDEMIOLOGICĂ ÎN SPITAL – O NECESITATE ÎN STRATEGIA DE SUPRAVEGHERE A INFECȚIILOR NOSOCOMIALE

*Doina AZOICAI**, *Doina Carmen MANCIUC***,
*Simona IFRIM**,

*Alina MANOLE**, *Mioara MATEI**

*Universitatea de Medicina și Farmacie
Gr. T. Popa, Iași, România,

**Disciplina de Asistența Primară a Stării de
Sănătate și Epidemiologie,

Unitatea de Epidemiologie Clinică Iași,

** Disciplina de Boli Infecțioase

Introducere. Evoluția infecțiilor nosocomiale (IN) are un caracter dinamic, fiind dependentă de numeroși factori. Monitorizarea terapiei cu antibiotice în cadrul acțiunilor de supraveghere a infecțiilor nosocomiale cu includerea rezultatelor în *Ghidul pentru practică epidemiologică de spital* are ca scop ameliorarea semnificativă a evoluției acestei patologii iatrogene.

Scopul studiului a urmărit limitarea infecțiilor nosocomiale prin standardizarea recomandărilor de antibioterapie.

Obiectivele studiului au constat în supravegherea sistematică a incidenței IN apărute în perioada 2002-2011, concomitent cu înregistrarea evoluției rezistenței la antibiotice a tulpinilor microbiene izolate de la pacienții spitalizați în secțiile de Chirurgie toracică, Terapie intensivă și Pneumologie ale Spitalului Clinic de Pneumoftiziologie Iași.

Material și metode. Studiul longitudinal, care a inclus pacienții spitalizați, a urmărit identificarea incidenței IN, conform definiției de caz, și a cauzelor de producere a acestora prin înregistrarea factorilor de risc cu ocazia anchetei epidemiologice. Din datele laboratorului de microbiologie privind tulpinile cu semnificație clinică izolate din produsele patologice (spută, lichid pleural, aspirat bronșic, secreție din plaga postoperatorie etc.) a fost analizată sensibilitatea acestora la antibiotice.

Rezultate. În perioada studiată au fost identificate cazurile de IN în serviciile de Terapie intensivă și Chirurgie toracică. Numărul total al acestora a fost 180, cu variații de la 48 în anul 2002 la 6 în 2011 și o incidență specifică de 1,52 IN pleurale/ 100 de pacienți internați. După forma clinică au predominat IN de plagă operatorie profundă (pleurale) și, respectiv, superficială. Etiologia IN a fost dominată de tulpinile multiplurezistente de *Pseudomonas aeruginosa* și *Staphylococcus aureus*, iar cele respiratorii, fără caracteristici de nosocomialitate, *Streptococcus pneumoniae* și *Haemophilus influenzae*.

Strategia generală în IN este de antibioterapie de deescaladare și utilizarea asocierii unui antibiotic de ultimă generație (precum linezolid/vancomicină) cu un aminoglicozid de ultimă generație sau o fluorochinolonă în infecțiile cu stafilococ, iar în cele cu *Pseudomonas* – a carbapenemelor, urmate de asocierea de peniciline cu inhibitori de betalactamaze, cu sau fără aminoglicozid.

Concluzii. Beneficiile colaborării dintre clinician, infecționist, epidemiolog și microbiolog sunt cuantificate prin scăderea riscului și incidenței IN, iar informațiile privind profilul de sensibilitate a tulpinilor microbiene izolate oferă posibilitatea antibioterapiei adecvate. Elaborarea unui ghid național, cu recomandări generale, la care fiecare spital, să asocieze rezultatele analizei anuale a particularităților profilului de rezistență a tulpinilor circulante în unitatea medicală proprie, reprezintă o necesitate în contextul actual în care patologia infecțioasă indusă de riscul infecțiilor nosocomiale generează suferință și invaliditate pentru pacienți, dar și pierderi economice importante pentru sistemul de sănătate.

INVESTIGAREA MODULUI DE TRANSMITERE NOSOCOMIALĂ A VIRUSULUI HEPATITEI C ÎNTR-UN FOCAR EPIDEMIC

Irina BRUMBOIU, Giordiana HĂȚU, Ioan BOȘȘAN
Universitatea de Medicină și Farmacie
Iuliu Hațieganu, Cluj-Napoca

Obiective. Epidemiologia infecției cu virusul hepatitei C (VHC) fiind parțial cunoscută, în acest studiu am urmărit să stabilim modalitățile de transmitere nosocomială a VHC, într-o secție de terapie intensivă, în urma semnalării unui focar epidemic.

Metode. În vederea identificării modalității de transmitere nosocomială, am realizat o anchetă în secția de terapie intensivă privind condițiile igienice și o anchetă caz-cohortă, în care martorii cazurilor cu hepatită C acută nosocomială au fost pacienți spitalizați concomitent în aceeași secție. Măsurarea riscului s-a făcut prin odds ratio, folosind programul statistic *EpiInfo* 2002.

Rezultate. Celor 8 cazuri cu hepatită C nosocomială li s-au identificat 4 martori pereche pentru fiecare caz, având aceeași vârstă, sex și spitalizare concomitentă. Dintre manevrele parenterale, administrarea perfuziei a creat un risc de 2,3 (IC95%: 0,34-21,1) ori mai mare de transmitere nosocomială față de cei cărora nu li s-a efectuat perfuzie. Nu s-au asociat transmiterii nosocomiale administrarea tratamentului antibiotic, recoltarea de sânge, puncția lombară sau sondajul vezical. Evaluând contaminarea mediului, prin testul Adler, s-a evidențiat prezența urmelor invizibile de sânge pe suprafața curată a mesei de lucru, mănuși și alte articole medicale manevrate de personalul medical.

Concluzii. Transmiterea nosocomială s-a realizat prin perfuziile efectuate, din cauza manevrării materialelor sterile pe masa de lucru contaminată și mănușile contaminate.

STUDIUL RETROSPECTIV AL MORBIDITĂȚII PRIN INFECȚII NOSOCOMIALE LA PACIENȚII DE PROFIL CHIRURGICAL DIN MUN. CHIȘINĂU

*Angela PARASCHIV¹, Constantin RÎMIȘ²,
Parascovia DODIȚA², Elena BALAN²*

¹USMF N. Testemițanu,

²Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău

Actualitatea temei. Infecțiile nosocomiale (IN) au devenit o problemă medicală, socială și economică, determinată de frecvența lor sporită și consecințele grave pe care le provoacă. În ultimul secol, în legătură cu dezvoltarea impetuoasă tehnico-științifică și creșterea instituțiilor medico-sanitare de mari proporții,

în care sunt concentrați un număr mare de pacienți cu statut imun diminuat, apar condiții prielnice de dezvoltare a infecțiilor nosocomiale. În Republica Moldova infecțiile nosocomiale sunt apreciate ca una dintre cele 10 probleme prioritare pentru sănătatea publică. În patologia nosocomială la etapa actuală domină infecțiile septico-purulente care constituie circa 85% (V. Prisacari, 2005).

Obiectivele studiului vizează determinarea nivelului morbidității prin infecții nosocomiale septico-purulente la pacienții cu profil chirurgical în baza datelor oficiale, înregistrate la Centrul de Sănătate Publică din mun. Chișinău. Totodată, vor fi determinate particularitățile de manifestare a procesului epidemic în funcție de unii factori de risc determinați pe parcursul perioadei de studiu.

Materiale și metode. Studiul epidemiologic retrospectiv a fost efectuat în baza dărilor de seamă ale Centrului de Sănătate Publică din mun. Chișinău pentru anii 2004-2011. A fost analizată morbiditatea prin infecții septico-purulente nosocomiale la pacienții de profil chirurgical, înregistrați oficial la CSP Chișinău în această perioadă. Pentru determinarea particularităților de evoluție a procesului epidemic în infecțiile septico-purulente nosocomiale, a fost aplicat studiul epidemiologic longitudinal de cohortă.

Rezultate obținute. Studiul epidemiologic retrospectiv pentru anii 2004-2011 denotă o tendință de scădere a morbidității de la 5,6 la 1000 operați înregistrați în anul 2004 până la 2,3 la 1000 operați înregistrați în anul 2011. Este de menționat că până în prezent nivelul înregistrat al morbidității prin ISPN nu reflectă situația reală și este subapreciată datorită nediagnosticării și nedeclarării tuturor cazurilor de ISPN. Acest fapt a fost determinat și în rezultatul studiului efectuat de Prisacari V. ș. a. (2009), care reflectă situația reală evaluată prin metoda activă de determinare a ISPN înregistrate în staționarele de profil chirurgical. Studiul a demonstrat că morbiditatea reală în staționarele chirurgicale constituie 83,16 cazuri la 1000 operați. Pe parcursul anului 2011, cele mai multe cazuri de ISPN au fost declarate de Institutul FP Ch. Draganiuc, constituind 25,6 la 1000 operați în comparație cu anul 2010, când au fost declarate 6,7 cazuri la 1000 operați. Este de menționat faptul că au fost înregistrate instituții care pe parcursul a 2 ani nu au declarat nici un caz de ISPN, cum ar fi Institutul Cardiologic. SCR de copii E. Coțaga pe parcursul anului 2011 nu a declarat nici un caz de ISPN. De asemenea, 7 clinici chirurgicale private din mun. Chișinău n-au declarat nici un caz de ISPN pe parcursul anului 2011.

Fenomenul de dosire și neînregistrare a IN nu contribuie la conștientizarea problemei, la consta-

tarea pagubei economice, sociale și morale pricinuite de IN. Majoritatea complicațiilor septico-purulente se manifestă prin plagă supurată, alcătuind 40,1% din morbiditatea generală. Totodată, au fost determinate abces postoperator (19,9%), pneumonii și bronhopneumonii (6,7%), peritonite (3,9%), flegmon (9,6%), endometrite și epididemite (6,6%), infecția osteomielitică și osteite (7,8%), meningoencefalite purulente și mediastenite (câte 1,8% fiecare) și alte infecții (1,8%). Mai frecvent au fost determinate complicații la a 10-a zi și mai mult după intervenție – 107 cazuri (57,5%), la a 5-9-a zi – 57 (30,7%) și în primele 4 zile – 21 cazuri (11,8%). În funcție de vârstă, se constată o morbiditate mai înaltă la pacienții de vârstă activă (50-59 de ani), fapt determinat de numărul mai mare de traumatisme înregistrate la această categorie de vârstă.

Concluzii. ISPN continuă să fie o problemă medico-socială prioritară pentru Republica Moldova. Fenomenul de dosire a cazurilor de ISPN duce nemijlocit la subaprecierea situației reale și, respectiv, la diminuarea eficacității măsurilor antiepidemice aplicate pentru combaterea acestor maladii.

UNELE PARTICULARITĂȚI EPIDEMIOLOGICE ALE MORBIDITĂȚII PRIN INFECȚII SEPTICO-PURULENTE NOSOCOMIALE, DETERMINATE LA LĂUZE ȘI NOU-NĂSCUȚI

Angela PARASCHIV¹, Constantin RÎMIȘ²,
Parascovia DODIȚA², Elena BALAN²

¹USMF N. Testemițanu, ²Centrul de Sănătate Publică din mun. Chișinău

Actualitatea temei. Printre staționările medicale de diferit profil, maternitățile se consideră instituții cu risc sporit de îmbolnăvire prin ISP nosocomiale. Infecțiile la gravide, lăuze și nou-născuți constituie o parte semnificativă a infecțiilor nosocomiale (IN). Conform unor studii speciale, infecțiile nosocomiale se dezvoltă de la 10,0-18,0% până la 27,8 – 35,5% din numărul de nou-născuți și la 6,0-9,9% din lăuze. Totodată, în Federația Rusă, conform datelor oficiale, frecvența IN la nou-născuți (anul 2000) constituie numai 0,66% sau 6,6 la 1000 copii născuți vii, iar conform datelor lui Исаев H.B. (2003), nivelul morbidității dosite la nou-născuți și lăuze constituie respectiv 34,9 și 72,5 cazuri la 1000 pacienți.

Obiectivele studiului vizează determinarea nivelului morbidității prin infecții nosocomiale septico-purulente (INSP) înregistrate în maternități în baza datelor oficiale înregistrate la Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău. Totodată, vor fi determinate particularitățile de manifestare a procesului epide-

mic în funcție de unii factori de risc determinați pe parcursul perioadei de studiu.

Materiale și metode. Studiul epidemiologic retrospectiv a fost efectuat în baza dărilor de seamă efectuate de către Centrul de Sănătate Publică din mun. Chișinău pentru anii 2004-2010. A fost analizată morbiditatea prin infecții septico-purulente nosocomiale, determinată în maternități și înregistrată oficial la CSP din Chișinău în această perioadă. Pentru determinarea particularităților de evoluție a procesului epidemic au fost aplicate studii epidemiologice tradiționale de analiză statistică.

Rezultate obținute. Dinamica multianuală a morbidității prin ISPN la lăuze este în continuă creștere de la 5,8 la 1000 nașteri înregistrate în anul 2004 până la 13,8 la 1000 nașteri în anul 2010. Aceeași situație este determinată și pentru nou-născuți, morbiditatea fiind în creștere de la 2,2 la 1000 nou-născuți în anul 2004 până la 4,2 la 1000 nou-născuți înregistrată în 2010. Acest fapt este determinat de ameliorarea situației la capitolul înregistrării și raportării cazurilor de ISPN. Incidența morbidității prin ISPN în maternități diferă și este direct proporțională cu principiile generale de organizare a serviciilor maternității, atitudinea și responsabilitatea diagnosticării și raportării depline a cazurilor de ISPN. Un nivel mai scăzut de înregistrare și declarare a cazurilor de ISPN este determinat în ICȘDOSMC. Astfel, din 5466 nou-născuți vii pe parcursul anului 2010 au fost raportate doar 10 cazuri de complicații nosocomiale. În Materinitatea municipală nr. 2 au fost raportate 17 cazuri la lăuze și 7 cazuri la nou-născuți, la SCM nr. 1 – 128 cazuri la lăuze și 48 la nou-născuți.

ISPN mai frecvent s-au manifestat clinic prin endometrite după cezariene, constituind 41 cazuri (14,1 la 1000 operații), endometritele după naștere – 156 cazuri (10,2 la 1000 operații), supurarea plăgii după cezariană – 4 cazuri (1,4‰), infectarea plăgii perineului – 7 cazuri (2,4‰), pneumonie – 1 caz (0,006‰). La nou-născuți manifestările clinice au fost cauzate, în majoritatea cazurilor, de afecțiuni ale sistemului respirator – 16 cazuri (1,1‰), determinate de traheobronșită și pneumonie. Totodată, incidența este în scădere comparativ cu anul 2009, când incidența prin traheobronșită a constituit 1,5‰.

Este de menționat faptul că a crescut morbiditatea prin pneumonii la nou-născuți – de la 0,1‰ în anul 2008 până la 1,1‰ în 2010. Omfolitele au fost înregistrate în 15 cazuri (0,5‰), conjunctivite – 12 cazuri (0,7‰), infecția tegumentelor (0,9‰) și abces posinfectabil – câte 1 caz (0,06‰). Examinarea microbiologică a conținutului ISPN la lăuze s-a efectuat în 94,8% din cazurile înregistrate, iar la nou-născuți – în 81,5% din totalul cazurilor atestate la CSP din mun. Chișinău. ISPN atât la lăuze, cât și la

nou-născuți în marea majoritate a fost determinată de flora mixtă, constituind 28,3% și 33,9%, respectiv, din totalul microorganismelor decelate. Totodată, la lăuze s-a decelat în 37 cazuri (18,4%) *Enterococcus*, în 29 cazuri (14,4%) – *E.coli*, etc., iar la nou-născuți o pondere mare a ISPN a fost determinată de *S.aureus* și *S.epidermidis*, constituind respectiv câte 18,8%.

Concluzii. Incidența prin ISPN la lăuze în mun. Chișinău a avansat de la 5,8 cazuri la 1000 nașteri în 2004 până la 13,8 în anul 2010. În structura ISPN la lăuze predomină endometritele după cezariene. Morbiditatea prin ISPN la nou-născuți a crescut de la 1,8 cazuri la 1000 nou-născuți în 2003 până la 4.2 în 2010. În structura microbiologică a ISPN la lăuze și nou-născuți în 2010 predomină flora mixtă – respectiv 28,3 % și 33,9 % cazuri.

CARACTERISTICA EPIDEMIOLOGICĂ A INFECȚIILOR NOSOCOMIALE SEPTICO-PURULENTE DE PROFIL TRAUMATOLOGIC

Iana BARANEȚCHI, Viorel PRISACARI

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu

Actualitate. Un imperativ al timpului ce ține de perfecționarea sistemului de supraveghere și control al infecțiilor septico-purulente nosocomiale (ISPN) este studierea particularităților epidemiologice ale infecțiilor date în funcție de profilul staționarului.

Obiectiv: studierea particularităților epidemiologice și etiologice ale infecțiilor septico-purulente din staționarele de profil traumatologic.

Material și metode. Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 358 de fișe de observație a pacienților cu infecții septico-purulente, internați pe parcursul unui an în secția de chirurgie septică din staționarul *Traumatologie și Ortopedie*, precum și a 451 de tulpini de microorganisme decelate de la aceiași pacienți.

Rezultate. În structura infecțiilor septico-purulente traumatologice predomină osteita posttraumatică – 29,69%, osteomielite – 8,93% și plaga infectată – 26,81%. Alte stări septico-purulente caracteristice pacienților cu afecțiuni traumatologice sunt: flegmonul – 5,58%, gangrena – 3,35%, artrita septică – 5,86%, pseudoartroza – 4,46%, ulcerul trofic – 8,66%, degerăturile – 4,46%, hematumul infectat – 1,67% și escariile infectate – 0,56%.

Din 358 de pacienți tratați în secția de chirurgie septică, 35 (9,77%) au primit tratament conservativ și 323 (90,22%) – tratament chirurgical. Din numărul total de bolnavi supuși intervenției chirurgicale, 56

de pacienți au făcut complicații septico-purulente, ceea ce constituie 17,33% și, respectiv, 3 sau 8,57% din totalul de pacienți ce au primit tratament conservativ. În majoritatea cazurilor, complicațiile septico-purulente au apărut la un interval de 4-5 zile și mai mare după intervenția chirurgicală, inclusiv după 10 zile, și constituie 66,10%, fapt ce denotă natura nosocomială a acestei infecții.

Complicațiile septico-purulente nosocomiale s-au manifestat prin supurarea plăgii postoperatorii – 38,98%, escarii supurate și supurarea drenului în perioada postoperatorie – 15,25%, necroza plăgii postoperatorii – 11,86%, infiltrat inflamator – 8,47%, hematom profund – 6,77%, și abcese – 3,38%. Incidența complicațiilor septico-purulente s-a dovedit a fi mai înaltă după operațiile de artrodeză – 333,33 cazuri la 1000 operați. Indicele intensiv al complicațiilor septico-purulente la 1000 intervenții a constituit de la 66,60‰ la pacienții supuși intervențiilor chirurgicale timp de 0-1 oră până la 904,80‰ printre cei cu durata intervenției chirurgicale mai mult de 2 ore.

Analiza retrospectivă a incidenței prin ISPN în funcție de frecvența pansamentelor a constatat că din numărul total de bolnavi cu pansamente efectuate zilnic (n = 120) ISPN s-au depistat în 2 cazuri, ceea ce constituie 3,38%, pe când printre bolnavii cu pansamente efectuate peste o zi (n = 102) au fost depistate complicații septico-purulente în 8 cazuri, ceea ce constituie 13,55%, la cei cu pansamente efectuate peste 2 zile (n = 89) ISPN s-au depistat în 23 cazuri (38,98%), iar din numărul de bolnavi cu pansamente efectuate peste 3 zile (n = 47) – în 26 cazuri (44,06%).

Structura etiologică include 15 specii de tulpini de microorganisme, majoritatea fiind condiționat patogene. Predomină microorganismele grampozitive – 67,10%, inclusiv *S. aureus* (43,85%), *S. epidermidis* (9,64%), *S. faecium* (0,78%), *S. faecalis* (11,62%), *E. faecalis* (11,62%). Microorganismele gramnegative constituie 31,57%, dintre care predomină *P. aeruginosa* – 7,02%, *K. pneumonia* – 1,31%, *E. coli* – 4,38%. Microorganismele din genul *Proteus* constituie 4,38%, *E. aerogenes* – 9,21%, *C. diversus* – 2,63%, *C. freundii* – 2,41%, *K. oxytoca* – 0,22%. În 1,31% probe au fost depistați fungi *C. albicans*.

Concluzii. Particularitățile epidemiologice și etiologice depistate pot fi luate în considerație în elaborarea unui sistem adecvat de supraveghere și control al infecțiilor septico-purulente nosocomiale în staționarele de profil *Traumatologie și Ortopedie*.

CARACTERISTICA EPIDEMIOLOGICĂ A
INFECȚIILOR NOSOCOMIALE ÎN STAȚIONARELE
CARDIOCHIRURGICALE (STUDIU-PILOT)

Aliona GÂRLEA,
USMF Nicolae Testemițanu

Actualitatea problemei este determinată de lipsa unui studiu privitor la infecțiile septico-purulente nosocomiale (ISPN) în instituțiile medicale de profil cardiochirurgical din Republica Moldova.

Obiective:

1. Determinarea incidenței reale prin ISPN în instituțiile medicale de profil cardiochirurgical.
2. Determinarea formelor nosologice prioritare de ISPN caracteristice profilului cardiochirurgical.
3. Studiul particularităților epidemiologice ale ISPN cardiochirurgicale.

Material și metode. În realizarea studiului a fost utilizată metoda epidemiologică de diagnosticare activă a cazurilor de îmbolnăviri cauzate de ISPN, prin studierea retrospectivă a fișelor de observație ale pacienților internați în secțiile *Vicii Cardiace Dobândite* (VCD) maturi și *Malformații Cardiace Congenitale* (MCC) copii din Institutul de Chirurgie a Inimii pe parcursul anului 2009.

S-a constatat că din 780 de pacienți tratați în cele două secții de cardiochirurgie pe parcursul anului 2009, 134 au făcut ISPN în perioada postoperatorie, indicele de frecvență constituind 205,8‰ sau 17,17% din pacienții internați în această perioadă. Totodată, oficial au fost raportate în Centrul de Sănătate Publică doar 4 cazuri, ceea ce constituie 0,5% din incidența reală.

În morbiditatea prin ISPN cardiochirurgicale predomină persoane de sex masculin, care constituie 61,95% din totalul de îmbolnăviri, în comparație cu 38,05% femei. Analiza morbidității conform vârstei a constatat faptul că incidența prin ISPN cardiochirurgicale este mai înaltă în contingentele de vârstă cuprinse între 0 și 10 ani (31,3%) și 51-60 de ani (26,1%).

Dintre formele nosologice de ISPN predomină: pneumonia (32,2%), pleurezia (32,2%) și pericardita (16,9%). În raport cu diagnosticul de bază, o frecvență mai înaltă a ISPN se observă la pacienții cu MCC (49,2%), urmată de cardiopatia ischemică (29,8%) și valvulopatia reumatismală (10,4%). O incidență mai înaltă prin ISPN cardiochirurgicale are loc în operațiile efectuate între orele 8³⁰-16³⁰ (79,9%).

Concluzie. Particularitățile epidemiologice depistate pot fi luate în considerație la elaborarea programului de supraveghere și control al ISPN în staționarele de profil cardiochirurgical.

PARTICULARITĂȚILE EPIDEMIOLOGICE
ALE INFECȚIILOR SEPTICO-PURULENTE ÎN
STAȚIONARELE DE MICROCHIRURGIE

Cristina CĂTANĂ, Iana BARANEȚCHI,
USMF Nicolae Testemițanu

Actualitate. Măsurile de optimizare a sistemului de supraveghere epidemiologică în patologia septico-purulentă nosocomială sunt dependente de riscul și specificul epidemiologic ale acestor infecții, în funcție de profilul staționarului medical.

Scopul studiului a fost studierea particularităților epidemiologice ale infecțiilor septico-purulente nosocomiale și utilizarea rațională a antibioticelor în staționarele de microchirurgie.

Materiale și metode. Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 565 de fișe de observație ale pacienților internați pe parcursul unui an în secția de microchirurgie, staționarul *Traumatologie și Ortopedie*.

Rezultate. Din 565 de pacienți tratați în secția de microchirurgie, 96,28% au fost supuși tratamentului chirurgical și 3,72% – celui conservativ. Din totalul de pacienți tratați chirurgical complicații septico-purulente au făcut 19 persoane sau 3,94%, iar în rândul bolnavilor tratați conservativ infecții septico-purulente nu au fost depistate. S-a constatat că printre pacienții care s-au aflat în sala de operație până la o oră incidența constituie 17,32‰, printre cei cu durata intervenției de 1-2 ore – 133,33‰, iar printre pacienții cu durata intervenției chirurgicale mai mare de 2 ore incidența a constituit 142,86 cazuri la 1000 de operații.

În majoritatea cazurilor, complicațiile septico-purulente au apărut la persoanele de sex masculin – 35,26‰, în comparație cu 31,62‰ pentru femei. Incidența dezvoltării infecțiilor septico-purulente este mai sporită printre pacienții din mediul rural – 40,45‰, spre deosebire de cei din mediul urban – 22,83‰.

Incidența prin infecții septico-purulente s-a dovedit a fi mai înaltă la bolnavii cu fracturi – 49,38‰ și cu artroze – 67,31‰. Complicațiile septico-purulente s-au manifestat prin: infecția plăgii postoperatorii – 89,47%, divergența suturilor – 5,26% și infecție necrozantă a țesuturilor moi – 5,26%. Incidența morbidității prin infecție septico-purulentă nosocomială este mai sporită la pacienții cu durata aflării în staționar mai mare de 10 zile și ce constituie 178,22‰, în comparație cu 2,15‰ în caz de durată a spitalizării până la 9 zile.

Analiza retrospectivă a morbidității prin infecții septico-purulente nosocomiale a constatat că pacienții care au primit terapie antimicrobiană pe

o perioadă de 7-9 zile cu scop profilactic constituie 333,33%. Structurarea bolnavilor în funcție de antibioticele administrate cu scop de profilaxie a arătat o prevalență sporită de administrare a cefalosporinelor – 89,47%. Totodată, indicele intensiv prin ISPN s-a dovedit a fi mai mare în cazul pacienților care au primit terapie antibacteriană (3,75‰), în comparație cu cei care nu au fost supuși tratamentului antimicrobian (1,75‰).

Concluzii. Particularitățile epidemiologice ale infecțiilor septico-purulente nosocomiale depistate pot fi utilizate în elaborarea unor măsuri de optimizare, supraveghere și control al complicațiilor septico-purulente în staționările de profil microchirurgical.

INCIDENȚA INFECȚIILOR NOSOCOMIALE ÎN ANUL 2011 ÎN SPITALUL CLINIC DE URGENȚĂ PENTRU COPII SF. MARIA, IAȘI

Letiția DUCEAC, Geanina CÂRDEI,
Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii Sf. Maria, Iași

Scopul studiului a fost evaluarea incidenței infecțiilor nosocomiale într-un spital de pediatrie.

Material și metode. Datele au fost culese prin anchetă epidemiologică retrospectivă, în perioada 1 ianuarie – 31 decembrie 2011, ulterior prelucrate computerizat cu ajutorul programului MS Excel.

Rezultate. Au fost identificate și raportate 147 de infecții nosocomiale (IN), reprezentând o rată medie anuală de 0,44%, repartizate astfel: Pediatrie – 24 (16,3%), Chirurgie – 55 (37,4%) și ATI – 68 (46,3%). Grupele de vârstă predominante au fost 0–1 an (36,7%, majoritatea fiind nou-născuți), și 1–4 ani (29,2%). Principalii furnizori de IN au fost secțiile Chirurgie și ATI, unde s-au înregistrat următoarele tipuri: infecție de plagă chirurgicală (52,8%), infecții cutanate (20,5%), infecții de cateter (14,6%), infecții asociate ventilației mecanice (6,5%), sepsis (3,2%), infecții urinare (2,4%).

În etiologia IN au predominat tulpinile de *Staphylococcus aureus* (19,6%); *Pseudomonas spp.* (18%); *Klebsiella pneumoniae* (12,2%). S-a observat o scădere drastică a paletei antibioticelor eficiente; cele mai multe tulpini bacteriene etiologice sunt antibiotic-multirezistente, ca o dovadă indubitabilă de patogenitate deosebită a germenilor gramnegativi în determinismul IN. Depășirea duratei medii de spitalizare din cauza complicației nosocomiale a determinat costuri suplimentare în îngrijirea pacienților, cu importante implicații economice.

Concluzie. Fenomenul nosocomial este subraportat în spitalele din România. Depistarea IN trebuie să constituie o preocupare permanentă a medicilor, indiferent de specialitate.

PREPARATUL NOU, IZOFURAL, PENTRU TARTAMENTUL INFECȚIILOR SEPTICO-PURULENTE EXTERNE

*Viorel PRISACARI¹, Svetlana BURACIOV¹,
Victor ȚAPCOV²*

¹USMF N. Testemițanu,

²Universitatea de Stat din Moldova

Actualitate. Problema terapiei proceselor inflamator-purulente continuă să fie una prioritară, determinată de rezistența înaltă a microorganismelor față de antibiotice, fapt ce impune necesitatea elaborării preparatelor antibacteriene noi, eficiente și inofensive.

Obiectiv: elaborarea unui preparat antibacterian nou pentru tratamentul eficient al proceselor inflamator-purulente externe.

Metodele aplicate. Au fost efectuate investigații preclinice (bacteriologice, toxicologice, farmaceutice) și clinice.

Rezultate. În baza compusului organic nou din șirul nitrofuranilor au fost elaborate 2 forme medicamentoase ale preparatului *izofural* – soluție 0,05% și unguent 0,1%. Preparatul posedă proprietăți analogice furacilinei, însă depășește activitatea ei de la 2 până la 20 de ori față de diferite specii de microorganisme grampozitive și gramnegative, fiind în acelaș timp de 12 ori mai puțin toxic. Inhibă complet creșterea microorganismelor în termene scurte după contactul cu ele și înlătură rapid procesul purulent. *Izofuralul* nu provoacă dereglări hematologice și biochimice în organism, manifestări distructive în organele interne și învelișul cutanat, patologii cancerigene, acțiuni embriotoxice, dermato-rezorbitive și iritante, și nu influențează imunitatea organismului. Preparatul formează o peliculă protectivă pe suprafața plăgii și, ca urmare, nu provoacă senzații locale de disconfort și durere.

Testarea clinică a preparatului s-a efectuat pe 185 de bolnavi, inclusiv: 62 pacienți din secțiile de chirurgie aseptică, 40 din secția de chirurgie septică, 60 de bolnavi traumatologici și 23 pacienți din secția de leziuni termice. Rezultatele studiului demonstrează efectul curativ al preparatului *izofural* în tratamentul infecțiilor septice exogene, efect care se manifestă prin: atenuarea edemului, hiperemiei și durerilor locale, diminuarea eliminărilor purulente din plagă, accelerarea proceselor de epitelizare și cicatrizare a plăgii. În cazul arsurilor s-a stabilit un efect curativ evident, cu ameliorarea statusului local: atenuarea edemului posttraumatic și a sindromului inflamator local, diminuarea eliminărilor purulente din plagă, accelerarea proceselor de epitelizare spontană în cazul arsurilor superficiale, reducerea timpului de cicatrizare a zonelor dolore și a transplantelor, micșorarea perioadei de pregătire preoperatorie

pentru necrectomie timpurie și transplant, decolarea timpurie a crustei, reducerea fenomenelor toxice generale, epitelizare rapidă și respectiv, rezultat estetic mai bun.

Preparatele au fost bine suportate de către pacienți. În studiile realizate nu s-au observat reacții adverse, alergice sau de alt fel. Interacțiuni medicamentoase concomitent cu antibioterapia, imunoterapia, terapia infuzională și transfuzională, analgezice etc. nu s-au determinat.

Concluzii. Preparatul *izofural* este un remediu antibacterian nou, inofensiv, cu efect curativ pronunțat în tratamentul patologiilor septico-purulente (plăgi purulente, inclusiv postoperatorii, osteomieliță, complicații septice ale aparatului locomotor, ulcererelor trofice), precum și în tratamentul arsurilor acute superficiale și profunde, în evoluția postoperatorie după dermatoplastie etc.

ANTIBIOREZISTENȚA / SENSIBILITATEA AGENȚILOR CAUZALI ÎN INFECȚIILE SEPTICO- PURULENTE UROLOGICE

Viorel PRISACARI, Ion BERDEU,
USMF Nicolae Testemițanu

Actualitate. Rezistența microbiană câștigă teren pe măsură ce sunt introduse noi preparate menite să lupte contra germenilor. Spitalul este locul unde această rezistență este înregistrată cel mai fidel și unde arsenalul terapeutic se dovedește a fi, de la an la an, tot mai insuficient (D. Negru, S. Andreica, 2011).

Obiectiv: studierea particularităților etiologice ale infecțiilor septico-purulente, inclusiv rezistente față de antibiotice, în staționările de profil urologic.

Material și metode. Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 198 de tulpini de microorganisme decelate de la pacienții cu infecții septico-purulente (ISP) din secția de urologie a CNȘPMU, examinate pe parcursul anului 2010.

Rezultate. În urma investigațiilor de laborator a 142 de pacienți cu ISP din secția de urologie, au fost depistate 198 de tulpini de microorganisme și fungi care aparțin la 19 tipuri de specii, fapt ce confirmă natura poli etiologică a acestei grupe de infecții. Predomină microorganismele gramnegative – 108 tulpini sau 54,55% din totalul de tulpini depistate, în comparație cu 86 tulpini sau 43,43% grampozitive. Dintre microorganismele grampozitive predomină *S. epidermidis* (20,71%), *E. faecalis* (21,21%), iar dintre microorganismele gramnegative – *E. coli* (20,71%), *P. aeruginosa* (8,08%), *K. pneumoniae* (7,58%) și *P. mirabilis* (4,55%).

Suma probelor de testare față de diferite antibiotice, la care au fost supuse tulpinile decelate, a constituit 1655, dintre care în 590 de probe (35,65%) tulpinile s-au dovedit a fi sensibile, iar în 1065 de probe sau 64,35% – rezistente față de antibiotice. O rezistență mai înaltă s-a constatat la tulpinile de microorganisme gramnegative (67,32% din probele cercetate), iar cele grampozitive au manifestat rezistență în 58,17% din probe și în 41,82% din probe au fost sensibile. Fungii au fost rezistenți în 61,90% și sensibili în 35,65% din probe. Un element important pentru practica medicală este cunoașterea spectrului de sensibilitate / rezistență în funcție de specia microorganismelor. Din grupa de microorganisme grampozitive au manifestat o sensibilitate mai mare față de antibiotice microorganismele din genul *Staphylococcus*. Tulpinile de *S. epidermidis* au fost sensibile în 51,0% și rezistente în 49,0% din probe. Cele mai rezistente tulpini de microorganisme din grupa grampozitivă s-au dovedit a fi tulpinile de *E. faecalis* – 69,26% din probe.

Majoritatea speciilor de microorganisme gramnegative izolate de la pacienții cu ISP din secția de urologie au manifestat rezistență sporită față de antibiotice. Cele mai rezistente au fost tulpinile de *K. pneumoniae*, *Acinetobacter spp.* și *P. mirabilis*, în 89,63%, 78,33% și 73,98%, respectiv, și sensibile în 10,63%, 21,70% și 32,22% din probe.

În urma studierii polirezistenței tulpinilor de microorganisme decelate de la pacienții cu ISP din secția de urologie, s-a constatat că o polirezistență mai înaltă la 6 și mai multe antibiotice au manifestat tulpinile de *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* și *Acinetobacter spp.* Aceste tipuri de tulpini s-au dovedit a fi polirezistente în 80,00%, 75,00% și, respectiv, 83,33% din ele. Au manifestat polirezistență mult mai joasă la microorganismele grampozitive: *S. epidermidis* – 12,20% și *E. faecalis* – 9,52%.

În funcție de grupa de antibiotice, s-a constatat că microorganismele date manifestă o rezistență mai înaltă față de peniciline (78,82%), cefalosporine (88,43%), inclusiv față de cefalosporinele de generația II – 96,64%, generația I – 87,12% și generația III – 82,3% din probe. Sensibilitatea față de aceste grupe de antibiotice a fost de: 21,18%, 11,57%, 3,36%, 12,88% și 14,30% respectiv. Microorganismele gramnegative decelate de la pacienții cu ISP din secția de urologie au manifestat o rezistență sporită față de majoritatea grupelor de antibiotice. Microorganismele date au manifestat rezistență înaltă față de peniciline (85,27%) și cefalosporinele de toate generațiile: generația I – 93,30%, generația II – 96,60%, generația III – 81,67% și generația IV – 84,6%, iar sensibilitatea față de aceste grupe de antibiotice a fost de respectiv, 14,74%, 6,70%, 3,40%, 18,33% și 15,40%. Sensibilitate sporită aceste microorganisme au manifestat față de peneme (100%) și chinolone (49,12%).

Concluzii. Agenții cauzali în infecțiile septico-purulente urologice manifestă un grad înalt de rezistență față de antibiotice. Pentru eficientizarea tratamentului și diminuarea rezistenței microbiene este necesar de a reglementa utilizarea antibioticelor în tratamentul și profilaxia ISP, prin examinările microbiologice și efectuarea antibiogramei.

ANTIBIOREZISTENȚA / SENSIBILITATEA
AGENȚILOR CAUZALI ÎN INFECȚIILE
SEPTICO-PURULENTE DIN SECȚIA DE
CHIRURGIE MAXILO-FACIALĂ

Ion BERDEU,
USMF Nicolae Testemițanu

Actualitate. Rezistența la antibiotice este o amenințare pentru tot globul pământesc, fiind datorată utilizării imprudente și nejudicioase a antibioticelor (M. Albertini, 2002; O. Cars, 2008). Acest fenomen este caracteristic în special pentru infecțiile nosocomiale septico-purulente, care se evidențiază atât prin caracterul polietologic, cât și prin polirezistența înaltă față de antibiotice, ca urmare a utilizării în masă și necontrolate a antibioticelor (V. Prisacari, 2005; V. Prisacari, E. Roic, 2008; A. Ivan, 2002; I. Berdeu, I. Prisăcaru, 2011).

Scopul: studierea particularităților etiologice ale infecțiilor septico-purulente (ISP), inclusiv a rezistenței față de antibiotice în staționarul de chirurgie maxilo-facială.

Material și metode. Studiul se bazează pe analiza retrospectivă a 184 de tulpini de microorganisme decelate de la pacienții cu infecții septico-purulente din secția de chirurgie maxilo-facială a CNȘPMU, examinate pe parcursul anului 2010.

Rezultate. Prin investigațiile de laborator a 155 de pacienți cu ISP din secția de chirurgie maxilo-facială, au fost depistate 184 de tulpini de microorganisme și fungi care aparțin la 14 tipuri de specii, ceea ce confirmă natura polietologică a acestei grupe de infecții. Predomină microorganismele grampozitive, cu 174 tulpini sau 94,57% din totalul de tulpini depistate, în comparație cu doar 8 tulpini sau 4,35% gramnegative. Dintre microorganismele grampozitive predomină *S. epidermidis* (44,57%), *S. pyogenes* (17,39%), *S. mutans* (9,24%), iar dintre cele gramnegative – *K. pneumoniae* (1,63%), *E. coli* (0,54%).

Suma probelor de testare față de diferite antibiotice la care au fost supuse tulpinile decelate a constituit 1145, dintre care în 863 de probe (75,40%) tulpinile s-au dovedit a fi sensibile, iar în 282 probe sau 24,60% – rezistente față de antibiotice. O rezistență

mai înaltă s-a constatat la tulpinile de microorganisme gramnegative, 57,14% din probele cercetate fiind rezistente, iar cele grampozitive au manifestat rezistență în 21,70% din probe și în 78,30% din probe au fost sensibile. Fungii au fost rezistenți în 60,00% și sensibili în 40,00% din probe.

Un element important pentru practica medicală este cunoașterea spectrului de sensibilitate / rezistență în funcție de specia microorganismelor. Din grupa de microorganisme grampozitive o sensibilitate mai mare față de antibiotice au manifestat microorganismele din genul *Staphylococcus*. Tulpinile de *S. epidermidis* au fost sensibile în 82,36% și rezistente în 17,64% din probe. Cele mai rezistente tulpini de microorganisme din grupa grampozitivă s-au dovedit a fi tulpinile de *E. faecalis* – 46,67% din probe.

Majoritatea speciilor de microorganisme gramnegative izolate de la pacienții cu ISP din secția de chirurgie maxilo-facială au manifestat rezistență sporită față de antibiotice. Cele mai rezistente au fost tulpinile de *E. aerogenes* și *K. pneumoniae*, în 72,73% și 52,80%, respectiv, și sensibile – în 27,27% și 47,20% din probe.

În urma studierii polirezistenței tulpinilor de microorganisme decelate de la pacienții cu ISP din secția de chirurgie maxilo-facială, s-a constatat că o polirezistență mai înaltă la 6 și mai multe antibiotice au manifestat tulpinile de *K. pneumoniae* și *E. aerogenes*. Aceste tipuri de tulpini s-au dovedit a fi polirezistente în 100% probe. În grupa microorganismelor grampozitive nu s-au depistat tulpini polirezistente.

În funcție de grupa de antibiotice, s-a constatat o rezistență mai înaltă a microorganismelor date față de peniciline (40,44%), cefalosporine (52,24%), inclusiv față de cefalosporinele de generația I – 46,60% și generația III – 52,63% din probe. Sensibilitatea față de aceste grupe de antibiotice a fost, respectiv, de 59,56%, 47,76%, 53,40% și 47,37%. Microorganismele gramnegative decelate de la pacienții cu ISP din secția de chirurgie maxilo-facială au manifestat o rezistență înaltă față de majoritatea grupelor de antibiotice, în special față de cefalosporine de generația I – 87,50% și generația III – 75,00%, iar sensibilitatea față de aceste grupe de antibiotice a fost, respectiv, de 12,50% și 25,00%. Aceste microorganisme au manifestat sensibilitate sporită față de aminoglicozide și chinolone – 77,80% și 86,66% respectiv.

Concluzii. Agenții cauzali în infecțiile septico-purulente din secția de chirurgie maxilo-facială manifestă rezistență față de antibiotice. Pentru eficientizarea tratamentului și diminuarea rezistenței microbiene este necesar de a reglementa utilizarea antibioticelor în tratamentul și profilaxia ISP, prin examinările microbiologice și efectuarea antibiogramei.

STRUCTURA AGENȚILOR CAUZALI ÎN
INFECȚIILE SEPTICO-PURULENTE DE PROFIL
TRAUMATOLOGIC

Diana SPĂȚARU,

Catedra Epidemiologie, USMF Nicolae Testemițanu

Actualitatea temei. Infecțiile nosocomiale devin tot mai evident o problemă medicală, socială și economică, determinată de frecvența lor sporită, și se înscriu printre primele cauze de deces.

Obiectiv: determinarea structurii etiologice a infecțiilor septico-purulente (ISP) pe modelul de profil traumatologic.

Material și metode. În scopul studierii structurii etiologice a ISP, au fost analizate rezultatele microbiologice obținute în laboratorul bacteriologic din Spitalul Clinic de Traumatologie și Ortopedie pe parcursul anilor 2009 și 2010. În total au fost studiate 2014 tulpini de microorganisme izolate de la 1269 de pacienți.

Rezultate obținute. După efectuarea studiului s-a constatat că structura etiologică a ISP este variată și include 18 tipuri de microorganisme, în majoritate condiționat-patogene. Predomină microorganismele grampozitive, care constituie 63,19% din totalul de tulpini, inclusiv *S. aureus* (39,19%), *S. epidermidis* (10,13%), *S. faecalis* (12,76%), *S. faecium* (1,0%) și *S. piogenes* (0,05%). În 35,56% cazuri agenții cauzali în ISP de profil traumatologic sunt microorganisme gramnegative, inclusiv *P. aeruginosa* (10,68%), *E. aerogenes* (8,64%), *E. coli* (4,32%), *C. diversus* (4,37%), *C. freundii* (1,89%), *P. vulgaris* (2,58%), *P. mirabilis* (1,0%), *K. pneumoniae* (1,54%), *K. oxytoca* (0,35%), *Acinetobacter* (0,1%); 1,24% din totalul de microorganisme depistate sunt fungi *C. albicans*.

În structura microorganismelor prelevate din plagă predomină microorganismele grampozitive (59,47%), din sânge – microorganismele grampozitive (80,0%), iar din urină – cele gramnegative (60,0%). Din conținutul de plagă mai frecvent au fost decelate microorganisme din genul *Staphylococcus*, din sânge – *S. epidermidis*, *Pseudomonas*, din urină – *E. coli*. Focarele de infecție la pacienții cu ISP au caracter polietologic: la 390 de pacienți (30,73%) au fost decelate 2 tulpini de microorganisme, la 153 pacienți (12,06%) au fost decelate 3 tulpini, la 11 (0,86%) – 4 tulpini și la un bolnav (0,08%) – 5 tulpini.

Concluzie. Patologia septico-purulentă în staționările traumatologice poartă un caracter polietologic, atât în general, cât și în focarele de infecție la pacienți. Predomină microorganismele grampozitive (63,19%), în comparație cu microorganismele gramnegative (35,56%).

REZULTATELE MONITORINGULUI MICROFLOREI
IZOLATE DIN MATERIALELE BIOLOGICE ALE
PACIENȚILOR, RECEPȚIONATE DE LABORATORUL
BACTERIOLOGIC AL CSP CĂLĂRAȘI (ANUL 2011)

Vera LEFTER¹, Galina BODRUG², Silvia BOBESCU³

¹CSP Călărăși, ²IMSP Centrul Medicilor de Familie Călărăși, ³IMSP Spitalul raional Călărăși

Actualitatea temei. Lărgirea permanentă a spectrului de preparate antimicrobiene, utilizate actualmente pe larg în practica medicală, creează un șir de probleme. Cea mai importantă este selectarea tulpinilor spitalicești de microorganisme antibioretistente.

În majoritatea cazurilor, antibioticele sunt administrate fără investigație microbiologică prealabilă cu determinarea antibiogramei. Totodată, este regretabil faptul că terapia antibacteriană deseori nu este corectată nici după obținerea rezultatelor investigațiilor respective de laborator. În asemenea cazuri tratamentul devine formal, ineficient, se măresc vădit termenele de spitalizare, crește volumul aplicat de preparate medicamentoase și manipulări medicale, condiționând scumpirea tratamentului.

Obiective: studierea structurii microflorei izolate din biosubstraturile pacienților și determinarea antibioretistenței.

Rezultate. În urma examinării microbiologice a materialelor biologice recepționate de la pacienții din secțiile Spitalului raional Călărăși, s-a constatat că mai mult de 90% din tulpinile izolate din biosubstraturile pacienților aparțin la 8 specii de agenți cauzali: *E. coli* (25,4%), *S. viridans* (19,5%), *S. hemolyticus* (15,1%), *S. pneumoniae* (12,5%), *P. aeruginosa*, *K. pneumoniae*, *S. aureus*, *S. epidermidis*, *Candida* etc.

Pe parcursul anului 2011, au fost examinate 1013 probe colectate din instituțiile medicale din medicina primară (52,3%) și din secțiile Spitalului raional (47,3%). Biosubstraturile au fost: urina (39,1%), sputa (17,7%), eliminări din vagin (29,4%), nazofaringe (9,9%), puroi din plagă (3,9%) ș.a.

Speciile de microorganisme depistate în raport cu categoria de instituție medicală (primară sau spitalicească) diferă prin tulpinile predominante. Astfel, în biosubstraturile prelevate de medicina primară prevalează *E. coli* – 35,4%, *S. viridans* – 18,8% și *S. hemolyticus* – 18,3%, pe când în biosubstraturile din secțiile spitalului mai frecvent s-a depistat *S. pneumoniae* – 22,6%, *S. viridans* – 20,2%, și *E. coli* – 15,1% .

Reieșind din materialul examinat, s-a constatat că din spută s-a izolat preponderent *S. pneumoniae*, *S. viridans* și *Hemofilis influenzae*, cu o rată, respectiv, de 57,2%, 14,7% și 13,5%. Din urină s-au izolat mai frecvent *E. coli* (61,2%) și enterococi (17,4%). În

eliminările din vagin predomină *S. viridans* (25,8%), *E. coli* (21,2%), *Enterococcus* (19,9%) și *S. hemoliticus* (9,9%). În probele din nazofaringe prevalează *S. viridans* – 44,2%, *S. aureus* – 14,7% și *S. hemoliticus* – 40,0%, iar din eliminările din plagă s-au izolat preponderent *S. aureus* – 62,5%, *S. viridans* – 25,5% și *S. hemoliticus* – 15%. Deosebiri semnificative între tipurile de microorganisme depistate conform categoriei instituției medicale nu s-au observat.

Ca urmare a monitoringului rezistenței microorganismelor depistate față de antibiotice, s-a constatat că microflora izolată de la pacienți manifestă o polirezistență înaltă față de antibiotice, atingând pentru unele antibiotice chiar și 100%. Peste 30% din microorganismele depistate în biosubstraturile de la pacienții ce se adresează primar după asistență medicală la medicul de familie sunt polirezistente față de antibiotice, iar cele depistate la bolnavii spitalizați depășesc 60%.

S-au dovedit a fi rezistente față de peniciline 90% din toate microorganismele depistate; față de blactamaze – *K. pneumoniae* (75%), *E. coli* (80,4%); față de cefepime – *E. coli* (56%), *P. aerogenoza* (63,6%).

Totodată, microorganismele izolate au manifestat rezistență joasă față de următoarele antibiotice: *S. aureus* față de vancomicină – 4,8%, ciprofloxacina – 9,5% și rifampicină – 11,9%; *P. aeruginosa* față de amikacină – 18,2%; *S. pneumoniae* față de gentamicină – 2,6%, chloramfenicol – 10,5%; *E. coli* față de imipenem – 4,6%, cefoperazon – 11,4%; *K. pneumoniae* față de eritromicină, chloramfenicol, gentamicină și kanamicină – 100%; enterococii față de gentamicină – 17,8% și tetraciclină – 16,8%.

Principalii factori care contribuie la rezistența antimicrobiană sunt:

- utilizarea necorespunzătoare și irațională de medicamente antimicrobiene, inclusiv în zoo-tehnie;
- sisteme insuficiente pentru asigurarea calității și furnizării neîntrerupte de medicamente;
- sisteme slabe de supraveghere și control al preparatelor antibacteriene;
- arsenalul limitat de măsuri de diagnostic, de medicamente și vaccinuri, precum și cercetarea și dezvoltarea insuficientă de noi medicamente.

Concluzii. Luând în considerație faptul că actualmente rezultatele studiului rezistenței la antibiotice pot fi obținute doar peste 48-96 de ore, devine importantă determinarea și analiza microflorei frecvent izolate de la pacienți. Aceasta permite elaborarea nomenclatorului de antibiotice electiv și de rezervă, care trebuie recomandate staționarului concret, într-un timp concret și, uneori, pentru nosologia concretă.

MARKERI MOLECULARI DE REZISTENȚĂ LA ANTIBIOTICE A TULPINILOR DE *ESCHERICHIA COLI*, IZOLATE DIN INFECȚII URINARE

Olga BURDUNIUC¹, Radu COJOCARU¹,
Iurie ROȘCIN², Constantin SPÂNU¹,

¹Centrul Național de Sănătate Publică,

²Institutul de Microbiologie și Biotehnologie al AȘM

Actualitate. Antibio-rezistența microorganismelor implicate în etiologia bolilor infecțioase reprezintă o prioritate pentru sistemul de sănătate publică atât la nivel național, cât și la nivel global. Infecțiile produse de microorganisme rezistente determină un nivel înalt de morbiditate și mortalitate, datorat eșecurilor terapeutice, și costuri tot mai ridicate pentru îngrijirile medicale.

Anume utilizarea exagerată și necontrolată a preparatelor antimicrobiene a dus la selecția de tulpini bacteriene rezistente la antibiotice, situație ce se regăsește și la reprezentanții familiei *Enterobacteriaceae*. Frecvent rezistența *Escherichia coli* (*E. coli*) la antibioticele beta-lactamice se datorează, în cea mai mare parte, beta-lactamazelor, iar răspândirea rapidă a acestui tip de rezistență se datorează faptului că genele codante se găsesc pe plasmide transmisibile sau mobilizabile. Cele mai cunoscute variante de BLSE (beta-lactamaze cu spectru extins) sunt de tip TEM și SHV, dar tot mai mult apar atât în comunitate, cât și în spital ESBL tip CTX-M.

Tipul exact de beta-lactamază nu poate fi detectat prin testele de rutină. Asocierea mai multor tipuri de beta-lactamaze la același microorganism face și mai dificilă depistarea corectă. În ultimii ani au fost propuse metode alternative, care să înlocuiască sau să completeze metodele fenotipice tradiționale. Cele mai utilizate dintre aceste metode sunt testele PCR standard și secvențierea de gene.

Scopul: detectarea unor markeri de rezistență (beta-lactamaze) la preparatele antibacteriene a *E. coli*, responsabilă de producerea infecțiilor tractului urinar (ITU).

Materiale și metode. Au fost cercetate 118 tulpini de *E. coli*, izolate din uroculturile semnificativ pozitive (10⁵ UFC/ml), recoltate de la pacienții cu ITU. Tulpinile au fost identificate pe baza proprietăților morfotinctoriale, culturale și biochimice, utilizând teste API 20E (*Biomerieux*).

Sensibilitatea tulpinilor de *E. coli* la preparatele antimicrobiene a fost determinată prin metode fenotipice (disc-difuzimetrică Kirby-Bauer, testul de sinergie) și de biologie moleculară (reacția de polimerizare în lanț: PCR multiplex, Rep – PCR, secvențiere).

Rezultate. La tulpinile de *E. coli* studiate a fost semnalat fenomenul de rezistență la preparatele

antibacteriene. Ponderea tulpinilor rezistente la fluorochinolone (acid nalidixic) a constituit 89%, la betalactamine (ticarcilină) – 77%, aminoglicozide (gentamicină) – 72% și sulfamide (cotrimoxazol) – 72%. Enzimele beta-lactamaze cu spectru extins (BLSE), identificate la tulpinile de *E. coli*, au fost în exclusivitate de tip CTX-M, și anume: o tulpină tip CTX-M-1, trei tulpini de CTX-M-14; alte trei tulpini de tip CTX-M-15. S-a constatat că filogenetic 58,5% tulpini de *E. coli* BLSE aparțin grupei B₂, grupei A – 27,9%, grupei D – 12,7% și altor grupe – 0,9%.

Concluzii. Circulația tulpinilor *E. coli* tip CTX-M pe teritoriul Republicii Moldova determină un potențial înalt de diseminare a acestora în colectivități și creează dificultăți în conduita terapeutică a pacienților cu ITU. Determinarea markerilor moleculari de rezistență la antibiotice constituie o metodă rapidă și eficientă de monitorizare a mecanismelor responsabile de fenomenele de rezistență la antibiotice a tulpinilor de *E. coli* și duce la un management terapeutic mai eficient.

ASPECTE ALE SENSIBILITĂȚII LA ANTIBIOTICE A TULPINILOR DE SALMONELLA SPP. NETIFOIDICE

Greta BALAN¹, Olga BURDUNIUC², Radu COJOCARU²

¹USMF Nicolae Testemițanu,

²Centrul Național de Sănătate Publică

Actualitate. Infecțiile cu *Salmonella* spp. sunt printre cele mai răspândite boli de tip alimentar, contaminând omul prin ingestia de alimente sau apă infectată. Categoriile cele mai expuse la riscul de a dezvolta o infecție cu *Salmonella* spp. sunt copiii, vârstnicii și persoanele cu probleme în sistemul imunitar.

În anii '80 ai sec. XX, salmonelele erau încă bacterii sensibile la antibiotice, pentru ca o decadă mai târziu să se înregistreze deja foarte multe tulpini rezistente la ampicilină, cloramfenicol sau la asocieră trimetoprim + sulfametoxazol.

Obiectivul lucrării a vizat caracterizarea sensibilității la antibiotice a tulpinilor de *Salmonella* spp.

Material și metode. În perioada ianuarie – decembrie 2011, în laboratorul Centrului Național de Sănătate Publică s-a realizat identificarea și testarea sensibilității la antibiotice a 118 tulpini de *Salmonella* spp., izolate în Republica Moldova. Izolarea s-a făcut pe medii de diagnostic diferențial, selective și neselective adecvate, iar identificarea tulpinilor de *Salmonella* spp. izolate s-a făcut prin metode convenționale. Testarea sensibilității la antibiotice s-a realizat prin tehnica Kirby-Bauer, conform standardului NCCLS (National Committee for Clinical Laboratory Standards). Pentru controlul de calitate a

determinării sensibilității s-a utilizat tulpina de *E. coli* ATCC 25922.

Rezultate și concluzii. În cadrul studiului au fost prelucrate, în perioada ianuarie – decembrie 2011, 118 tulpini de *Salmonella* izolate de la persoane bolnave sau sănătoase clinic. Salmonelele au fost izolate și identificate până la nivel de gen prin metode microbiologice clasice și au fost tipizate serologic până la nivel de serovariantă. Proporția serovariantei *S. Enteritidis* a fost de 65,25%, *S. Typhimurium* – de 12,71%, *S. Blegdam* și *S. Hadar* – de 7,63% și, respectiv, 3,39%, *S. Infantins* – 1,69%, 11 tulpini aparținând altor serovariante. Rezultatele obținute coincid cu datele din literatură, fiind cunoscut faptul că *S. Enteritidis* și *S. Typhimurium* sunt serovariantele cel mai des întâlnite în populația umană, reprezentând cauza cea mai frecventă a toxiinfecțiilor alimentare.

Dintre antibioticele testate, tulpinile de *Salmonella* au prezentat o sensibilitate constantă la cefamandol, cefotaxim, meropenem, ampicilină, amikacină, tobramicină, ciprofloxacina și cloramfenicol. În ceea ce privește rezistența la antibiotice, procentul cel mai mare de rezistență a fost în cazul furazolidonului (28,8%), acidului nalidixic (25,4%), piperacilină/tazobactam (3,4%) și ceftazidimei (2,5%).

Numărul tulpinilor de *Salmonella* rezistente la un agent antimicrobian a fost de 44 (37,3%) tulpini, 17 (14,4%) fiind rezistente la ≥2 agenți antimicrobieni, confirmându-se astfel circulația tulpinilor polirezistente în populația umană. Profilul de rezistență pentru cele 77 tulpini de *S. Enteritidis* arată că 16,95% dintre ele au fost rezistente la mai mult de un agent antimicrobian, iar la 1 tulpină a fost evidențiată rezistența față de patru antibiotice, confirmând astfel prezența multirezistenței la acest serotip. Rezistența la furazolidon și acidul nalidixic a constituit profilul de rezistență cel mai frecvent întâlnit la tulpinile de *Salmonella*.

Sensibilitatea crescută față de fluorochinolone (ciprofloxacina) și față de cefalosporine de generația a treia este o constatare încurajatoare din perspectiva sănătății publice. În același timp, depistarea unor tulpini de *Salmonella* rezistente la ceftazidim (2,5%), cefalosporine de generația a treia, subliniază importanța monitorizării rezistenței antimicrobiene, cu scopul de a detecta noi tendințe și urgențe de rezistență.

Actualmente este important să diminuăm impactul social al fenomenului de rezistență multiplă la chimioterapicele antiinfecțioase prin optimizarea utilizării antibioticelor existente, formularea strategiilor de reducere până la dispariție a tulpinilor bacteriene cu rezistență multiplă la acțiunea antibioticelor.

STUDIUL EPIDEMIOLOGIC PRIVIND POLUAREA
MICROBIANĂ A MEDIULUI INTRASPITALICESC
ÎN INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE
DIN MUN. BĂLȚI, R. MOLDOVA

Vasile ȚURCAN¹, Raisa ȚURCAN²

¹Centrul de Sănătate Publică, mun. Bălți,

²Spitalul Clinic, mun. Bălți

Introducere. Instituțiile medico-sanitare, îndeosebi cele poliprofilate, reprezintă obiective de importanță ecologică deosebită, cu mediu spitalicesc specific. Produsul indezirabil al vitalității ecosistemului intraspitalicesc sunt tulpinile microbiene circulante polirezistente la dezinfectante și antibiotice, prezența cărora în mare măsură depinde de profilul instituției medicale și de neajunsurile existente în activitatea lor.

Scopul studiului: aprecierea poluării microbiene a mediului intraspitalicesc și a corectitudinii utilizării produselor biodistructive.

Materiale și metode. În perioada 2002-2011, din 169 de instituții medico-sanitare au fost prelevate 7945 de probe de aer, 15720 lavaje de pe suprafețele obiectelor supuse tratării, 159 de probe de dezinfectante și 342 probe de soluții de lucru pentru aprecierea concentrației substanțelor active.

Rezultate. Cercetările microbiologice la flora patogenă și condiționat patogenă relevă o situație epidemiologică instabilă. În instituțiile stomatologice, în 4,5% probe prelevate au fost decelate microorganisme patogene, în instituțiile terapeutice – în 2,26% cazuri, în secțiile de boli infecțioase – 1,43%, de obstetrică și ginecologie – în 1,33% probe, în secțiile chirurgicale – 0,68%, în farmacii – 0,35% probe pozitive. Ponderele tulpinilor de *S. aureus* constituie 47%, inclusiv în secțiile chirurgicale – 36,4%, obstetricale – 36,8%, boli infecțioase – 53,8%, în instituțiile stomatologice – 100%. Bacteriile coliforme mai frecvent sunt decelate în secțiile chirurgicale (36,8%), obstetricale (26,3%), terapeutice (15,3%). În anii 2010-2011, ponderea probelor pozitive la microflora patogenă a scăzut de 2.37 ori, în comparație cu perioada 2002-2009. Poluarea microbiană a aerului din încăperile instituțiilor medicale este în ascensiune: în anii 2002-2004 ponderea probelor pozitive constituia 3,4%, în 2005-2007 – 4,47%, în 2008-2011 – 5,32%. Ponderele microbilor asociativi (*S. faecalis*, *Enterococcus Spp.*, *Candida albicans*, *P. aeruginosa*) a constituit 4,85-9,22%.

Pentru dezinfectare au fost utilizate mai frecvent 39 de preparate, inclusiv monocompoziționale – 19 (48,7%), bicompoziționale – 11 (28,2%) și policompoziționale – 9 (23,1%). Ponderele preparatelor clorigene a fost de 35%. În 23% probe de

dezinfectant și 45% de soluții de lucru, substanța activă a fost apreciată sub limita admisibilă.

Concluzii:

1. Securitatea epidemiologică a instituțiilor medico-sanitare este într-o corelație directă cu nivelul de organizare și corespundere a circuitului mijloacelor dezinfectante.

2. Poluarea microbiană a mediului intraspitalicesc în mare măsură este condiționată de incorectitudinea selectării, achiziționării și utilizării produselor biodistructive, de pregătirea profesională și responsabilitatea personalului implicat în asigurarea calității și inofensivității serviciilor prestate.

3. Asigurarea integrității în sistemul epidemiologic de supraveghere și prevenție a poluării microbiene a mediului instituțiilor medicale este stringentă.

STUDIUL EPIDEMIOLOGIC PRIVIND RESPECTAREA
CERINȚELOR DE STERILIZARE A ARTICOLELOR
MEDICALE ÎN INSTITUȚIILE MEDICO-SANITARE
DIN MUNICIPIUL BĂLȚI, R. MOLDOVA

Vasile ȚURCAN,

Centrul de Sănătate Publică, mun. Bălți

Introducere. Eficacitatea sterilizării articolelor medicale este condiționată de starea tehnică și exploatarea corectă a sterilizatoarelor, de nivelul de calificare și responsabilitatea personalului implicat în procesul sterilizării, de obținerea informației operative și veridice privind funcționalitatea aparatului pe tot parcursul ciclului de sterilizare.

Scop: evaluarea stării tehnico-medice ale sterilizatoarelor și a respectării precauțiilor indispensabile la exploatarea lor, întru excluderea factorului tehnologic în favorizarea procesului epidemic al infecțiilor nosocomiale.

Material și metode. Au fost supuse studiului 169 de instituții medicale și farmaceutice. Pentru aprecierea eficacității sterilizării s-au folosit metode calitative și cantitative: 82 colete-test, 1222 de indicatoare chimice, s-au prelevat 979 de lavaje de pe articolele sterilizate, s-au efectuat 279 de măsurări instrumentale întru verificarea parametrilor de temperatură și presiune.

Rezultate. În 92 de instituții medico-sanitare și farmaceutice se efectuează măsuri de sterilizare a articolelor medicale, care dispun de 171 de sterilizatoare, inclusiv 122 poupinele și 49 autoclave. Ponderele autoclavelor fără sistem de înregistrare autonomă a ciclului de sterilizare constituie 66,4%. În 35,5% cazuri s-a constatat nerespectarea regimului de sterilizare, inclusiv din cauza defectării sterilizato-

rului – 12,94%, termometrelor și manometrelor – 7%, dezertizării camerei de sterilizare – 2,9% și 12,7% cazuri din cauza instruirii insuficiente a personalului implicat în procesul de sterilizare. Ponderea sterilizatoarelor cu durata de exploatare de peste 10 ani constituie 49,9%.

Rezultatele folosirii casoletelor-test relevă că în 24,5% cazuri este depășită norma de 1-4% a umidității textilelor sterilizate. Schimbarea incompletă a culorii indicatoarelor chimice s-a constatat la examinarea a 12 autoclave și 23 de poupinele. Devieri ale parametrilor de temperatură (5-8°C) și ale presiunii ($\pm 0,4$ Atm) au fost constatate la 6,4% autoclave; necorespunderea cu 12,2% a diagramei ciclului de sterilizare cu diagrama-tip furnizată de producător, la exploatarea autoclave-lor cu sistem de înregistrare automată; diminuarea cu 5-15°C a regimului de sterilizare la 180°C și a expoziției cu 10-15 min. în 5 instituții (5,43%). Microorganisme patogene și condiționat patogene au fost decelate în 1,6% probe.

Concluzii. Excluderea deficiențelor ce țin de exploatarea sterilizatoarelor deteriorate, nerespectarea valorilor de siguranță pentru eficacitatea sterilizării, implicarea personalului insuficient instruit, neutilizarea metodelor complexe de control al calității sterilizării va permite transformarea măsurilor stihinice și nedirijabile de sterilizare a articolelor medicale într-un sistem standardizat, care va asigura prevenirea infecțiilor intraspitalicești, inclusiv a celor parenterale.

INFECȚIILE NOSOCOMIALE – PROBLEMĂ MAJORĂ A ASISTENȚEI MEDICALE CONTEMPORANE

Svetlana LUPU, Mihail NICOLAU,
Centrul de Sănătate Publică, Leova

Infecția nosocomială a devenit una din problemele majore ale asistenței medicale contemporane. Morbiditatea prin infecțiile nosocomiale crescută, consecințele grave, pierderile economice rezultate din costurile îngrijirilor suplimentare impun adoptarea unor strategii cu obiective concrete, orientate spre implementarea unor măsuri de prevenire și control al infecțiilor nosocomiale.

Caracteristica comună a acestor infecții, pe lângă indexul de gravitate crescut și dificultățile privind eficiența terapierii obișnuite, este aceea că ele apar la persoane cu diferite boli pentru care primesc îngrijiri medicale și care, prin boala de bază sau prin terapia primită, au o deficiență imună mai mult sau mai puțin accentuată, cu limitarea posibilităților de apărare prin mijloace biologice naturale, proprii.

După modul de realizare a infecției, infecțiile nosocomiale pot fi:

- *infecții primare*, importate în instituția medicală sau exportate din ea prin transmiterea infecției de la personalul de îngrijire la pacient, de la vizitatori la pacient, de la pacient la pacient sau de la bolnav sau vizitator la personalul medico-sanitar;
- *infecții nosocomiale secundare*, încrucișate, de la pacient la pacient, prin mecanisme complexe de transmitere a infecției în condițiile unor manopere / proceduri și tehnici de îngrijire / investigare și tratament efectuate de către personalul de îngrijire.

Prima categorie este în mare măsură sub influența terenului biologic al bolnavului îngrijit și supravegherea stării de sănătate a persoanelor din anturajul bolnavului din instituția medicală. A doua categorie de infecții este condiționată de modul de comportament profesional al personalului, de corectitudinea decontaminării mediului din spital, complexitatea riscului infecțios legat de îngrijirea necesară și tratamentul aplicat bolnavului.

Prezența obligatorie a triadei factorilor epidemiologici principali – sursa de infecție, calea de transmitere și organismul receptiv – este valabilă și pentru cazul procesului epidemiologic de constituire a infecției nosocomiale. Absența oricăreia dintre aceste trei componente exclude posibilitatea apariției infecției nosocomiale

Antibioterapia, abuzul de antibiotice au determinat apariția unor microorganisme de spital cu o rezistență semnificativă la antibioticele și chimioterapicele uzuale și larg accesibile.

În transmiterea infecției sunt mai frecvente trei mecanisme: contactul direct sau indirect, cel aerogen și prin obiecte contaminate. În timpul îngrijirilor medicale acordate și în condițiile de spital, majoritatea căilor de transmitere trebuie considerate ca factori de risc controlabili.

SECURITATEA INECȚIILOR ȘI RISCURILE DE CONTRACTARE A HEPATITELOR VIRALE B ȘI C

Constantin RÎMIȘ, Andrei ROȘCA,
Centrul de Sănătate Publică, Chișinău

Actualitatea temei. Asistența medicală are menirea de a salva și a îmbunătăți viața pacientului. Anume reieșind din această afirmație, fiecare lucrător medical are responsabilitatea să protejeze sănătatea sa și a pacienților săi prin prevenirea transmiterii infecțiilor asociate cu asistența medicală.

Una dintre problemele majore care contribuie la transmiterea unei game largi de agenți patogeni este nerespectarea securității injectiilor. O injecție inofensivă nu dăunează recipientului, nu expune personalul medical la nici un risc și nu reprezintă un deșeu medical care ar fi periculos pentru comunitate. Problema securității injectiilor este recunoscută la nivel global. De menționat că 95% din toate injecțiile au un scop terapeutic. Conform datelor OMS, anual la nivel mondial se înregistrează circa 21 milioane cazuri de hepatită virală B (HVB), 2 milioane cazuri de hepatită virală C (HVC), 260 mii cazuri de HIV/SIDA și, ca urmare, circa 500 mii cazuri de decese.

Obiectivele studiului:

- Evaluarea situației epidemiologice prin hepatitele virale B, C și D în municipiul Chișinău.
- Determinarea factorilor predominanți în transmiterea acestor maladii.
- Elaborarea unor recomandări pentru prevenirea transmiterii hepatitelor virale parenterale.

Materiale și metode. În calitate de material de studiu au servit anchetele epidemiologice, buletinele epidemiologice, fișele medicale. Pentru analiză au fost utilizate metodele epidemiologică, statistică, descriptivă.

Rezultate. Morbiditatea populației prin hepatitele virale B, C și D acute în mun. Chișinău s-a redus semnificativ în ultimii ani. Totuși, rata incidenței prin aceste maladii rămâne a fi înaltă, comparativ cu majoritatea țărilor europene. În perioada 2006-2011, în mun. Chișinău s-a înregistrat o reducere a incidenței prin hepatitele virale parenterale B, C și D acute de la 17,1 cazuri la 100 mii populație în 2006 până la 5,4 cazuri la 100 mii populație în 2011.

Evaluarea anchetelor epidemiologice a 511 cazuri de hepatită virală B, C și D, înregistrate în anii 2006-2011 în mun. Chișinău, a scos în evidență faptul că calea artificială a fost menționată în 48% din anchete, iar calea naturală – în 45%. În 7% din cazuri calea de transmitere a infecției nu a fost stabilită. Analiza cazurilor de HV cu transmitere parenterală a demonstrat că ponderea manipulațiilor medicale a constituit 34%. Dintre acestea, în 32% din cazuri au avut loc manipulații stomatologice, 22% revin intervențiilor chirurgicale, cca 16% – intervențiilor ginecologice și circa 10% – injectiilor. Manipulațiilor endoscopice le revin 8% din totalul cazurilor de infectare. O pondere, la prima vedere nesemnificativă, de circa 2,5% revine infectării lucrătorilor medicali în urma exercitării funcțiilor, în special care ține de prelucrarea instrumentarului medical de folosință repetată.

Concluzii. Una dintre problemele existente ce duc la transmiterea hepatitelor virale în cadrul instituțiilor medicale este lipsa unei Strategii na-

ționale privind gestionarea deșeurilor medicale și securitatea injectiilor.

OMS susține elaborarea ghidurilor, strategiilor și studiilor de supraveghere, prevenire și control al hepatitelor virale. În plan profilactic se insistă asupra implementării imunizării universale contra hepatitei virale B a copiilor și a persoanelor din grupele cu risc sporit de infectare; asupra asigurării securității sângelui, securității injectiilor și managementului corect al deșeurilor rezultate din activitățile medicale. Promovarea sinergismului între programele naționale și internaționale care pot contribui semnificativ la diminuarea riscurilor de contractare a infecțiilor cu transmitere parenterală rămâne o sarcină actuală.

GESTIONAREA DEȘEURILOR REZULTATE DIN ACTIVITĂȚILE MEDICALE ÎN CONFORMITATE CU CERINȚELE OMS ȘI STANDARDELE UE

*Eduard LEAHU,
USMF Nicolae Testemițanu*

Actualitate. Deșeurile infecțioase rezultate din activitățile medicale (DAM) au reprezentat dintotdeauna o problemă gravă pentru sănătatea publică, însă pericolul s-a accentuat în ultimul timp. Un risc major de transmitere a infecțiilor parenterale apare în urma înțepăturilor și leziunilor cu DAM tăietor-înțepătoare. Conform unor date bibliografice (H.A. Семина, Ф.А. Ковалева, 2002), de la 2 până la 4% din persoanele cu înțepături fac hepatită virală. În regiunea Kirov (Federația Rusă), din 5945 de cazuri de hepatită virală B și C, înregistrate pe parcursul anilor 2000-2002, 5,1% au fost depistate la lucrătorii medicali (H.B. Дехтеарева, 2003.)

Obiectiv: evaluarea nivelului de conștientizare și de pregătire a personalului medical privitor la DAM, precum și a fluxului DAM în interiorul IMS, din momentul producerii-segregării până la etapa finală.

Materiale și metode. Pentru efectuarea studiului a fost realizată chestionarea și evaluarea SGDAM în IMS publice și private, privitor la cunoștințele, practicile personalului medical. Totodată, au fost studiate datele privind cantitățile de DAM pe categorii din cele trei zone ale țării (Nord, Centru, Sud).

Rezultate obținute. Conform datelor obținute, am constatat următoarele: SGDAM la moment în instituțiile medicale funcționează parțial. Nu se respectă cerințele OMS atât la etapa de producere-segregare, cât și la etapa finală de utilizare a DAM.

SGDAM este alcătuit din două compartimente direct proporționale: organizatoric și tehnico-material, care vor funcționa numai în baza cadrului legal aliniat la directivele UE. Lanțul veridic al măsurilor organizatorice GDAM constituie:

- Schema SGDAM pentru fiecare IMS separat
- Pregătirea profesională a cadrelor responsabile de GDAM
- Instruirea personalului IMS va fi efectuată la angajare, lunar, trimestrial privitor la regulile de gestionare DAM
- Alcătuirea schemei de personal în baza fișelor de post, care să evidențieze responsabilul pe GDAM
- Documentația privind informația despre deșeurile rezultate din activitățile medicale.

Concluzie. SGDAM trebuie să fie bine definit și integrat, astfel ca managementul de funcționare să fie simplu și accesibil, pentru a putea fi respectate principiile de bază: sănătate, ecologie, economie.

МЕНЕДЖМЕНТ СИСТЕМЫ УПРАВЛЕНИЯ МЕДИЦИНСКИМИ ОТХОДАМИ В ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ УЧРЕЖДЕНИЯХ ОРХЕЙСКОГО РАЙОНА

Юрий МОСКАЛЬЧУК, Василий ГУШТЮК,
Орхейский Центр Общественного Здоровья

Введение. Медицинские отходы представляют собой серьезную проблему, поскольку они по своему составу значительно отличаются от бытовых и соответственно требуют особого внимания. Прежде всего, в них кроется опасность, обусловленная постоянным наличием в их составе огромного количества различных видов микроорганизмов, в том числе и патогенных.

Материалы и методы. С целью определения достоверной ситуации в данной отрасли здравоохранения, нами в рамках ЛПУ района был проведен – с использованием разработанных актов клише – мониторинг уровней поэтапной системы управления опасными отходами. Статистически были обработаны данные от 2-х стационарных учреждений общей мощностью 630 коек и 42-х учреждений первичного звена здравоохранения.

Результаты и обсуждения. На настоящий момент в целевой системе здравоохранения района отсутствует территориальная программа по утилизации медицинских отходов и соответственно не разработана целенаправленная финансовая политика в данной области. Только в 60% учреждений (из числа анкетированных) в приказном порядке было утверждено должностное лицо с конкретными функциональными обязанностями. В остальных же случаях координацию действий по обороту медицинских отхо-

дов осуществляют случайно назначенные лица. Аналогично без должного требования на местах осуществляется методика учета и контроля за отходами. В ряде учреждений (33%) вообще отсутствуют необходимые документы (внутренняя карточка), а в 11% учет ведется на формальном уровне, без отражения необходимых регистрационных данных.

На 96% учреждения оснащены упаковочными материалами, в том числе позволяющими хранить в безопасном режиме колюще-режущие изделия. Тара нормативно промаркирована и имеет соответствующий цветной код. Только в 2% случаев (в основном малые медицинские учреждения сельской местности) медицинские отходы собираются совместно с бытовыми.

Основным методом промежуточной обработки медицинских отходов является первичное обеззараживание дезинфицирующими средствами (71,4%). Также в практической деятельности ряда учреждений используется методика автоклавирования (28,2%), которая в основном применяется в госпитальных стационарах.

Доставка отходов от мест образования до пунктов временного хранения в 98% случаях осуществляется исключительно ручным способом. Только 71,4% лечебно-профилактических учреждений обеспечены ведомственными площадками и необходимым сборным инвентарем (контейнеры, ящики, баки и т.д.), в остальных случаях используются общественные условия коммунальных служб примэрий.

Для транспортировки отходов до мест их захоронения в 19% учреждений применяются собственные транспортные средства, в иных местах вывоз осуществляется транспортом смежных ведомств, в том числе частных предприятий. Полностью отсутствуют условия для заключительной дезинфекции инвентаря и механизмов, задействованных на этапах доставки и перевозки медицинских отходов.

Из существующих способов финальной нейтрализации (уничтожения) последних приоритетным, в наших условиях, является метод сжигания (86%), который в основном осуществляется в произвольных (приспособленных) условиях.

Выводы. На основании проведенного мониторинга по изучению состояния системы управления медицинскими отходами в лечебно-профилактических учреждениях Орхейского района, напрашивается единственный вывод: все мероприятия, проводимые в данной отрасли медицинской деятельности, далеки от совершенства. Выход из создавшейся ситуации

возможен только путем внедрения в практику здравоохранения района уже согласованной госсаннадзором инвестиционной программы Министерства здравоохранения Республики Молдова, предусматривающей открытие на базе районной больницы миницеха по переработке медицинских отходов, который, согласно проектным данным, мог бы обслуживать не только все медицинские учреждения района, но и учреждения прилегающих районов.

SĂNĂTATEA RESURSELOR UMANE MEDICALE – PREMISA PROFILAXIEI BOLILOR NOSOCOMIALE

Lilia MORARU,

Centrul Național de Management în Sănătate

Introducere. Resursele umane medicale în activitatea lor adesea înregistrează traumatisme, înțepături, arsuri cu ingredientii, materialele biologice sau vin la serviciu deja infectați, cu panaricii, boli transmisibile sau prezentându-se ca și transmitători de boli (hepatite, dizenterie etc.). Deși medicii cunosc aceste lucruri, planul financiar, nevoile materiale îi impun să lucreze uneori fără măsuri de precauție, care adesea pot deveni fatale pentru organizații întregi.

Scopul lucrării a fost contribuția la asigurarea unei stări de sănătate bune a populației țării, parte componentă a căreia sunt resursele umane medicale și pacienții.

Obiective:

- identificarea factorilor de risc profesionali în activitatea personalului medical,
- determinarea structurii bolilor profesionale în unitățile medicale studiate,
- analiza informației obținute,
- cuantificarea impactului factorilor de risc asupra personalului medical,
- formularea previziunilor,
- elaborarea de strategii și planuri,
- elaborarea unui sistem de monitorizare,
- elaborarea metodelor de evaluare a măsurilor luate,
- studiul posibilităților de includere a aportului intersectorial, interdepartamental.

Material și metode. Personalul medical (600 de persoane) a fost examinat ca un sistem bio-psi-hosocial: ca organism biologic, ca personalitate și ca purtător de riscuri.

Rezultate. Au fost identificate 5 clustere de factori de risc. Printre factorii de risc profesionali 79.7% intervievați au indicat contactul aerogen cu bolnavii; 95.9% – contactul cu sângele bolnavilor; 90.5% – accidente în muncă (cu înțepătoare, tăietoare etc.);

87.8% – contactul cu materiale bioptice, plăgi purulente; 59.5% – contactul cu mase vomitive de la bolnavi; 59.5% – contactul cu substanțe dezinfectante; 39.2% – nerespectarea normelor de protecție; 68.9% – lipsa condițiilor și a echipamentului de protecție; 39.2% – suprasolicitarea; 17.6% – radiația (existența monitoarelor radioactive în sălile de operații).

În clusterul *factorilor de risc psihologici* au fost incluse: 31.1% – stresul pentru reușita intervențiilor chirurgicale; 47.3% – stresul în procesele defectuoase de comunicare cu pacienții. Pentru clusterul de *factori organizatorici*, cu 36.5% a fost indicată proasta organizare a muncii; cu 35.1% – nerespectarea normelor esteticii; 17.6% – nerespectarea normelor ergonomice la locul de muncă etc. În clusterul *factorilor de risc sociali*, cu 23% – lipsa de locuință; 85.1% – salariile mici; 62.2% – birocrăția existentă; cu 41.9% – nesiguranța; cu 35.1% – indiferența etc.

Drept boli asociate activității lor personalul medical a indicat: 12.2% – hepatitele; 1.4% – sifilisul; 1.4% – HIV; 5.4% – TBC; 10.8% – rujeola, rubeola, oreionul contactate de la bolnavi; 5.4% – nevrozele; cu 4.1% – bolile psihice; 16.2% – bolile alergice; cu 5.4% – bolile alergice de sistem (lupus psoriazis).

Concluzii. Cele mai frecvente boli rezultate sunt hepatitele, sifilisul, HIV, TBC, maladiile infecțioase, nevrozele, bolile alergice. Respectarea normelor sanitar-epidemiologice este unul dintre factorii de profilaxie a bolilor nosocomiale.

STUDIAREA ȘI EVALUAREA NIVELULUI DE INFECTARE CU VIRUSURILE HEPATITELOR VIRALE B ȘI C A LUCRĂTORILOR MEDICALI DIN ZONA DE SUD A R. MOLDOVA

Marina ISAC¹, Vladimir GURIEV¹,
Constantin SPÎNU¹, Octavian SAJEN¹,
Igor SPÎNU¹, Gheorghe GHIȚOI²

¹Centrul Național de Sănătate Publică,

²Centrul de Sănătate Publică Vulcănești

Actualitate. Hepatitele virale B și C reprezintă o problemă actuală de sănătate publică, precum și socioeconomică. Lucrătorii medicali sunt un grup cu risc sporit de infectare cu virusurile hepatitelor virale B și C.

Materiale și metode. Pentru realizarea studiului au fost investigați la markerii hepatitelor virale B și C 244 de lucrători medicali din zona de Sud a Republicii Moldova (IMSP Spitalul clinic raional, or. Vulcănești) prin metoda imunoenzimatică ELISA, utilizând teste cu sensibilitatea și specificitatea 99,5% (DIA.PRO, Italia).

Rezultate obținute. Analiza și evaluarea rezultatelor a demonstrat că AgHBs a fost depistat la 22 persoane (9,0%) și anti-HCV la 8 (3,3%). Repartizarea în rândurile femeilor și bărbaților a fost următoarea: printre femei $n = 225$ AgHBs a fost depistat în 9,8% cazuri (21 persoane) în timp ce printre bărbați – la 5,2% (o persoană). Anti-HCV a fost depistat în 3,6% cazuri (8 persoane), toate în rândul sexului feminin. La bărbați acest marker nu a fost depistat. Un interes deosebit prezintă repartizarea markerului AgHBs pe grupe de vârstă. Cele mai multe cazuri de decelare a AgHBs s-au înregistrat în grupa de vârstă 31-60 de ani – 16 cazuri (6,6%), totodată în această grupă înregistrându-se cel mai înalt nivel de detectare a markerului anti-HCV – 6 cazuri (2,5%).

Analiza și evaluarea rezultatelor studiului au demonstrat că, în funcție de postul ocupat, cele mai multe rezultate pozitive la markerul AgHBs s-au înregistrat în rândul asistentelor medicale – 5,0% (12 persoane) și a infermierelor – 3,7% (9 persoane). În același timp, markerul anti-HCV a fost depistat la 3 infermiere (1,3%) și la 3 asistente medicale (1,3%).

Concluzie. Lucrătorii medicali din zona de Sud sunt expuși unui risc sporit de infectare cu virusurile hepatitelor virale B și C – 9,0% și 3,3%, respectiv. În acest context, se impune necesitatea acoperirii vaccinale a personalului medical contra hepatitei virale B.

UNELE ASPECTE EPIDEMIOLOGICE ALE INFECȚIEI HIV/SIDA ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU

Ion VLAS,

Centrul de Sănătate Publică, mun. Chișinău

Infecția HIV/SIDA continuă să fie o problemă prioritară de sănătate publică, care tot mai mult își lasă amprenta în toate sferele vieții și activității umane, aduce prejudicii grave de ordin medical, social, moral și economic.

În conformitate cu clasificarea Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), actualmente infecția HIV/SIDA în Republica Moldova se află în stadiul de **epidemie concentrată**, cu transmitere preponderentă pe cale heterosexuale. Prevalența HIV este în mod constant $> 5\%$ în grupurile de populație cu risc sporit de infectare și $< 1\%$ în rândul femeilor gravide.

În anul 1992, în mun. Chișinău este depistat primul caz de infecție HIV. Însă o răspândire largă a infecției HIV obține în anii 1996-2001, când numărul de persoane afectate sporește esențial, fiind înregistrate și raportate în această perioadă 478 de cazuri noi de infecție HIV, cu răspândire preponderentă în rândul utilizatorilor de droguri injectabile.

Începând cu anul 2002, infecția se înregistrează și în teritoriile rurale. Anual în municipiul Chișinău se înregistrează în medie 90 cazuri noi de infecție HIV și 40 cazuri de SIDA. Decedează anual în rezultatul maladiei SIDA 13-15 persoane.

La finele anului 2011, în municipiu au fost înregistrate în total 1256 persoane infectate cu virusul HIV, prevalența constituie 157,0 la 100 mii populație (media pe republică – 171,53). În perioada 1992-2011, maladia SIDA a fost diagnosticată la 344 persoane, dintre acestea 160 (46,5%) au decedat.

În anul 2011 au fost înregistrate în municipiu 99 cazuri noi de infecție HIV, indicele de incidență fiind 13,02 (media pe republică – 17,58) la 100 mii populație. Preponderent infecția HIV se înregistrează în rândurile persoanelor ce întrețin relații sexuale cu persoane HIV infectate ori bolnave de SIDA, printre utilizatorii de droguri injectabile, bolnavii de tuberculoză și printre persoanele ce revin de peste hotare după un termen mai mare de 3 luni, fiind afectate în majoritate persoanele tinere, de vârstă reproductivă, apte de muncă, sexual active – vârsta de 15-39 de ani (62-75% în diferiți ani).

Se menține la un nivel sporit ponderea femeilor implicate în procesul epidemic (51-55%). Sporește numărul cazurilor de infecție HIV printre femeile gravide – de la 8 cazuri în a. 2009 la 13 în 2011. Implicarea femeilor gravide în procesul epidemic reprezintă un risc major de transmitere a infecției pe cale materno-fetală. În perioada 2002-2011, în municipiu au fost depistați cu infecția HIV 15 copii născuți din mame HIV pozitive.

În structura căilor de transmitere a infecției HIV predomină calea sexuală (anul 2009 – 80,2%, 2010 – 80,7%, 2011 – 79,8%), respectiv se reduce ponderea persoanelor infectate în rezultatul consumului de droguri injectabile (2009 – 19,8%, 2011 – 12,12%).

Creșterea numărului persoanelor infectate cu HIV favorizează răspândirea infecției în rândurile populației, crește probabilitatea riscului infectării nosocomiale, inclusiv a infectării profesionale a lucrătorilor medicali. Epidemia de HIV/SIDA pune corpul medical în situația nu numai de a lupta cu o boală incurabilă, cu o răspândire de proporții, ci și de a asigura cu exigență protecția personală de o eventuală infectare cu virusul HIV (dar și cu virusul HVB) în timpul executării obligațiilor de serviciu.

Respectarea cu strictețe de către lucrătorii medicali a precauțiilor universale în timpul executării obligațiilor de serviciu, evidența accidentelor medicale, efectuarea corectă a acțiunilor organizatorice și profilactice postcontact (în caz de accident medical) asigură protecția anti-HIV și anti-HV parenterale.