

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

6(63)/2015

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 30.10.2013, 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

**Oleg Lozan** – redactor-șef adjunct

**Mircea Buga, Mihai Pâslă, Mihai Moroșanu**

Secretar Secretary

**Ludmila Goma**

---

#### **Consiliul de redacție**

*Ion Ababii*

*Emil Anton (Iași)*

*Grigore Belostecinic*

*Vasile Ciobanu (Cernăuți)*

*Igor Denisov (Moscova)*

*Eugen Diug*

*Ludmila Ețco*

*Grigore Friptuleac*

*Stela Gheorghiuță*

*Ștefan Gheorghiuță*

*Victor Ghicavâi*

*Gheorghe Ghidirim*

*Eva Gudumac*

*Vladimir Hotineanu*

*Constantin Iavorschi*

*Mihai Magdei*

*Ion Mereuță*

*Ion Moldovanu*

*Benoit Nautre (Franța)*

*Nicolai Opopol*

*Gheorghe Paladii*

*Valeriu Pantea*

*Iurie Pânzaru*

*Natalia Polunina (Moscova)*

*Mihai Popovici*

*Viorel Prisacari*

#### **Editorial council**

*Yousif Rahim (Italia)*

*Andrei Roșca*

*Valeriu Rudic*

*Victor Savin*

*Constantin Spânu*

*Ion Șalaru*

*Dumitru Tintiuc*

*Boris Topor*

*Teodor Tulcinschi (Israel)*

*Georghe Țăbârână*

*Teodor Țârdea*

*Brigitha Vlaicu (Timișoara)*

*Ana Volneavski*

*Victor Vovc*

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*  
Machetare computerizată – *Anatol Timotin*  
Asistență computerizată – *Irina Nicov*  
Coperta – *Iulian Grosu*

Conținutul revistei poate fi consultat pe adresa: [www.public-health.md](http://www.public-health.md), [www.cnsp.md](http://www.cnsp.md)

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194<sup>a</sup> (blocul 4, et. 4)  
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova  
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44  
E-mail: [constantin.etco@usmf.md](mailto:constantin.etco@usmf.md)

## CUPRINS

### 70 DE ANI AI USMF „NICOLAE TESTEMIȚANU”

CONSTANTIN EȚCO  
Nicolae Testemițanu – un nume devenit renume.  
25 de ani de la conferirea numelui marelui patriot  
al medicinei moldave Universității de Medicină și Farmacie  
din Chișinău ..... 4

#### SĂNĂTATE PUBLICĂ

GABRIELA ȘORIC, FELICIA LUPAȘCU-VOLENTIR,  
ELENA COȘCIUG, A. NEGARĂ, A. ȘALARI,  
ADRIANA BOTEZATU  
Aspecte ale calității vieții pacienților vârstnici..... 7

BRÂNDUȘA CONSTANTIN, ADRIANA ALBU  
Angajatul vârstnic și patologia cardiovasculară:  
particularități ..... 12

ИГОРЬ НАВЧУК, ВАСИЛИЙ ЧЕБАН, АНЖЕЛА БИДУЧАК  
Исследование осведомленности сельских жителей  
относительно профилактических технологий  
артериальной гипертензии..... 15

JANETTA REVENKO, ELVIRA IASINSKAIA, VASILI CEBAN  
Influența aterosclerozei și a bolii coronariene  
asupra indicilor supraviețuirii bolnavilor cu dereglare  
a ritmului și a conductibilității cardiace ..... 19

GALINA BUTA, ZINA COBĂLEANU, IURIE GUZGAN,  
PAVEL BORȘ, VASILE CORCEA  
Evoluția sănătății preșcolarilor și a elevilor  
în Republica Moldova prin prisma  
examinării medicale profilactice..... 21

IURIE PÎNZARU  
Toxicologia experimentală în Republica Moldova:  
de la origine la contemporaneitate ..... 26

#### STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

ALINA MIRON  
Rezistența la antibiotice a germenilor izolați  
de la pacienții cu boli diareice acute ..... 34

VASILE BABIUC  
Aspectul științific al arsurilor ..... 38

VASILE BABIUC  
Afectarea sistemului gastrointestinal la pacienți cu arsuri,  
în diferite condiții climaterice ..... 42

ЖАНЕТТА РЕВЕНКО  
Особенности клинико-иммунологических  
и кожных проявлений при демодекозе ..... 45

#### ISTORIA MEDICINEI

LUDMILA EȚCO  
Pagini din istoria fondării și dezvoltării științei  
obstetrico-ginecologice în USMF Nicolae Testemițanu  
la 70 ani de activitate ..... 50

#### REVISTA LITERATURII

ALA DONOS  
Mecanismele imunologice în recurențele respiratorii acute  
la copii ..... 4

#### VARIA

ANGELA TONJOC  
Rolul mass-mediei în promovarea procesului  
de integrare europeană a Republicii Moldova ..... 4

#### EVENIMENTE ȘTIINȚIFICE

CONSTANTIN EȚCO  
Congresul XXVI ALASS..... 4

#### JUBILEE

ION BAHNAREL  
Lilia Groza. Cutezanță în pedagogie și în cercetare ..... 4

## CONTENTS

### 70 YEARS OF SUMP „NICOLAE TESTEMITANU”

CONSTANTIN ETCO  
Nicolae Testemitanu – a name became famous.  
25 years from naming the State University of Medicine and  
Pharmacy from Chisinau with the name of the greatest patriot  
of the Moldovan medicine..... 4

#### PUBLIC HEALTH

GABRIELA SORIC, FELICIA LUPASCU-VOLENTIR,  
ELENA COSCIUG, A. NEGARA, A. SALARI,  
ADRIANA BOTEZATU  
Quality of life issues in the elderly patients ..... 7

BRANDUSA CONSTANTIN, ADRIANA ALBU  
Elderly employee and cardiovascular pathology:  
peculiarities ..... 12

IGOR NAVCHUK, VASYL CHEBAN, ANGELA BIDUCHAK  
A study of real inhabitants' awareness  
of preventive technologies  
of arterial hypertension ..... 15

ZHANETTA REVENKO, ELVIRA YASINSKA, VASYL CHEBAN  
The influence of atherosclerosis and coronary heart disease  
on indexes of survival of patients with cardiac rhythm  
and conduction disturbances..... 19

GALINA BUTA, ZINA COBALEANU, IURIE GUZGAN,  
PAVEL BORS, VASILE CORCEA  
The dynamics of preschoolers and schoolers' health  
in the Republic of Moldova through  
preventive health examination ..... 21

IURIE PINZARU  
Experimental toxicology in Republic of Moldova:  
from the origin to contemporaneity ..... 26

#### CLINICAL AND SCIENTIFIC STUDIES

ALINA MIRON  
Antibiotic-resistant germs isolated  
from acute diarrheal disease patients..... 34

VASILE BABIUC  
Scientific aspects of combustions..... 38

VASILE BABIUC  
Gastrointestinal system  
of burns..... 42

ZHANETTA REVENKO  
Peculiarities clinical-immunological  
and skin manifestations of demodocosis ..... 45

#### HISTORY OF MEDICINE

LUDMILA ETCO  
Pages of history of obstetrical and gynecological science  
creation and development of SMPU Nicolae Testemitanu  
during the 70 years of activity ..... 50

#### REVIEW OF LITERATURE

ALA DONOS  
Immune mechanisms in acute respiratory recurrences  
in children ..... 4

#### VARIOUS

ANGELA TONJOC  
Investigation and analysis of the media's role in promoting  
European integration of Moldova ..... 4

#### SCIENTIFIC EVENTS

CONSTANTIN ETCO  
XXVI Congress LAHSA..... 4

#### ANNIVERSARIES

ION BAHNAREL  
Lilia Groza. Boldness in teaching and research ..... 4

NICOLAE TESTEMIȚANU –  
UN NUME DEVENIT RENUME

25 de ani de la conferirea numelui  
marelui patriot al medicinei moldave  
Universității de Medicină și Farmacie din Chișinău

La 12 aprilie 1990, prin hotărârea Guvernului Republicii Moldova, Institutului de Stat de Medicină din Chișinău i s-a conferit numele profesorului **Nicolae Testemițanu**. Considerăm că, în acest sens, conducerea țării a luat hotărârea ținând cont de două argumente forte.

**Primul** ținea de meritele colectivului Institutului, care în această perioadă împlinea 45 de ani de la inaugurare. Amintim că Institutul de Stat de Medicină din Chișinău a fost fondat în octombrie 1945, prin Hotărârea Guvernului URSS, ce a transferat Institutul numărul 2 din Sankt Petersburg, aflat atunci la Kislovodsk, în capitala Moldovei.

Împreună cu circa 700 de studenți, la Chișinău au sosit și 134 de profesori. În organizarea și formarea cadrelor, au desfășurat o activitate deosebită renumiți profesori universitari: A. Lavrentiev – anatomist, A. Cramer – biochimist, A. Zubkov – fiziolog, F. Agheicenکو – morfopatolog, N. Kuznețov – histolog, G. Rubașov, A. Lvov și F. Golub – chirurși, N. Kornetov și N. Starostenko – terapeuți, V. Stîriovici – pediatru, M. Ghehman – organizator al ocrotirii sănătății, N. Nikogosian – igienist, L. Roziener – infecționist, S. Belinski – microbiolog, Al. Borzov – dermatovenerolog, I. Kurlov – oftalmolog, V. Cekurin – otolaringolog, N. Molohov – psihiatru, B. Șarapov – neurolog și alții. Aceste personalități, având deja o mare experiență pedagogică, din primele zile de activitate au depus efort și abilități pentru a organiza buna funcționare a catedrelor, a procesului didactic în noua instituție de învățământ superior medical din RSS Moldovenească.

Din primii ani ai fondării, în Institutul de Stat de Medicină se desfășurau cercetări științifice, rezultatele cărora se discutau la conferințele științifice anuale ale colaboratorilor și studenților. Mai apoi, aceste conferințe au devenit tradiționale, iar materialele erau publicate regulat în anale științifice. Astfel, în procesul științific au fost implicați tinerii cercetători, mulți dintre ei viitori doctori și doctori habilitați în științe medicale, fondatori ai direcțiilor și școlilor științifice autohtone.

Până în 1954, în cadrul Institutului funcționa o singură facultate – *Medicină Generală*. Evident, posibilitățile acestei facultăți erau limitate și nu puteau satisface cerințele crescânde ale Republicii în cadre medicale. Argumentând în instanțe această deficiență, rectorii N. Starostenko și N. Testemițanu reușesc, pe parcurs, să deschidă noi facultăți: *Pediatrie*, în 1954; *Stomatologie*, în 1959; *Medicina Preventivă*, în

1963, și *Farmaceutică*, în 1964. În anul 1962 a fost inaugurată Facultatea *Perfecționarea Medicilor*. Înființarea facultăților de medicină constituie un eveniment important în dezvoltarea medicinei în Republica Moldova. Concomitent cu procesul de pregătire a noilor generații de medici-specialiști, se formează și un corp didactic universitar puternic, preocupat de organizarea activității catedrelor, laboratoarelor, ceea ce a contribuit substanțial la dezvoltarea învățământului medical superior. În această perioadă sunt editate manuale pentru studenți în limba română. Treptat, apar școli științifice medicale, fondatorii cărora erau personalități recunoscute, în primul rând, cei care au stat la baza creării catedrelor.

În 1948, la Institut a avut loc susținerea primei teze de candidat (doctor) în științe medicale de către Natalia Gheorghiu, iar în 1963, Nicolae Anestiadi susține prima teză de doctor habilitat. Către anul 1990, în Institutul de Stat de Medicină din Chișinău au fost susținute 624 de teze de doctor și 86 de teze de doctor habilitat în științe medicale. O bună parte dintre doctorii habilitați au prelungit tradițiile școlilor deja existente, fondate de savanții sosiți la Chișinău în 1945, alții au creat școli științifice proprii (N. Anestiadi, P. Bâtcă, C. Țăbărnă, Gh. Paladi, D. Gherman, V. Anestiadi, N. Testemițanu, V. Kant, N. Gheorghiu, E. Maloman, A. Nacu, Gh. Ghidirim, V. Halitova, E. Șleahov, B. Reznic, V. Ghețeu și alții).

Un sprijin important în pregătirea cadrelor științifice, în dezvoltarea și optimizarea cercetărilor științifice îl acordă Laboratorul Central de Cercetări Științifice, fondat în 1962. Conform statutului său, LCCȘ coordonează metodic și asigură consultații cadrelor didactice, doctoranzilor și postdoctoranzilor în efectuarea cercetărilor științifice.

Școlile naționale Fondate, specializate în diverse domenii științifice, au contribuit la pregătirea cadrelor pentru Institutul de Medicină, precum și pentru organizarea instituțiilor de cercetări din țară.

În 1959 a fost fondat Institutul de Ftiziopulmonologie, primul director devenind Vasile Socol, doctor, conferențiar. În 1960, în baza Dispensarului Oncologic Republican, a fost fondat Institutul Oncologic, al cărui director a fost renumitul chirurg-oncolog Ghivi Honelidze. Institutul de Cardiologie a fost creat în 1984 de către Mihail Popovici, profesor universitar, academician. În anul 1988 a fost înființat Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, primul director fiind Eugen Gladun, profesor universitar, membru co-res-

pondent al AȘM. În 2004, în baza Centrului de Neurologie și Neurochirurgie (medic-șef conferențiarul Mihai Casian) a fost fondat Institutul de Neurologie și Neurochirurgie.

În anii '70 ai secolului trecut, Institutul de Stat de Medicină din Chișinău deja devenise un centru științific și educațional de înaltă calificare, cu bogate tradiții în pregătirea cadrelor de medici și farmaciști din republica noastră. O dovadă convingătoare privind activitatea amplă și recunoașterea succeselor Institutului de Medicină este atestarea lui, în 1965, cu categoria întâia de Comitetul Unional al Învățământului Superior al URSS.

În calitate de instituție medicală superioară, Institutul din Chișinău se plasa pe locul 5 între cele aproape 90 de instituții și facultăți medicale din fosta Uniune. Ca urmare a acestei aprecieri, în 1968, de rând cu Institutul nr. 1 I. Secenov din Moscova, Institutul nr. 1 din Leningrad, Institutul de Medicină din Kiev și Institutul de Medicină din Harkov, Institutul de Medicină din Chișinău a fost învrednicit de dreptul de a organiza o nouă formă de pregătire a absolvenților – prin subordonatură și internatură. Această nouă metodă de pregătire a cadrelor medicale a fost încredințată doar celor mai prestigioase instituții, fapt ce confirmă încă o dată succesele incontestabile ale colectivului de muncă la acea etapă.

Pe măsura consolidării și perfecționării colectivului didactic, acumulării experienței pedagogice, intensificării și optimizării sistemului de lucru academic, se îmbunătățește și reușita studenților. Astfel, fiecare al șaselea absolvent al instituției s-a învrednicit de diplomă cu mențiune. Un aport considerabil în dezvoltarea și consolidarea Institutului de Medicină, la diferite etape de activitate a acestuia, l-au adus rectorii: I. Sorocean (1945-1948), medic emerit al RSSM; N. Harauzov (1948-1951), conferențiar; N. Ganu (1951-1953), conferențiar; N. Starostenko (1953-1959), profesor universitar, Om emerit în știință; N. Testemițanu (1959-1963), profesor universitar, Laureat al Premiului de Stat; V. Anestiadi (1963-1986), profesor universitar, academician al AȘM, Laureat al Premiului de Stat; L. Cobîleanschi (1986-1994), profesor universitar, Laureat al Premiului de Stat.

Este de menționat că odată cu venirea, în 1986, în postul de rector a lui Leonid Cobîleanschi, Institutul de Stat de Medicină a făcut un pas considerabil în îmbunătățirea stării tehnico-materiale, a condițiilor de muncă și de trai ale colaboratorilor. Fiind de o cumsecădenie și o bonomenie aparte, a depus multe eforturi pentru promovarea colaboratorilor care meritau în posturi de docenți și profesori. A contribuit substanțial la revederea planurilor de studii, la îmbunătățirea procesului metodic și didactic. Sub conducerea profesorului Leonid Cobîleanschi a crescut și mai mult imaginea pozitivă a institutului.

Reieșind din aceste succese, rectorul Leonid Cobîleanschi a avut argumente cât se poate de plauzibile și serioase pentru a insista să se confere Institutului numele profesorului Nicolae Testemițanu.

**Aldoilea** – și poate cel mai important argument – a fost însăși persoana ilustrului organizator, savant și pedagog, care a fost Nicolae Testemițanu.

După absolvirea Institutului de Medicină din Chișinău, în 1951, în așa-numita „promoție de aur”, tânărul Nicolae Testemițanu își începe activitatea de medic în calitate de chirurg la Spitalul Central Regional din Râșcani.

În 1954, absolvește ordinatura clinică și devine asistent la Catedra *Chirurgie Generală* a Institutului de Medicină. Concomitent, este conducătorul Secției medico-sanitare a Ministerului de Interne. Fiind numit, în 1955, medic-șef al Spitalului Clinic Republica, Nicolae Testemițanu acordă o atenție deosebită organizării asistenței medicale specializate populației rurale. Tot el este primul redactor al Revistei *Ocrotirea sănătății* a Ministerului Sănătății al RSSM, care se editează din 1957.

După susținerea, în 1958, a disertației de candidat în științe medicale, în martie 1959 este numit în funcția de rector al Institutului de Stat de Medicină. În această funcție s-a manifestat ca un conducător cu inițiativă și calități deosebite, a contribuit substanțial la inaugurarea noilor facultăți, la îmbunătățirea tehnico-materială a Institutului.

În aprilie 1963, docentul Nicolae Testemițanu este promovat în postul de Ministru al Sănătății al Republicii Moldova, în care s-a evidențiat îndeosebi talentul său de organizator al sănătății. Ținând cont de cerințele stringente ale populației în cadre medicale, a argumentat științific necesitatea unor facultăți noi, a creșterii numărului de studenți admiși la anul 1 la Institutul de Medicină și a școlilor medicale. În acest context, subliniem că cel mai mare merit și aport care l-a avut Nicolae Testemițanu în funcția de ministru constă în pregătirea cadrelor medicale naționale de înaltă calificare. Cu susținerea Ministerului Sănătății și cu ajutorul colegilor-miniștri din alte republici unionale, au fost pregătiți în centrele științifice din URSS – Moscova, Sankt Petersburg, Kiev, Harkov –, prin aspirantura cu destinație specială, peste 200 de candidați (doctori) în științe medicale. De asemenea, a făcut mult pentru fortificarea bazei tehnico-materiale a instituțiilor medicale, implementarea noilor forme și metode progresiste de organizare a asistenței medicale, a rezultatelor științifice în profilactica, diagnosticarea și tratamentul maladiilor.

După postdoctoratură (1968-1970), susținerea cu succes a tezei de doctor habilitat în științe medicale și conferirea titlului de profesor, în anul 1973, Nicolae Testemițanu este ales prin concurs șef al Catedrei nr. 1 *Medicină Socială și Organizarea Ocrotirii Sănătății*, pe care a condus-o până la decesul subit, survenit la 20 septembrie 1986.

Prodigioasă și diversă a fost și activitatea științifică a profesorului Nicolae Testemițanu. El este autor a peste 200 de lucrări științifice, inclusiv 8 monografii, consacrate problemelor actuale ale medicinei sociale și organizării ocrotirii sănătății, istoriei medicinei,

chirurgiei și traumatologiei. Sub conducerea sa au fost susținute 12 teze de doctor în științe medicale.

La inițiativa și sub conducerea lui Nicolae Testemițanu a fost fondat Laboratorul științific cu problema „argumentarea științifică a căilor de echivalare a nivelurilor serviciilor medicale populației urbane și rurale”.

În baza cercetărilor științifice întreprinse de colectivul catedrei condus de profesorul Nicolae Testemițanu, a fost elaborat și argumentat un concept nou de organizare a asistenței medicale specializate de ambulatoriu, asistenței spitalicești și de urgență a populației rurale, care prevedea centralizarea serviciului spitalicesc în spitalele centrale raionale și organizarea pe lângă acestea a stațiilor de urgență medicală, fapt ce a dus la desăvârșirea asistenței specializate de ambulatoriu a populației rurale. În acest context, de comun cu specialiști din domeniile matematicii, economiei, arhitecturii etc., au fost elaborate și propuse 4 proiecte de ambulatorii și 3 proiecte de puncte medicale pentru localitățile rurale. Conform planului de amplasare a acestor instituții, aprobat de Consiliul de Miniștri al Republicii Moldova la 11 octombrie 1983, nr. 365, se preconiza ca până în 2010 să fie construite instituții medicale de tip nou în toate localitățile rurale ale republicii.

Pentru elaborarea acestui complex, prin cercetări științifice de mare perspectivă în dezvoltarea asistenței medicale în satele republicii, în același an, 1983, colectivul de autori în frunte cu profesorul Nicolae Testemițanu a fost distins cu Premiul de Stat al Republicii Moldova în domeniul științei și tehnicii. Astfel, către anul 1991 – anul Independenței Republicii Moldova – au fost date în exploatare 80 de ambulatorii și 174 de puncte medicale de diferite categorii, erau în construcție alte peste 100 de ambulatorii și puncte medicale.

Profesorul Nicolae Testemițanu a fost nu numai un savant talentat, ci și un pedagog iscusit, un educator priceput al cadrelor tinere. Sub conducerea sa, colectivul catedrei a elaborat și a reeditat îndrumări metodice pentru studenți și profesori la toate disciplinele care se predau la catedră. Mulți ani la rând catedra ocupa locul de frunte în Institut.

Profesorul Nicolae Testemițanu, concomitent cu lucrul științific, pedagogic și educațional, acorda o atenție deosebită lucrului obștesc. A fost președinte al Comitetului Sindical al Institutului, deputat în Sovietul Suprem al republicii (legislațiile 6 și 7). În 1982, la inițiativa lui, a fost creată Societatea republicană științifică a social-igieniştilor și a organizatorilor ocrotirii sănătății a Republicii Moldova, pe care a condus-o cu succes până în 1986.

Nicolae Testemițanu a fost un mare patriot. El afirma mereu că „patria, în primul rând, este pragul casei unde te-ai născut, satul tău, țara ta”. El considera că patriotul este nu acel care spune fraze pompoase, dar acel care dovedește cu fapte concrete dragostea și devotamentul față de patrie. El își iubea foarte mult părinții, avea o atitudine deosebită față de

consătenii lui de la Ochiul-Alb, venea des pe acasă, se interesa de succesele gospodăriei colective din sat; a contribuit la construirea școlii, casei de cultură, spitalului și grădiniței de copii din localitate. În acest context, voi aduce ca exemple unele expresii ce ne le spunea nouă, colaboratorilor catedrei: „Suntem în mare datorie față de oamenii de la sate, care ne cresc pâine!”; „Viața e scurtă – trebuie să ne grăbim s-o trăim!”; „Grăbiți-vă să faceți bine!”; „Trebuie să ne iubim patria, scumpa noastră Modovă!”, „Noi, colaboratorii catedrei, suntem veniți din sat, de aceea prin laptele mamelor ni s-a dat să muncim serios pentru ameliorarea organizării asistenței medicale, în primul rând, a populației sătosești”.

Ca medic, a întruchipat în sine înțelepciunea lui Hipocrate, interesul lui Galen, fermitatea lui Pirogov, intuiția lui Botkin, umanismul lui Cehov.

Numele lui Nicolae Testemițanu, persoană și personalitate de o deosebită anvergură, veșnic va străluci în constelația celor mai talentați medici moldoveni, alături de Costache Vîrnăv, Nicolae Sclifosofski, Nicolae Zubcu-Codreanu, Lev Tarasevici, Toma Ciorbă.

Astăzi, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie din Chișinău, la 25 de ani de când poartă numele lui Nicolae Testemițanu, instituție care în această toamnă și-a sărbătorit jubileul de 70 de ani de la fondare, este una dintre cele mai prestigioase instituții superioare din Republica Moldova, recunoscută atât în țară, cât și departe peste hotarele ei. La cele 4 facultăți, în prezent, își fac studiile peste 5800 de studenți, inclusiv 1860 din 23 de țări străine. Absolvenții noștri, dând dovadă de înalt profesionalism și etică medicală, duc faima Universității și a Republicii Moldova în multe state din lume.

Procesul de instruire în Universitate este realizat astăzi de circa 880 de cadre de înaltă calificare, dintre ei 125 doctori habilitați și peste 450 doctori în științe medicale. Pregătirea studenților se efectuează în 4 limbi – română, engleză, rusă și franceză. Universitatea dispune de o bază tehnico-materială modernă, săli de studii bine amenajate, cămine cu reparație europeană, cu condiții bune de trai pentru studenți.

În tot ce a obținut Universitatea de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu* în ultimii 10-15 ani este meritul domnului Ion Ababii, doctor în științe medicale, profesor universitar, academician, rector timp de 18 ani.

Felicităm colectivul Universității cu acest semnificativ prilej și cu ocazia jubileului de 70 de ani de activitate și dorim tuturor membrilor ei multă sănătate, prosperitate și realizări cât mai frumoase pe viitor.

Redactor-șef **Constantin Ețco**,  
doctor habilitat în medicină,  
profesor universitar, academician  
al Academiei internaționale *Noosfera*,  
Informatizare și Management

ASPECTE ALE CALITĂȚII  
VIEȚII PACIENȚILOR VÂRSTNICI

Gabriela ȘORIC, Felicia LUPAȘCU-VOLENTIR,  
Elena COȘCIUG, A. NEGARĂ, A. ȘALARI,  
Adriana BOTEZATU,  
Laboratorul Științific de Gerontologie,  
IP USMF Nicolae Testemițanu

**Summary****Quality of life issues in the elderly patients**

All the sufferings of the elderly must be analyzed in psychosocial context, and the therapeutic solutions must be bio-psycho-social also. The aim of the study was to research the physical, mental and social status of the elderly patients for determining quality of life. The study included patients aged 65 years and older. All patients were consecutively examined after admission to the specialized geriatric ward of PMI Municipal Clinical hospital of Ministry of Health during January–February 2015. 46,6% of the elderly patients with ages between 75 and 84 years are living alone at home. Mental status of the elderly patients has been affected in a smaller percentage. Among the sleep disorders in the elderly, the largest share had chronic insomnia. Domestic violence was seen in both study groups. Most patients had III A and III B dependence degree.

**Keywords:** quality of life, elderly patients, dependence

**Резюме****Аспекты качества жизни у пожилых пациентов**

Все состояния пожилых людей необходимо рассматривать в психо-социальном контексте, а терапевтические проблемы включать и био-психо-социальные решения. Цель работы – исследовать физическое, умственное и социальное состояния пожилых пациентов, для определения качества жизни у пожилых. В исследовании были включены пациенты старше 65-ти лет. Все пациенты были обследованы по мере поступления в специализированное гериатрическое отделение Клинической больницы Министерства здравоохранения в период с января по февраль 2015 г. Среди пациентов в возрасте от 75 до 84 лет было отмечено, что 46,6% живут дома одни. Замечено, что проблем психического состояния у пожилых людей меньше (группа 1 против группы 2): спутанность сознания – 2,5% к 0%, беспокойство – 10% к 10%, апатия – 10% к 3,3%. Среди нарушений сна у пожилых людей, с наибольшей долей была зарегистрирована хроническая бессонница – 46,6% случаев у пациентов старше 75-ти лет. Было замечено насилие в семье в обеих группах (35% против 50%;  $p > 0,05$ ). У большинства пациентов была зарегистрирована зависимость III A (32,5% против 56,6%,  $p < 0,05$ ) и III B (62,5% против 23,3%,  $p < 0,001$ ).

По данным этого исследования, качество жизни пожилых пациентов в возрасте 75-84-х лет оказалось ниже по сравнению с пожилыми в возрасте 65-74-х лет.

**Ключевые слова:** качество жизни, пожилые пациенты, зависимость

**Introducere**

La momentul actual, schimbările demografice din lume sunt obiectul de studiu al multor sfere științifice. Conform datelor OON și OMS, la mijlocul acestui secol, 50% din populație va fi mai mare de 60 de ani. Problema îmbătrânirii demografice a atins nivelul de problemă globală a omenirii. Numărul vârstnicilor va ajunge de la 600 mil. până la 2 mld în anul 2050 [1].

Calitatea vieții vârstnicilor este una din prioritățile politicilor sociale, întrucât nu afectează doar persoanele în cauză, ci întreaga societate. Îmbătrânirea și patologiiile care vizează nemijlocit vârsta înaintată pot fi definite în funcție de persoană, de modalitatea de îngrijire, de sistemele științifice, biologice, psihologice, epidemiologice și de sănătate publică, precum și de științele care au în vizor sănătatea [7].

Calitatea vieții se definește prin gradul în care o persoană se bucură de posibilități importante ale vieții sale. Posibilitățile rezultă din oportunitățile și limitările pe care fiecare persoană le are în viața sa și reflectă interacțiunea dintre factorii personali și cei de mediu. Bucuria și plăcerea au două componente: experiența unei satisfacții și posesiunea, așa cum sunt ilustrate de expresia „a se bucura de viață” [3].

Profilul calității vieții este măsură generică a stării de sănătate și a stării de bine. În mod obișnuit, abordările calității vieții în domeniul sănătății se axează pe boală și incapacități. Se acordă o atenție limitată determinantilor de mediu ai stării de sănătate și ai stării de bine. Profilul calității vieții a fost dezvoltat pentru a furniza o măsură care va lua în considerație atât componentele, cât și determinanții stării de sănătate și ai stării de bine.

Organizația Mondială a Sănătății definește starea de sănătate ca „o stare completă de bine fizic, mental și social, și nu numai absența bolii”. Este un concept influențat de starea de sănătate a persoanei, de starea psihologică, de credințele personale, de relațiile sociale și cele cu mediul înconjurător (OMS, 1999). Reieșind din definiția OMS, calitatea vieții implică mai multe domenii de evaluare: fizic, psihologic, nivelul de independență, relațiile sociale, relațiile în raport cu împrejurimea și spiritualitatea [5].

Astfel, calitatea vieții nu poate fi egală cu termenii *stare de sănătate*, *stil de viață*, *satisfacție de*

viață, statut mental sau bunăstare. Ea este mai degrabă un concept multidimensional, care încorporează percepția individuală a aspectelor vieții.

Abordarea exclusiv medicală a problemelor populației vârstnice nu este favorabilă înțelegerii problemelor vârstnicului, nici eficacității în asistență pe toate planurile a acestuia, deoarece activitățile persoanei vârstnice în raport cu societatea au importante efecte psihologice și asupra stării de sănătate. Prin încetinirea activității profesionale sau a altei activități obișnuite, vârstnicul își pierde sentimentul de utilitate socială, pierde rolul social activ, fapt ce se constituie într-un stres care acționează ca un veritabil agent patogen, determinând, în multe cazuri, o patologie de retragere. Pentru unele persoane ea este echivalentă cu o dramă. Astfel, toate suferințele vârstnicului trebuie analizate în context psihosocial, iar soluțiile terapeutice trebuie și ele să fie bio-psihosociale [2, 8].

Conform rezultatelor studiilor sociale din ultimii ani, 50% din vârstnici au dificultate la mers și la ridicarea scărilor; 15% din populația cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani sunt limitați în activitățile cotidiene, iar cifra crește până la 30% la cei cu vârsta de peste 75 de ani. Totodată, 17%-41% de vârstnici nu pot de sine stătător să frecventeze instituțiile medicale, iar 31% întâlnesc dificultăți la autoservire, 8% din vârstnici nu ies în afara casei, 5% nu se ridică din pat și 75% primesc în permanență medicamente [1, 3]. Condiția unei „bătrâneți reușite” sub toate aspectele este, potrivit lui Fontaine, menținerea angajamentului social. Autorul definește angajamentul social prin două componente: practicarea unor activități sociale utile, iar a doua – menținerea relațiilor sociale. De aceste două aspecte depinde calitatea vieții persoanei vârstnice, starea de bine subiectivă și satisfacția de a trăi [4, p. 176].

Așadar, toate aspectele menționate au un impact nefast asupra calității vieții pacienților vârstnici. Aceasta ne-a motivat să efectuăm unul din primele studii care vizează evaluarea calității vieții vârstnicilor bolnavi din Republica Moldova. Scopul a constat în cercetarea statutelor fizic, psihic și social ale pacienților vârstnici, pentru determinarea nivelului calității vieții.

## Material și metode

În studiu au fost incluși pacienții cu vârsta de 65 de ani și mai mult. Toți bolnavii au fost examinați consecutiv pe măsura internării în secția specializată de geriatrie a IMSP SC al Ministerului Sănătății, în perioada ianuarie–februarie 2015. Studiul epidemiologic a fost realizat în baza chestionarelor elaborate. Datele obținute au fost prelucrate în pachetul soft STATISTICA 7,0.

Studiul a fost efectuat pe un grup de 70 de pacienți, dintre care 40 cu vârsta cuprinsă între 65

și 74 de ani (lotul 1), iar 30 – cu vârsta cuprinsă între 75 și 84 de ani (lotul 2).

Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu este prezentată în tabelul 1. Conform rezultatelor obținute, pacienții au fost comparabili după vârstă. Astfel, vârsta medie a bolnavilor din lotul 1 a fost de 68,6±0,52 ani, iar cea a pacienților din lotul 2 – 78,1±0,52 ani, cu diferență statistic semnificativă (p<0,001).

**Tabelul 1**

Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu (%)

Indicii evaluați		Lotul 1, n=40 %	Lotul 2, n=30 %	p
Vârsta, ani, M±(ES)		68,6±0,52	78,1±0,52	<0,001
Sexul	masculin	42,5	43,3	>0,05
	feminin	57,5	56,6	>0,05
Apartenența geografică	Nord	22,5	33,3	>0,05
	Centru	67,5	56,6	>0,05
	Sud	10,0	10,0	>0,05
Mediul de trai	rural	70,0	73,4	>0,05
	urban	30,0	26,6	>0,05
Nivelul de studii	intelectual	25,0	33,3	>0,05
	muncitor	57,5	33,3	<0,05
	țăran	17,5	33,3	>0,05

În ambele loturi de studiu a predominat sexul feminin, alcătuiind raportul de f/b în lotul 1 de 57,5%/42,5% versus lotul 2 – 56,6%/43,3%, fără diferență statistic semnificativă (p>0,05).

Majoritatea pacienților internați în Secția de geriatrie au fost din zona Centru a Republicii Moldova, lotul 1 – 67,5% de pacienți și în lotul 2 – 56,6% de pacienți. Totodată, din zona Nord a țării au fost: în lotul 1 – 22,5% vs lotul 2 – 33,3% și într-o pondere mai mică pacienții au fost din zona Sud: lotul 1 – 10% vs lotul 2 – 10%, fără diferență statistic semnificativă (p>0,05).

Referindu-ne la locul de trai al vârstnicilor înrolați în studiu, cu o pondere mai mare a fost înregistrat mediul rural: lotul 1 – 70% vs lotul 2 – 73,4% de pacienți, fără diferență statistic semnificativă (p>0,05).

În ceea ce privește nivelul de studii, 57,5% de pacienți din lotul 1 au fost muncitori versus 33,3% în lotul 2, cu diferență statistic concludentă (p<0,05). Totodată, 25% de vârstnici din lotul 1 au fost intelectuali vs. 33,3% în lotul-martor; țărani au fost 17,5% de pacienți în lotul 1 vs. 33,3% în lotul 2, fără diferență statistic semnificativă (p>0,05).

## Rezultate obținute și discuții

În conformitate cu rezultatele obținute în urma prelucrării statistice a datelor din chestionarele de evaluare a pacienților intervievați, au fost stabilite date comparative între loturile de studiu privind nivelul social al vârstnicilor din secția de geriatrie.



Un domeniu care ar influența negativ calitatea vieții vârstnicilor, conform literaturii de specialitate, este *singurătatea*. Astfel, studiul a relevat că 46,6% de pacienți cu vârsta cuprinsă între 75 și 84 de ani locuiesc singuri la domiciliu, iar din cei cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani 20% locuiesc singuri, înregistrând o diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ) (tabelul 2). Totodată, 57,5% din pacienții din lotul 1 locuiesc cu soț vs 23,3% de pacienți din lotul 2, iar cu copii sau nepoți locuiesc 30% de vârstnici din lotul 1 și 36,6% din lotul-martor, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ).

Situația în raport cu statutul matrimonial nu a înregistrat date statistic concludente; astfel, statutul de căsătorit a fost stabilit la 55% de pacienți din lotul 1 vs. 50% din lotul 2; persoane văduve au fost înregistrate în ambele loturi de studiu, cu o pondere mai mare în lotul 2 – 50% vs lotul 1 – 40%, fără diferență statistic semnificativă. De asemenea, persoane divorțate au fost într-o pondere mai mică (5%) în lotul 1, iar în lotul 2 nu au fost înregistrate persoane divorțate.

Rezultatele cercetării situației în raport cu munca au relevat că în ambele loturi de studiu a predominat categoria de persoane pensionate neangajate în câmpul muncii, cu o prevalență în lotul 2 de studiu: 85% în lotul 1 vs 96,6% în lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ). Totodată, au fost determinate și categorii de pensionari care lucrează: 10% – lotul 1 vs 3,3% – lotul 2; de asemenea, persoane invalide de mai mulți ani: 7,5% în lotul 1 vs 3,3% în lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ).

**Tabelul 2**

*Starea socială a pacienților din loturile de studiu (%)*

Indicii evaluați		Lotul 1, n=40 %	Lotul 2, n=30 %	p
Locuiește	singur	20,0	46,6	$p < 0,05$
	cu soțul	57,5	23,3	$p < 0,01$
	cu părinți în etate	0	0	-
	cu copii/nepoți	30,0	36,6	$> 0,05$
Statutul matrimonial	căsătorit	55,0	50,0	$> 0,05$
	divorțat	5,0	0	$> 0,05$
	văduv	40,0	50,0	$> 0,05$
	celibatar	0	0	$> 0,05$
Situația în raport cu munca	pensionar, nu lucrează	85,0	96,6	$> 0,05$
	pensionar, lucrează	10,0	3,3	$> 0,05$
	invalid	7,5	3,3	$> 0,05$

Analizând frecvența anuală a spitalizării în staționar a vârstnicilor incluși în studiu, a fost stabilit că cei cu vârsta de 75-84 de ani au fost mai frecvent spitalizați, versus vârstnicii de 65-74 de ani, media fiind de  $7,4 \pm 4,6$  vs  $0,8 \pm 0,1$  ( $p > 0,05$ ), ceea ce ne permite să afirmăm că vârstnicii de 75-84 de ani sunt mai

vulnerabili, cu acutizări mai frecvente ale maladiilor cronice existente, necesitând spitalizări repetate pe parcursul anului.

Datele statistice referitoare la starea generală a vârstnicilor internați în Secția de geriatrie sunt prezentate în tabelul 3. Astfel, stare de gravitate medie au prezentat 97,5% de pacienți din lotul 1 de studiu vs. 96,6% din lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ), iar stare gravă au avut o parte mai mică – 2,5% de pacienți din lotul 1 vs 3,6% în lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ).

La evaluarea statusului psihic al vârstnicilor s-a constatat că majoritatea pacienților din ambele loturi de studiu au avut starea psihică clară: 92,5% din lotul 1 vs. 93,3% din lotul 2, fără diferență statistic concludentă ( $p > 0,05$ ). Totodată, într-o pondere mai mică au fost determinate în lotul 1: confuzie – 2,5%; anxietate – 10%, apatie – 10%, pe când la pacienții din lotul 2 nu a fost stabilită starea confuzională, însă a fost înregistrată la 10% din vârstnici stare de anxietate și la 3,3% – apatie, fără diferență statistic semnificativă între loturi ( $p > 0,05$ ).

Cercetarea statusului nutrițional la vârstnicii înrolați în studiu a constatat că mai mult de jumătate din pacienții din ambele loturi au fost normoponderali: 65% în lotul 1 vs 63,3% în lotul 2. De asemenea, a fost stabilit că în lotul 2 au fost 20% de pacienți subponderali vs 2,5% în lotul 1, respectiv, vârstnici supraponderali au fost: 32,5% în lotul 1 vs 16,6% în lotul 2. Aceasta constituie o problemă actuală în geriatrie, care cere o atenție deosebită, deoarece poate induce un șir de schimbări clinice, paraclinice, fizice, psihologie și chiar sociale, ce necesită o abordare geriatrică multidimensională.

**Tabelul 3**

*Date clinice generale ale pacienților înrolați în studiu (%)*

Indicii evaluați		Lotul 1, n=40 %	Lotul 2, n=30 %	p
Starea generală	gravitate medie	97,5	96,6	$> 0,05$
	gravă	2,5	3,6	$> 0,05$
Starea psihică	clară	92,5	93,3	$> 0,05$
	confuzie	2,5	0	$> 0,05$
	anxietate	10,0	10,0	$> 0,05$
	apatie	10,0	3,3	$> 0,05$
	deregări de comportament	0	0	-
Statutul nutrițional	subponderal	2,5	20,0	$> 0,05$
	normoponderal	65,0	63,3	$> 0,05$
	supraponderal	32,5	16,6	$> 0,05$

Calitatea somnului reprezintă un domeniu important al noțiunii de „stare de bine”. Conform datelor cercetărilor gerontologice, odata cu înaintarea în vârstă apar și unele dereglări de somn care, la rândul lor, în funcție de tipul și gradul dereglărilor, au un efect negativ asupra activității cotidiene, alte-

rând astfel calitatea vieții vârstnicilor. Studiul dat a relevat unele tulburări de somn la vârstnicii internați în Secția de geriatrie (figura 1). Conform datelor obținute, dintre dereglările de somn la vârstnici, cea mai mare pondere a avut-o insomnia cronică, care a predominat la pacienții din lotul 2 de studiu (46,6% de cazuri) vs lotul 1 (22,5% de cazuri), cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ).

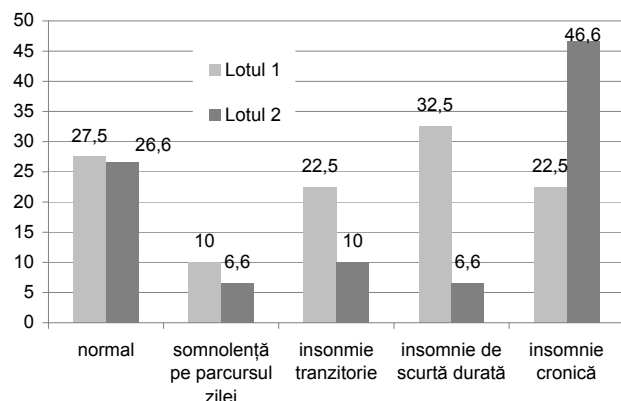


Figura 1. Dereglările de somn la pacienții geriatrici

Totodată, a fost stabilit că pacienții din lotul 1 au prezentat insomnie de scurtă durată în 32,5% de cazuri vs pacienții din lotul 2 – 6,6%, cu diferență statistic concludentă ( $p < 0,01$ ). Insomnie tranzitorie au avut 22,5% în lotul 1 vs 10% în lotul 2 de studiu, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ). Într-o pondere mai mică pacienții au prezentat somnolență pe parcursul zilei – 10% din lotul 1 vs 6,6% din lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ). Este de menționat faptul că 27,5% de pacienți din lotul 1 și 26,6% din lotul 2 au avut somnul normal, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ).

O problemă importantă socială și medicală a vârstnicilor din țara noastră este violența în familie, care își pune amprenta pe calitatea vieții acestor pacienți – atât asupra statusului fizic, cât și a celui psihologic [6]. În studiul dat a fost constatată prezența violenței în familie în ambele loturi, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ), dar cu o pondere mai mare la vârstnicii de peste 75 de ani (50% de cazuri) vs pacienții din lotul 1 (35% de cazuri). Prin metoda corelațională simplă Pearson, a fost stabilită o corelație pozitivă medie între prezența violenței și starea de anxietate a vârstnicilor –  $r = 0,48$  ( $p < 0,05$ ).

Dependența unei persoane vârstnice, conform OMS, este imposibilitatea parțială sau totală de a efectua activitățile vieții cotidiene fără ajutor suplimentar din cauze fizice, psihice sau sociale. Consecințele dependenței influențează viața cotidiană, abandonul domiciliului, afectivitatea, relațiile sociofamiliale, expunerea la riscul de maltratare, anturajul și economia. Astfel, am fost interesați să evaluăm gradul de dependență a vârstnicilor din studiul realizat, pentru a releva necesitățile în aju-

tor suplimentar, care ar îmbunătăți calitatea vieții pacienților vârstnici.

În gerontologie, termenul *dependență* este definit ca starea persoanei în vârstă care nu poate efectua de sine stătător activitățile vieții cotidiene. Cu cât gradul de dependență este mai mic, cu atât necesitățile vârstnicului în ajutor suplimentar este mai mare.

Rezultatele evaluării gradului de dependență a vârstnicilor înrolați în studiu sunt prezentate în tabelul 4. Astfel, rezultatele obținute au relevat că 10% de pacienți din lotul 2 au avut gradul II B de dependență vs. 0 ( $p < 0,05$ ) la cei din lotul 1. Acestea sunt persoanele care și-au conservat autonomia mentală și parțial autonomia locomotorie, dar au nevoie de ajutor zilnic pentru unele activități de bază ale vieții de zi cu zi. Este de menționat faptul că gradele de dependență I A, I B, I C, și II A nu au fost determinate la niciun vârstnic din loturile de studiu.

Tabelul 4

Gradul de dependență a persoanelor vârstnice luate în studiu (%)

Gradul de dependență	Lotul 1, n=40 %	Lotul 2, n=30 %	p
II B	0	10,0	<0,05
II C	5,0	6,6	>0,05
III A	32,5	56,6	<0,05
III B, %	62,5	23,3	<0,001

Gradul II C de dependență – persoane care nu au probleme locomotorii, dar care necesită să fie ajutate pentru activitățile de igienă corporală și activitățile instrumentale – a fost stabilit la 5% din vârstnicii din lotul 1 de studiu vs 6,6% de cazuri în lotul 2, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ). De gradul III A țin persoanele care au nevoie de ajutor regulat pentru activitățile instrumentale ale vieții cotidiene. În studiu aceste persoane au constituit 32,5% de cazuri în lotul 1 vs 56,6% în lotul 2, cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ), dar cu o prevalență în lotul de pacienți mai în vârstă. Gradul III B de dependență a fost constat într-o pondere mai mare la cei din lotul 1 – 62,5% vs lotul 2 – 23,3%, cu o diferență statistic concludentă ( $p < 0,001$ ); acestea sunt persoane care nu și-au pierdut autonomia și pot efectua singure activitățile zilnice.

Evaluarea cauzelor dependenței vârstnicilor din loturile de studiu a determinat ca cea mai frecventă cauza somatică la vârstnicii din ambele loturi (figura 2).

Astfel, aceasta a fost depistată la 25% de cazuri în lotul 1 și la 56,6% în lotul 2, cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,01$ ), urmată fiind de cauzele neurologice: lotul 1 – 12,5% vs lotul 2 – 40% de cazuri ( $p < 0,01$ ); cauzele psihice ale dependenței: lotul 1 – 7,5%, iar în lotul 2 – 26,6% de cazuri, cu diferență

statistic concludentă ( $p < 0,05$ ). Cu o pondere mai mică au fost determinate cauzele ortopedice ale dependenței. Astfel, în lotul 1 au fost determinate 15% de cazuri vs lotul 2 cu 20%, fără diferență statistic semnificativă ( $> 0,05$ ).

Rezultatele obținute reprezintă datele preliminare ale unui studiu care va fi desfășurat pe un lot de 1000 de vârstnici din Republica Moldova.

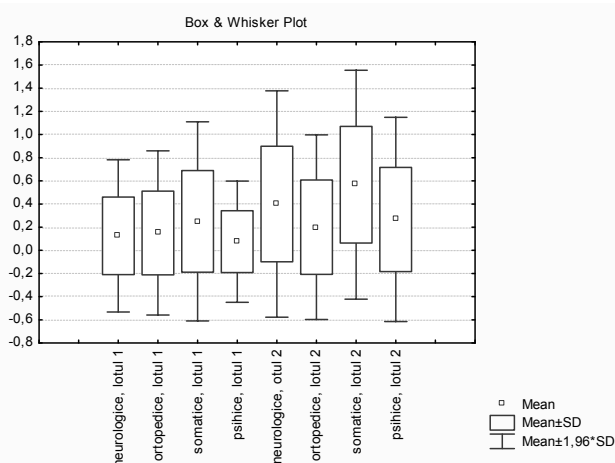


Figura 2. Cauzele dependenței persoanelor vârstnice din studiu

## Concluzii

1. În ambele loturi de studiu a predominat sexul feminin, alcătuind raportul de f/b în lotul 1 de 57,5%/42,5% versus lotul 2 cu 56,6%/43,3%, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ).

2. Pacienții cu vârsta cuprinsă între 75 și 84 de ani, în 46,6% de cazuri locuiesc singuri la domiciliu, iar cei cu vârsta cuprinsă între 65 și 74 de ani locuiesc singuri în 20% cazuri, înregistrând o diferență statistic concludentă ( $p < 0,05$ ).

3. Frecvența spitalizării în staționar a vârstnicilor din lotul 2 a fost de  $7,4 \pm 4,6$  vs lotul 1 cu  $0,8 \pm 0,1$  ( $p > 0,05$ ), ceea ce ne permite să afirmăm că vârstnicii de 75-84 de ani sunt mai vulnerabili, cu acutizări mai frecvente ale maladiilor cronice existente și necesită spitalizări repetate pe parcursul anului.

4. Starea psihică a vârstnicilor din lotul 1 a fost conturată de confuzie în 2,5% cazuri, de anxietate – 10%, apatie – 10%, pe când, la cei din lotul 2 nu a fost stabilită starea confuzională, însă a fost înregistrată la 10% din vârstnici stare de anxietate și la 3,3% – apatie, fără diferență statistic semnificativă între loturi ( $p > 0,05$ ).

5. Statusul nutrițional a fost: 20% de pacienți subponderali în lotul 2 vs 2,5% în lotul 1; vârstnici supraponderali au fost: 32,5% în lotul 1 vs 16,6% în lotul 2.

6. Dintre dereglările de somn la vârstnici, cea mai mare pondere a avut-o insomnia cronică, care a predominat la pacienții din lotul 2 de studiu cu 46,6% de cazuri vs lotul 1 cu 22,5% de cazuri, cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,05$ ).

7. În studiul realizat a fost constatată prezența violenței în familie în ambele loturi, fără diferență statistic semnificativă ( $p > 0,05$ ), dar cu o pondere mai mare la vârstnicii de peste 75 de ani – 50% de cazuri în lotul 2 vs 35% de cazuri în lotul 1.

8. Majoritatea pacienților au avut gradele III A și III B de dependență, iar cauza cea mai frecventă a dependenței a fost cea somatică: 25% de cazuri în lotul 1 vs 56,6% de cazuri la pacienții din lotul 2, cu diferență statistic semnificativă ( $p < 0,01$ ).

## Bibliografie

- Bălașa A. *Sănătatea – componentă esențială a calității vieții vârstnicilor*. În: Calitatea vieții, vol. XVIII, nr. 1–2, 2007, p. 55–74.
- Белоконь О.В. *Современные проблемы качества жизни пожилых в России*. В: Успехи геронтологии. Санкт-Петербург: Эскулап, 2005, Вып. 17, с. 87–101.
- Colvez A. *Etude de la qualité de vie des personnes âgées de 55 a 74 ans vivant a domicile en languedoc roussillon*. Rapport d'étude, 2009, 76 p.
- Fontaine R. *Psihologia îmbătrânirii*. Iași: Polirom, 2008, 232 p.
- Innovations pour un vieillissement en bonne santé: pouvoir se connecter et recevoir des soins*. In: Bulletin de l'Organisation mondiale de la Santé. Vol. 90, nr. 3, 2012. <http://www.who.int/bulletin/volumes/90/3/fr/>
- Mândrilă C. G. *Violența în familie. O realitate dramatică*. Iași: Editura Universității „Alexandru I. Cuza”, 2009, 100 p.
- Negară A. *Compendium de geriatrie*. Chișinău, 2015, 360 p.
- Piau A., Campo E., Rumeau P. et al. *Aging society and gerontechnology: a solution for an independent living?* In: J. Nutr. Health. Aging., 2014, nr. 18(1), p. 97-209.

Prezentat la 29.06.2015

**Gabriela Șoric,**  
tel: 079753616,  
e-mail: gsorice@yahoo.fr

## ANGAJATUL VÂRSTNIC ȘI PATOLOGIA CARDIOVASCULARĂ: PARTICULARITĂȚI

Brândușa CONSTANTIN, Adriana ALBU,  
Univesitatea de Medicină și Farmacie Gr. T. Popa,  
Iași, România

### Summary

#### **Elderly employee and cardiovascular pathology: peculiarities**

The purpose of this paper is to restore medical attention to the employees with cardiovascular pathology whose etiology and aggravating factors attend professionally on a rate of 30-70%. The authors present two very different groups of occupational activity and conclude that it is necessary the immediate implementation of a comprehensive program of prevention, recovery and multidisciplinary rehabilitation using the European Union model.

**Keywords:** elderly employee, cardiovascular pathology, occupational medicine, preventive program, interdisciplinarity

### Резюме

#### **Особенности сердечно-сосудистой патологии у пожилых рабочих**

Целью работы является привлечение внимания врачей к рабочим пожилого возраста с сердечно-сосудистой патологией, в этиологии которой профессиональные факторы имеют важную роль и способствуют их обострению в 30–70 % случаев. Авторы провели обобщение литературных данных в отношении двух групп рабочих разных отраслей и делают вывод, что необходимо срочно разработать комплексную междисциплинарную программу профилактики и реабилитации в соответствии с европейской моделью.

**Ключевые слова:** пожилой рабочий, сердечно-сосудистая патология, медицина труда, междисциплинарная программа профилактики

### Introducere

Angajatul vârstnic este foarte vulnerabil în a dezvolta sau a agrava o maladie cardiovasculară.

Scopul lucrării a constat în evaluarea particularităților angajatului vârstnic cu patologii cardiovasculare în relație cu munca și mediul de muncă, precum și promovarea posibilităților de recuperare multidisciplinară a acestuia.

### Material și metodă

Suportul informativ s-a bazat pe date bibliografice de actualitate, autorii alegând varianta de prezentare selectivă privind modificările morfofuncționale și psihocognitive în relație cu avansarea în vârstă și impactul asupra capacității de muncă și a performanței profesionale ale angajatului vârstnic cu patologii cardiovasculare.

Partea practică a lucrării este reprezentată de un studiu asupra a două loturi:

1. Pacienți cu boli cardiovasculare internați în Clinica de medicina muncii pe parcursul anului 2012.
2. Angajații dintr-o întreprindere de construcții luați în dispensarizarea cabinetului de întreprindere pentru probleme cardiovasculare.

### Rezultate și discuții

Bolile cardiovasculare sunt considerate ca „legate de profesiune (work-related disease)”, deoarece munca și mediul în care acestea se desfășoară conțin factori etiologici care se asociază unui șir de alți factori responsabili pentru apariția acestor boli de largă răspândire ocupațională [1, 2].

Factorii profesionali recunoscuți ca având efecte agravante sunt numeroși [9, 10]:

- organizarea nefiziologică a muncii (efort fizic și încărcătură profesională peste limitele admisibile, neconcordanțe ergonomice care cresc travaliul cardiac);
- factorii de risc neurosenzoriali (job-strain-ul la locul de muncă);
- microclimat nefavorabil;
- expunere la gaze toxice (sulfură de carbon, monoxid de carbon, hidrocarburi, fenoli, nitriți, pesticide, plumb, crom), care duce la:
  - blocări ale hemoglobinei,
  - anemii,
  - efect aterogen,
  - scăderea complianței arterelor coronariene,
  - tulburări de ritm.

Din punct de vedere al medicinei muncii, privind salariatul vârstnic, se iau în discuții trei categorii [1, 2, 7, 8]:

1. Salariații la care solicitările impuse de activitatea profesională sunt prea intense sau au o viteză prea mare față de capacitatea lor de muncă anterioară (angajați cu vârsta de peste 45 de ani).

2. Salariați care au nevoie de a fi pregătiți în mod gradat pentru pensionare, lucrând cu jumătate de normă (valabil între 60 și 70 de ani).
3. Salariați care au atins vârsta pensionării, dar doresc să își continue activitatea.

La aceste trei categorii alta va fi atitudinea când angajatul are probleme cardiovasculare, el fiind foarte vulnerabil de a dezvolta și a agrava o boală cardiovasculară. Cercetările au demonstrat că aparatul cardiovascular suferă modificări odată cu avansarea în vârstă, are loc o atrofie a fibrelor musculare miocardice și o proliferare a țesutului conjunctiv. În cel de-al doilea deceniu de viață începe să se facă resimțită ateroscleroza care produce manifestări generale, metabolice, vasomotorii, de coagulare sangvină și modificări ale pereților vasculari, care își pierd elasticitatea și leziunile aterosclerotice predomină în aortă și în vasele coronare, cerebrale:

1. Scade viteza de efectuare a mișcărilor, scade ritmul în efectuarea lor; sistemul nervos vegetativ al vârstnicului se caracterizează funcțional printr-o discordanță între intensitatea stimulului și cea a răspunsului.
2. Reacția la efort fizic este diferită, comparativ cu cea a angajatului tânăr, interesând ritmul cardiac, minut-volumul, tensiunea arterială, ventilația pulmonară și utilizarea oxigenului.
3. Creșterea rezistenței arteriolelor periferice este un obstacol pentru travaliul cardiac și se materializează în hipertrofie ventriculară stângă și creșterea tensiunii arteriale.
4. Sistemul de adaptare pentru aparatul cardiovascular este intens sollicitat prin modificările coordonării neuroendocrine și neurovegetative, în sensul restrângerii limitelor adaptive și apariției unor reacții de răspuns paradoxal.
5. Angajatul vârstnic cardiovascular are o sensibilitate crescută a celulelor și a țesuturilor față de mediatorii chimici eliberați la nivelul sinapselor postganglionare și față de diverse noxe chimice.

Consecința acestor modificări provoacă senzația de „stres de timp, generat de munca care trebuie efectuată, pe de o parte, și stresul generat de „neputința”, care favorizează puseele hipertensive, atacurile anginoase, accidentele vasculare cerebrale, pe de altă parte”.

Dacă se adaugă și alte alterări ale stării de sănătate (diabet, sindroame dislipidemice, nefrohepatopatiile) sau coexistența cu alte boli profesionale (silicoza, astmul bronșic), capacitatea de muncă este mult scăzută, existând frecvent situații când continuarea muncii nu a fost posibilă, inaptitudinea în muncă presupunând întreruperea definitivă a expunerii [4].

Pentru exemplificare, am luat în studiu 551 de subiecți, 484 pacienți internați în Clinica medicina muncii în ianuarie–decembrie 2012 și 67 angajați ai unei companii de construcții. Subiecții luați în studiu au provenit din sectoare grele de activitate (minerit, turnătorie, construcții, industrie chimică), sectoare caracterizate prin cumul de factori de risc pentru bolile cardiovasculare.

- 180 (37%) au fost diagnosticați cu hipertensiune arterială (87 gradul I și alți 93 gradele II și III, risc înalt și foarte înalt);
- 20 de pacienți au asociat și cardiopatie ischemică cronică, iar alții 24 au evoluat spre insuficiență ventriculară stângă, ulterior complicația finală fiind de insuficiență cardiacă;
- 67 de angajați din sectorul construcții au prezentat grade avansate de hipertensiune arterială, 2/3 – gradul III, risc foarte înalt;
- 21 au asociat angină pectorală;
- 15 au avut antecedente de infarct miocardic sau accident vascular cerebral.

Luând în discuție vârsta și vechimea profesională, caracteristicile subiecților luați în studiu sunt:

- persoane vârstnice (vârsta medie a fost de 56 de ani) cu o expunere mare (peste 26 ani de muncă);
- diagnosticați cu patologie cardiovasculară în stadii avansate (prognostic imediat rezervat);
- capacitatea de muncă deteriorată progresiv, fiind foarte scăzută la mai mult de jumătate dintre subiecți.

Medicului de medicina muncii îi revine un rol complex și dificil în dispensarizarea angajatului vârstnic cardiovascular, în stabilirea avizului de aptitudine în funcție de constrângerile locului de muncă și de capacitatea de muncă prezentă [6].

Hotărâtoare este consilierea cu specialistul cardiolog, care va formula, testa și valida algoritmi de diagnostic și tratament prin prisma încărcăturii profesionale și a tensiunii la locul de muncă, prescrie „calitatea și cantitatea activității” pe care o poate tolera angajatul în fiecare fază de restaurare și reabilitare.

S-a conturat un domeniu nou – *cardiologia ocupațională*, care realizează legătura dintre cardiologie și medicina preventivă ocupațională.

Medicul de medicina muncii, prin evaluări periodice, va decide schimbarea locului de muncă (dificultăți în capacitatea de adaptare prin agravarea afecțiunii cardiovasculare), reorientare profesională sau scoaterea definitivă din mediu. Frecvent în practica curentă, medicul se confruntă cu problematica unor deficiențe reale:

- Transferul muncitorului vârstnic în muncă fără factori profesionali agravanți sau în ateliere

- special create pentru el, în condițiile socioeconomice actuale nu este posibil.
- Recalificarea este dificil de realizat, deoarece angajații profesionali în majoritate au lucrat în sectoarele grele de activitate, având o precară pregătire de bază, iar vârstnicul învață greu, prin scăderea performanței sistemului nervos central.
  - Angajatul vârstnic, deși cu probleme reale cardiovasculare, optează pentru continuarea activității până la vârsta de pensionare, din teama reducerii salariale a pensiei înainte de vârsta legală.
  - Pensionarea este percepută ca renunțarea la adevărate ancore existențiale, mai ales pentru cei care s-au dedicat meseriei; apare sentimentul de inutilitate, de „abandonat în societate”, „singur”, „sărac și defavorizat”, motivat de pensia limitată.

Teoretic, recuperarea și reabilitarea angajatului vârstnic cu patologie cardiovasculară presupune un program complex de măsuri (medicale, profesionale, educaționale, sociale), la care participă membrii unei echipe multidisciplinare (cardiolog, psiholog, ergonom, consultant profesional, asistent social, expert în evaluarea capacității de muncă).

Din punct de vedere al medicinei muncii, este interzisă încadrarea pentru prima dată în munci cu factor de risc profesional după 40 de ani, iar muncitorii peste 50 de ani nu trebuie să își continue munca în condiții de microclimat nefavorabil, substanțe chimice, zgomot, vibrație, efort profesional excesiv.

Din punct de vedere al profilaxiei îmbătrânirii, ea trebuie aplicată înainte de 50 de ani. Utile în acest sens sunt preocupările gerontolaboratriei, care studiază: factorii profesionali nocivi ce favorizează direct o îmbătrânire precipitată sau indirect o accelerare a ritmului de îmbătrânire, determinând deteriorarea stării generale prin maladii profesionale sau boli legate de profesie.

Se impune aderarea la modelul de bază european pentru măsurile de promovare și menținere a sănătății și a posibilităților de angajare a muncitorului în vârstă:

- stil de viață și competență;
- management corespunzător al muncii;

- ameliorarea, inclusiv adaptarea condițiilor de muncă la potențialul funcțional restant al acestuia.

### Concluzii

Datorită modificărilor morfofuncționale și psihologice care apar odată cu înaintarea în vârstă, angajatul vârstnic este foarte vulnerabil în a dezvolta și a agrava o boală cardiovasculară, morbiditatea prin boli cardiovasculare fiind crescută la subiecții luați în studiu (113 din total cazuri internate).

Implementarea legislativă a unui program complex de recuperare și reabilitare multidisciplinară permite utilizarea eficientă a vârstnicului la locul de muncă.

### Bibliografie

1. A. Cocârlă (coord.). *Medicină ocupațională*, vol. II, Cluj Napoca: Ed. Medicală Universitară „Iuliu Hașeganu”, 2009.
2. I. Toma. *Medicina muncii*. Craiova: Ed. Sitech, 2004.
3. *Recuperarea și reinsertia socioprofesională a angajaților cu boli cardiovasculare*. Lucrare de licență, coord. conf. dr. Brândușa Constantin, UMF „Gr. T. Popa”, Iași, 2010.
4. Brândușa Constantin, Veronica Oprea, Cornelia Mihalache. *Punctul de vedere al medicului de medicina muncii în profilaxia bolilor cardiovasculare*. În: Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iași, 2003.
5. Brândușa Constantin, Maria Popa, Alina Flutur. *Factorii de risc profesional în bolile cardiovasculare*. În: Conferința „Zilele Spitalului Clinic de Recuperare Iași”, Suplim. Rev. Med. Chir. Nat., 2008.
6. Brândușa Constantin, Alina Flutur, Maria Popa. *Recuperarea și reabilitarea angajatului cardiovascular – între teorie și practică*. Com. la Conferința Națională de Medicina Muncii cu participare internațională, Iași, 2009.
7. G. Sion. *Psihologia vârstelor*. București: Ed. Fundației „România de mâine”, 2007.
8. Simona I. Bodogai. *Protecția socială a persoanelor vârstnice*. Teză de doctorat, Fac. Sociologie și Asistență Socială, Univ. București.
9. Odetta Duma, Brândușa Constantin. *Evaluarea gradului de asociere categorie profesională – boli cardiovasculare la pacienții internați într-o clinică de boli profesionale*. În: Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iași, vol. 114, nr. 1, 2010.
10. Brândușa Constantin, Odetta Duma. *Identificarea factorilor de risc cardiovasculari la pacienții cu boli profesionale*. În: Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat., Iași, vol. 113, nr. 3, 2009.

Prezentat la 11.09.2015

ИССЛЕДОВАНИЕ  
ОСВЕДОМЛЕННОСТИ  
СЕЛЬСКИХ ЖИТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНО  
ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ  
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

**Игорь НАВЧУК,**  
**Василий ЧЕБАН, Анжела БИДУЧАК,**  
Высшее государственное учебное  
заведение Украины «Буковинский государственный  
медицинский университет», г. Черновцы

### Rezumat

#### **Studiul informării populației rurale privind tehnologiile de profilaxie a hipertensiunii arteriale**

În regiunea Cernăuți a fost cercetat nivelul de informare a populației rurale ce suferă de hipertensiune arterială privind tehnologiile de profilaxie a acestei maladii și folosirea acestora. A fost constatat un nivel scăzut de cunoștințe în acest sens, fapt ce se explică prin anumiți factori social-economici, precum și prin factorul uman.

**Cuvinte-cheie:** populație rurală, hipertensiune arterială, tehnologii medicale de profilaxie, nivel de cunoștințe, factori de risc

### Summary

#### **A study of real inhabitants' awareness of preventive technologies of arterial hypertension**

We investigated the level of knowledge rural inhabitants afflicted with arterial hypertension (AH) with technologies to prevent this disease and their application in Chernivtsi region. It has been revealed a low level of knowledge of preventive technologies AG and, accordingly, their use unsatisfactory, due to socio-economic and human factors.

**Keywords:** rural population, arterial hypertension, preventive medical technologies, the level of knowledge, risk factors

### Введение

Устойчивая тенденция роста показателей заболеваемости болезнями системы кровообращения в первую очередь связана с увеличением числа пациентов с повышенным артериальным давлением (АД), что также свидетельствует об улучшении работы с выявлением и регистрации больных АГ на первичном уровне медицинской помощи [4, 6]. Артериальная гипертензия – наиболее распространенное хроническое заболевание в Украине, которое занимает ведущее место в структуре нетрудоспособности, инвалидности и смертности населения [1].

Особенно актуальна данная проблема для сельского населения, где качество профилактической и лечебно-диагностической помощи требует коренного улучшения, а специализированная медицинская помощь должна стать доступной и приближенной к сельским жителям. Заболеваемость АГ на селе приобрела угрожающий характер прежде всего из-за неблагоприятной социально-экономической ситуации и низкой осведомленности сельских жителей о профилактических медицинских технологиях и соответственно неумелое и недостаточное их применение больными АГ. Поэтому особое значение имеет комплексное внедрение профилактических медицинских технологий среди сельского населения, ибо, по нашему мнению, успешно решить любую проблему медицины сегодня возможно только в профилактической плоскости [2, 3, 5].

Цель исследования – изучить осведомленность сельского населения, что болеет АГ, с технологий по ее профилактике, а также выяснить причины, которые мешают их воплощению.

### Материалы и методы

Изучение осведомленности сельского населения с относительно профилактических медицинских технологий АГ и их применения проводилось путем анонимного анкетирования. Анкета содержала 23 вопроса (семь из которых были закрытыми, 12 – открытыми и четыре вопроса о признаках: возраст, пол, специальность, место работы).

### Результаты исследований и их обсуждение

Исследование проводилось в пяти районах Черновицкой области. Эти районы выбраны для исследования потому, что имеют хорошо развитую сеть лечебно-профилактических учреждений и социально-экономическую инфраструктуру. Опрошено 586 больных АГ (сельских жителей).

Отметим, что необходимость изучения осведомленности сельского населения о профилактических технологиях АГ является целесообразным, потому что такие данные – это основа для их разработки, усовершенствования и внедрения. По социальному положению респонденты распределились так: служащие среди опрошенных составляли 22,5%, из них: мужчины составили 6,5%, женщины – 16%; рабочие в сельском хозяйстве – 29,4%, из них мужчины составляли 18%, женщины – 10,8%; неработающих было 48,1%, из них мужчин – 16,2%, женщин – 32%.

Как видно из результатов опроса, половина опрошенных сельских жителей не работают, а это есть следствие тяжелой экономической ситуации на селе. У них нет средств на лечение (вторичной профилактики), а первичная профилактика не работает из-за недопонимания ее важности и

необходимости (она намного дешевле для больного и государства).

Наибольшее количество больных – 35,5% – было обнаружено в возрасте от 41 до 50 лет, немного меньше – 27% – в возрасте от 51 до 60 лет. Это наиболее работоспособный и высокопрофессиональный контингент.

Изучая частоту обращений респондентов к врачу и фельдшеру по поводу АГ, получили следующие данные, отраженные в *таблице 1*.

**Таблица 1**

*Распределение респондентов по частоте обращений к врачу*

Количество обращений	Пол				Всего	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Раз в неделю	17	2,9	42	7,2	59	10,1
Раз в месяц	90	15,33	154	21,2	214	36,5
Раз в год	135	23,0	178	30,4	313	53,4
Всего:	242	41,3	344	58,7	586	100

Раз в неделю к врачу обращались 10,1% опрошенных, раз в месяц – 36,5%, раз в год – 53,4%. К фельдшеру – 13,3%, 33,6%, 32%, соответственно, и 21,1% – ни разу не обратились. Из таблицы видно, что женщины в 2 раза чаще обращаются к медицинским специалистам, а это свидетельствует о том, что они более ответственно относятся к своему здоровью.

Изучая причины обращений больных к медицинским работникам, получили следующие результаты: первое место 73,3% – это повышение АД; второе место 46,4% – необходимость консультаций по лечению АГ; на последнем месте 9,2% – рекомендации относительно здорового образа жизни.

Вывод очевиден – сельское население в своем большинстве не понимает и, видимо, не знает, что только констатация показателей АД без здорового образа жизни не даст положительного результата по лечению АГ, поэтому назрела насущная потребность в разработке доступных для населения технологий профилактики АГ и осложнений от нее.

На вопрос анкеты «Придерживаетесь ли Вы здорового образа жизни?» необходимо было выбрать один из трех вариантов ответа. Проанализировав анкетные данные, имеем следующую картину: полностью придерживаюсь 14,2% опрошенных, из них 9,9% составляли женщины, а 4,3% – мужчины; частично придерживаюсь – 61,8%, из них 38,1% – женщины, 23,7% – мужчины; не придерживаются здорового образа жизни 24% опрошенных, из них 10,7% – женщины, 13,3% – мужчины.

Итак, четверть респондентов не использует такой мощный потенциал в лечении АГ, как здоровый образ жизни, 2/3 – только частично, причем

большинство из них – это мужчины. По нашему мнению, именно в этом направлении должны быть ориентированы усилия не только здравоохранения, но и всего государства, ибо только в профилактической плоскости возможно решить проблему АГ и других хронических болезней.

На вопрос «Кроме лечения, достигали ли Вы снижения АД за счет других рекомендаций, которые получали от врача, фельдшера, другого больного АГ?» «Да» ответили 61,4% опрошенных, из них 38,1% – женщины, 23,4% – мужчины. Ответили «Нет» 38,6% респондентов, из которых 20,6% – женщины и 17,9% – мужчины. Следовательно, большинство больных, кроме лечения (вторичной профилактики), успешно применяет для нормализации АД первичные профилактические мероприятия.

Почти 40% опрошенных не получали надлежащих рекомендаций, потому что медицинские работники, к которым они обращались, не владеют знаниями по профилактике АГ или просто не применяют их в своей практике и, соответственно, не выполняют рекомендации ВОЗ о том, что ни один больной не должен уйти от врача, не получив рекомендации относительно здорового образа жизни.

Согласно пункту 11 нашей анкеты и как продолжение 10-го вопроса, для снижения АД лекарственные растения применяло 21,7% опрошенных, из них 14,8% – женщины, 6,8% – мужчины. Уменьшили употребление алкоголя 10,2%, из которых 2,7% – женщины, 7,5% – мужчины; полностью отказались от алкоголя 10,1% опрошенных, из них 4,4% – женщины, 5,6% – мужчины. Бросили курить 12,5% опрошенных, из которых 2,2% – женщины, 10,2% – мужчины. Не выполняют тяжелой физической нагрузки 25,4%, из них 17,6% – женщины, 7,8% – мужчины. Другие рекомендации применяют 7% опрошенных, из которых 5,5% – женщины, 1,5% – мужчины.

Некоторые респонденты одновременно придерживаются нескольких рекомендаций. Очевидно, что четверть населения придерживается здорового образа жизни, 1/5 использует лекарственные растения для нормализации АД, а остальные в равной степени пытаются снизить показатели АД, уменьшив влияние факторов риска (курение, алкоголь, тяжелый физический труд и др.).

«Пронумеруйте по степени важности для здоровья соблюдение определенных рекомендаций, которые положительно сказываются на АД» – это 12-й вопрос нашей анкеты. В процессе опроса большинство сельских жителей – 70,8% – на первое место поставили рекомендацию относительно постоянного контроля за АД; 2-ю позицию – 60,1% – занял рекомендуемый режим труда и отдыха; 3-е место – 47,4% – соблюдение рекомендаций относительно питания, 4-я по-



зиция – 41% – отказ от употребления алкоголя; 5 место – 30,1% – еженедельная встреча с врачом (фельдшером) по поводу своей болезни; 6-я позиция – 28% – принадлежит рекомендации по устранению постоянных стрессовых ситуаций на работе и дома; 7-е место – 24,6% – отказ от курения; 8-я позиция – 18,9% – принадлежит физической культуре; 9 место – 12,8% – заняла рекомендация относительно периодического употребления алкоголя; последнее место – 7,8% – систематическое употребление алкоголя.

Согласно результатам нашего исследования, контроль АД является важнейшей рекомендацией, соблюдение которой дает возможность больному и врачу оценить эффект лечения и своевременно внести в него необходимые изменения. Не менее важными являются рекомендации, которые, по результатам нашего исследования, заняли 2-е и 3-е место, потому что их выполнение является основой для достижения положительного результата при лечении АГ и профилактике осложнений, потому что они – это фундамент здорового образа жизни. Что касается остальных рекомендаций, то они являются важными и направлены на уменьшение влияния таких факторов риска, как курение, алкоголь, стресс, гиподинамия, которые, по нашему мнению и в соответствии с мировым опытом, играют ведущую роль в профилактике АГ.

На 13-й вопрос – «Имеете ли Вы возможность придерживаться здорового образа жизни?» – ответ «Да» дали 59,2% опрошенных, из них 36,5% – женщины, 22,7% – мужчины; ответ «Нет» – 40,8% опрошенных, из них 22,2% – женщины, 18,6% – мужчины. Сопоставив полученные результаты с результатами ответов на 9-й и 10-й вопросы анкеты можно с уверенностью сказать, что 60% респондентов имеют возможность вести здоровый образ жизни, а 40% – нет.

Вышесказанное подтверждается результатами ответов на уточняющий вопрос: «Если „нет“, то почему?». В частности, вариант ответа «Не знаю рекомендаций относительно здорового образа жизни» выбрало 2,6% опрошенных; «Знаю, но нет возможностей их соблюдать» выбрало 31,4%; «Не придерживаюсь дисциплины» – 5,5%; «Не хватает ресурсов и прочего» – 14,3%. Итак, на селе необходимо создать условия для понимания населением ценности и важности здорового образа жизни.

Рассмотрим результаты ответов на 14-й вопрос нашей анкеты – «Имеете ли Вы возможность регулярно принимать назначенные врачом лекарства?». «Да» ответили 64,7% опрошенных, из них 39,9% – женщины, 24,7% – мужчины; «Нет» – 35,3%, из них 18,8% – женщины, 16,6% – мужчины. Очевидно, что 2/3 населения имеет возможность постоянно лечиться, ибо, как известно, АГ требует пожизненного лечения с момента установления диагноза, а 1/3 населения не имеет такой возможности.

15-й вопрос, что является уточнением 14-го, «Какие причины, если „нет“?», отсутствие финансовых ресурсов отметило 22,4% опрошенных, из них 12,2% – женщины, 11,9% – мужчины; отсутствие необходимых лекарств в аптечной сети отметило 4,7% опрошенных, из них 2,7% – женщины, 1,4% – мужчины; о том, что не требователен к своему здоровью заявило 9,2% опрошенных, из них 4,9% – женщины, 4,3% – мужчины; не помогают назначенные лекарства – 2,6% респондентов, из них 1,2% – женщины, 1,4% – мужчины; на другие причины указали 2,7% опрошенных, из них 1,2% – женщины, 1,5% – мужчины. Вывод очевиден: бедность сельских жителей является основной причиной отсутствия постоянного и качественного лечения АГ. Результаты и выводы наших исследований совпадают с мнением авторов аналогичных исследований в Украине.

На 15-й вопрос нашей анкеты – «Согласны ли Вы с утверждением, что самые серьезные осложнения от АГ в основном возникают по вине больного?» – «Да» ответило 75,3% опрошенных, из них 42,8% – женщины, 32,4% – мужчин; ответ «Нет» дали 24,7% респондентов, из которых 15,9% – женщин, 8,9% – мужчин. Учитывая результаты проведенного исследования, можно сказать, что 3/4 сельских жителей, больных АГ, имеют те или иные осложнения от этой болезни, возникшие вследствие невыполнения ими рекомендаций врача по лечению и профилактике АГ.

На 16-й вопрос анкеты – «Знаете ли Вы о существовании технологий вторичной профилактики АГ?» – «Да» ответили 39,2% опрошенных, из них 24,7% – женщины, 14,5% – мужчины; ответ «Нет» дали 60,8% респондентов, из которых 34% – женщины, 26,8% – мужчины. По нашему мнению, которое подтверждается полученными результатами, 2/3 опрошенного населения, больного АГ, не владеет знаниями о лечении и профилактике своего заболевания, что, безусловно, является весомой причиной роста заболеваемости среди сельских жителей, а также и для решения этой проблемы путем санитарного просвещения населения.

Подтверждением нашего мнения являются результаты опроса пункта 17-го, что является уточнением 16-го вопроса «Если „Да“, то перечислите те, которые Вы знаете». Только 30,2% опрошенных смогли указать название технологии, из них 18% – женщины, 12,2% – мужчины, а 69,8% респондентов не смогли назвать ни одной профилактической технологии, из них 40,7% – женщины, 29,2% – мужчины. Следовательно, необходимость повышения уровня знаний сельского населения о профилактических технологиях АГ очевидна.

На 18-й вопрос – «Можете ли Вы без измерения АД определить факт его повышения, снижения или нормы?» – «Да» ответили 69,1% опрошенных, из них 41,6% – женщины, 27,5% – мужчины; «Нет» – 30,9% респондентов, из них

17,1% – женщины, 13,8% – мужчины. Очевидно, что 70% больных без контроля АД реагирует на его изменения и, соответственно, по симптомам могут принять меры, а в 30% АД протекает без видимых симптомов, и именно они требуют тщательного контроля уровня АД для проведения полноценного лечения.

С целью изучения влияния наследственности на возникновение АД респондентам необходимо было ответить на два вопроса: «Болели (болеют) АД Ваши родители?». «Да» ответило 60% опрошенных, а «Нет» – 40%. На вопрос «Если „да“, то укажите кто», что является уточнением 19-го, 50% опрошенных назвали своих родителей, у 40% респондентов больных родственников АД не было. Согласно нашим исследованиям и данным литературы можно с уверенностью сказать, что наследственность играет важную роль в возникновении АД, особенно когда болеют родители. Поэтому наличие отягощенной наследственности по АД должно учитываться врачами сельского звена при проведении лечебно-профилактической работы среди населения.

Распределение респондентов по ответам на 20-вопрос – «Со времени выявления у Вас АД состояние здоровья в целом ухудшилось, улучшилось, существенно не изменилось» – представлено в таблице 2.

**Таблица 2**

*Распределение респондентов в соответствии с изменениями в состоянии здоровья*

Состояние здоровья	Пол				Всего	
	Мужчины		Женщины			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ухудшилось	60	10,23	90	15,4	150	25,6
Улучшилось	64	10,9	83	14,1	147	25,1
Существенно не изменилось	118	20,1	171	29,2	289	49,3
Всего:	242	41,3	344	58,7	586	100

Как видно из таблицы 2, 25% респондентов отмечают ухудшение состояния здоровья, 25% – улучшение, 50% указывают на отсутствие изменений.

Последний вопрос нашей анкеты был сформулирован таким образом: «Какие, по Вашему мнению, наиболее важные меры нужно применить с целью улучшения Вашего здоровья? (назовите 3 наиболее весомые)». Три назвало 72,5% респондентов, две 8,7%, одну – 11,1%, ни одной – 7,7%. Очевидно, что 3/4 опрошенного населения заинтересованы в изменениях, которые приведут, по их мнению, к улучшению собственного здоровья, знают меры и придерживаются их.

## Выводы

1. Согласно результатам нашего исследования определено, что 70,8% опрошенных считают,

что контроль АД дает возможность больному и врачу оценить эффект лечения и своевременно внести в него необходимые изменения. Поэтому необходимо обеспечить сельское население доступными средствами контроля АД, научить измерять АД и понимать его значение.

2. Показано, что 70,0% населения готовы вести здоровый образ жизни, поэтому надо определить ответственных за проведение санитарного просвещения и обеспечение санитарно-просветительскими материалами сельского населения, а также за систематический контроль показателей АД сельских жителей.

3. Выявлено, что 50,0% опрошенных не имеют работы, что мешает обеспечить доступность и качество медицинской помощи, поэтому необходимо создать условия для улучшения социально-экономического состояния села.

## **Перспективы дальнейших исследований.**

Дальнейшие исследования будут направлены на изучение, усовершенствование и внедрение способов профилактики АД среди сельского населения, что будет способствовать улучшению его здоровья.

## Литература

1. А.С. Бідучак, І.Д. Шкробанець, С.І. Леонець. *Епідеміологічні особливості хвороб системи кровообігу в Україні й Чернівецькій області*. В: Буковинський медичний вісник. Український науково-практичний журнал. Чернівці: БДМУ, 2013, том 17, № 3 (67), ч. 2, 2013.
2. В.Е. Кардаш, Е.Ц. Ясинська, Ж.А. Ревенко. *Вплив серцевих аритмій на особливості розподілу супутніх захворювань*. В: Медицина сьогодні і завтра: Науково-практичний журнал, Харків, № 4 (61), 2013.
3. І.В. Навчук, М.І. Грицюк, А.С. Бідучак, В.Л. Таралло. *Популяційний підхід до визначення якості життя населення*. В: Східноєвропейський журнал громадського здоров'я, науково-практичний журнал, № 2-3 (18-19) 2012.
4. І.В. Навчук, З.М. Митник, А.Р. Уваренко. *Робота й обґрунтування моделі первинної та вторинної профілактики артеріальної гіпертензії у сільського населення*. Монографія (за ред. І.В. Навчука), Чернівці: БДМУ, 2013, 184 с.
5. В.Л.Таралло, М.З. Вацик. *Системні аспекти профілактики: теоретичний аналіз*. В: Вісник проблем біології і медицини. Український науково-практичний журнал (м. Полтава, 25.05.2014 р.), Українська академія наук, Вищий державний навчальний заклад України, Українська медична стоматологічна академія, 2014.
6. І.Д. Шкробанець, А.С. Бідучак, В.І. Кардаш. *Вивчення громадської думки пацієнтів щодо доступності, задоволеності надання медичних послуг та реформування охорони здоров'я*. В: Клінічна та експериментальна патологія: щоквартальний український науково-медичний журнал, т. XII, № 4 (46), 2013.

Представлена 20.09.2015

**Игорь Навчук, ozo@bsmu.edu.ua**

THE INFLUENCE  
OF ATHEROSCLEROSIS AND  
CORONARY HEART DISEASE ON INDEXES  
OF SURVIVAL OF PATIENTS WITH CARDIAC  
RHYTHM AND CONDUCTION DISTURBANCES

Zhanetta REVENKO,  
Elvira YASINSKA, Vasyl CHEBAN,  
Higher state educational establishment of  
Ukraine Bukovinian State Medical University

### Rezumat

**Influența aterosclerozei și a bolii coronariene asupra indicilor supraviețuirii bolnavilor cu dereglare a ritmului și a conductibilității cardiace**

A fost determinată influența bolii coronariene și a aterosclerozei asupra indicilor supraviețuirii bolnavilor cu dereglare a ritmului și a conductibilității cardiace în baza catamnezei.

**Cuvinte-cheie:** indicii supraviețuirii, catamneză, mortalitate

### Резюме

**Влияние атеросклероза и ишемической болезни сердца на показатели выживаемости больных с нарушением ритма и проводимости сердца**

Определено влияние ишемической болезни сердца и атеросклероза на показатели выживаемости больных с нарушением ритма и проводимости сердца на основе катamnестического наблюдения.

**Ключевые слова:** показатели выживаемости, катamnестическое наблюдение, инверное число дожития, летальность

### Introduction

As it is known, in cases with chronic diseases the most effective criteria for assessing the quality of treatment are indexes of the mortality rates.

To assess the effectiveness of the quality of medical care of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances these criteria are not suitable because they do not take into account the decisive role of disease duration and nature of the underlying disease [4].

Methods of assessment of the effectiveness of medical care of patients belonging to this group are not developed by this time also [1, 2, 3].

Only information about survival rates of patients and probable number of patients' survival with homogenous age, sex, and main disease groups can give the most reliable data of the effectiveness of chronic diseases prevention [4].

We didn't come across the information about the assessment of the efficacy of treatment and work organization of medical institutions in prevention of the disorders of cardiac rhythm and conduction in the available literature.

The aim of research: to apply survival rates and probable number of survival in the assessment of quality of health care of patients with disorders of cardiac rhythm and conduction.

### Materials and methods

As a result of the five-year catamnestic observation of 530 patients with disorders of cardiac rhythm and conduction we obtained the information about the number of deaths among them and those who left for other reasons per each year of observation.

To calculate the survival rates of patients and probable number of survival the technique of A.M. Merkova [4] was used. The countdown was held from the moment of the appearance of the first signs of the disease or from the date of the first registered visit to doctor.

### Results and discussion

We calculated the survival rates of patients with cardiac rhythm and conduction disorders during the investigation depending on the underlying disease. The countdown was held from the date of the first registered visit to a doctor.

**Table 1**

*Survival rates and probable number of survival of patients with cardiac rhythm and conduction disorders depending on the underlying disease during the period of 2007-2011*

Years of observation	Underlying disease				All types of cardiac rhythm violation without taking into consideration underlying disease	
	Coronary heart disease		Atherosclerosis with hypertension and without hypertension		Survival in a given year (percentage)	Probable number of survival per 1000
	Survival in a given year (percentage)	Probable number of survival per 1000	Survival in a given year (percentage)	Probable number of survival per 1000		
First	97,7	977	98,5	975	97,6	966
Second	97,3	931	96,8	933	97,4	930
Third	95,4	887	96,7	891	97,0	893
Fourth	93,3	809	96,0	845	96,9	855
Fifth	90,7	725	92,6	773	96,3	814

As we can see in the table, the survival of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances and the probable number of survival for five years is gradually reducing, indicating a constant disease progression; moreover decrease of survival rates shows a pronounced dependence on the underlying disease.

For instance the survival rate of the patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with coronary heart disease (CHD) reduced from 97.7% for the first year of observation to 90.7% for the fifth year of observation; also the survival rate of the patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with atherosclerosis with hypertension and without hypertension – from 98.5% to 92.6%.

The dimensions of the indexes of survival rates also determine the number of survived patients till a particular year of observation.

Only 773 patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with atherosclerosis attain the fifth year of observation out of 1000 patients.

Likewise, only 725 patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with coronary heart disease (CHD) live till the end of the fifth year of observation out of 1000 patients.

Of course, decrease of the indexes of survival rate depends on the age of patients also. Taking in consideration this fact, we calculated the indexes of five-year survival rates among patients of the same age with various major diseases.

Among patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with atherosclerosis aged 60-69 years only 611 patients live till the end of the fifth year of observation, and in case of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances which occurred alongside with coronary heart disease (CHD) – only 446 patients.

## Conclusions

1. The indexes of mortality rate is not suitable for assessment of the quality of medical care of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances.

2. Indexes of survival rates of patients and probable number of patients' survival with homogenous age, sex, and main disease groups are the most reliable criteria in assessment of the quality of medical care of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances.

**Prospects for further research.** The information we have got as a result of conducted research give us a possibility to determine the most purposeful ways in the development of measures aimed at improvement of quality of the medical care of patients with cardiac rhythm and conduction disturbances.

## References

1. Li-Saw-Hee F.L., Blann A.D., Gurney D., Lip G.Y.H. *Plasma von Willebrand factor, fibrinogen and soluble P-selectin levels in paroxysmal, persistent and permanent atrial fibrillation. Effects of cardioversion and return of left atrial function.* In: *Europ. Heart J.*, 2001, vol. 22, p. 1741-1747.
2. Воронков Л.Г. *Качество жизни при хронической сердечной недостаточности: актуальный аспект.* / Л.П. Парашенюк., Е.А. Луцак. В: *Здоров'я України*, 2010, № 3, с. 18.
3. Жарінов О. Й. *Фібриляція передсердь у хворого з серцевою недостатністю.* В: *Серц. недостатність*, 2010, № 1, с. 82–89.
4. Мерков А.М. *Изучение эффективности лечения больных хроническими болезнями.* В: *Руководство по социальной гигиене и организации здравоохранения*, т. 1 (под ред. Н.А. Виноградова), М.: Медицина, 1974, с. 206-209.
5. Кушаковский М.С. *Аритмии сердца (расстройства сердечного ритма и нарушение проводимости. Причины, механизмы, электрокардиологическая и электрофизиологическая диагностика, клиника, лечение).* Руководство для врачей. СПб(б): ИКР «Фолиант», 1998, 640 с.

## DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

- „Ce este un aforism? Un minimum de cuvinte și un maximum de sens”  
(M. Twain)
- „Medicina este arta de a păstra sănătatea și, eventual, de a vindeca boala survenită în corp”  
(Avicenna)
- „Medicul este ajutorul naturii”  
(Galen)

EVOLUȚIA SĂNĂTĂȚII  
PREȘCOLARILOR ȘI A ELEVILOR  
ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN PRISMA  
EXAMINĂRII MEDICALE PROFILACTICE

Galina BUTA<sup>1</sup>, Zina COBĂLEANU<sup>2</sup>,  
Iurie GUZGAN<sup>2</sup>, Pavel BORȘ<sup>2</sup>, Vasile CORCEA<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>USMF Nicolae Testemițanu,  
<sup>2</sup>IMSP Spitalul Clinic Republican

### Summary

#### *The dynamics of preschoolers and schoolers' health in the Republic of Moldova through preventive health examination*

There were analyzed the official statistical data on preventive examinations results in children aged 0-18 years in the period 2003-2011. The period surveyed is considered sufficient to assess the organization of the health system and its influence on the young generation morbidity indicators. The research showed that the most frequently recorded deficiency is "low visual acuity" with a national wide rate which varies between 26.6 and 19.8 in 1000 examined pupils. In the cities this indicator is higher compared to the national average, while the district level is lower. Most often this deficiency is detected in 2nd-4th and 5th-8th graders. The 2nd place at a significant distance from the 1st, is occupied by „physical retardation” cases. This deficiency is often detected in the rayons, where the rates are higher than the national average and the rate in municipalities is lower. The 3rd place is occupied by “bad posture disorders”, which rates, compared to the national average, are higher in municipalities and lower in rayons. These diseases are often first detected in the 1st grade pupils. “Speech defects” and “scoliosis” share the 4th place in the ranking. More often they occur in the municipalities and rarely in rayons. In this case most frequently they are detected in pupils of 1st and 2nd-4th grades. Preventive medical check-ups help identify areas of intervention for family doctors, specialists and managers in the health system, in order to improve children health.

**Keywords:** children, preschool, school age, morbidity, prophylactic examinations

### Резюме

#### *Динамика здоровья детей дошкольного и школьного возрастов Республики Молдова на основании профилактических медицинских осмотров*

Изучены статистические данные, представленные Национальным Центром Мененджемента в Здравоохранении, относящиеся к профилактическим осмотрам детей 0-18 лет за период 2003-2011 г. Установлено, что чаще всего выявлено „понижение остроты зрения”, которое на национальном уровне составляет от 26,6 до 19,8 случаев на 1000 осматриваемых. В городах этот показатель выше по сравнению со средним по стране, в то время как на уровне районов – ниже. Понижение остроты зрения чаще всего выявляется у учеников 2-4 и 5-8 классов. Второе место занимает «отставание в физическом развитии». Этот недостаток чаще выявляется в районах, где уровень выше, чем в среднем по стране. На уровне муниципий этот показатель ниже. Третье место занимают «нарушения осанки». Регистрируемый показатель на уровне муниципий выше, а в районах выше, чем в среднем по стране. Эти нарушения чаще выявляются у первоклассников. «Дефекты речи» и «сколиоз» занимают 4-е место в рейтинге. На уровне муниципий этот показатель выше, чем в среднем по стране, когда в районах – ниже. Чаще всего эти состояния выявляются у первоклассников и учащихся 2-4 классов. Таким образом, профилактические осмотры дают возможность найти места приложения воздействия семейных врачей, специалистов и руководителей в системе здравоохранения для улучшения здоровья детей.

**Ключевые слова:** дети, дошкольный возраст, школьный возраст, заболеваемость, профилактические медицинские осмотры

### Introducere

Promovarea și protejarea sănătății populației pe tot parcursul vieții sunt printre cele mai importante obiective ale comunității mondiale, reflectate în *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului* [1] și în *Strategia Sănătatea pentru toți în secolul XXI* a Organizației Mondiale a Sănătății [2, 3].

Nivelul și structura morbidității pediatrie au fost studiate de mai mulți autori. Acest domeniu merită o atenție deosebită, deoarece, în condițiile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală, serviciile medicale la copii sunt acordate de către medicii de familie. În plus, se constată un nivel net superior al morbidității generale înregistrate la copii – de circa 2 ori – în comparație cu cel înregistrat la populația adultă ( $p < 0,05$ ), atât după prevalență, cât și după incidență.

Morbiditatea populației poate fi analizată în baza rezultatelor examenelor medicale profilactice. Rezultatele scot în evidență nu numai bolile, ci și stările patologice care nu au fost până acum un pretext de adresare în instituțiile medicale. Cu atât mai mult cu cât evidența integrală a tuturor maladiilor se efectuează după diagnozele precizate.

În scopul supravegherii dinamicii dezvoltării copiilor și a depistării timpurii a stărilor morbide, anual se organizează examenul medical profilactic al copiilor. Acesta se desfășoară preponderent în lunile august–septembrie, la nivelul sectorului medical primar, și implică antrenarea medicilor-specialiști de profil: neurolog, oftalmolog, chirurg-ortoped, pediatru, stoma-

tolog, logoped și psihiatru. Investigațiile clinice și paraclinice, conform vârstei și patologiilor înregistrate, se efectuează în baza Programului Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală, Standardelor și Protocoalelor Clinice, aprobate de către Ministerul Sănătății Republicii Moldova [4, 5].

În urma realizării reformelor în sistemul de sănătate și adaptării la condițiile socioeconomice actuale, apare necesitatea efectuării studiilor speciale, orientate spre determinarea particularităților medico-demografice și a morbidității populației. Studiile sunt realizate în baza metodelor contemporane de evaluare și analiză, având ca scop determinarea priorităților ce țin de perfecționarea și optimizarea activităților în medicina de familie [6, 7].

Scopul studiului constă în analiza nivelului și a structurii morbidității pediatrie în contextul examenelor medicale profilactice.

### Material și metode

A fost analizată dinamica datelor statistice oficiale ale Centrului Național de Management în Sănătate (CMNS) privind rezultatele examinărilor profilactice ale preșcolărilor și elevilor din Republica Moldova, pentru perioada 2003-2011 [8]. Intervalul de timp analizat a fost dictat de caracteristicile comune ale grupelor participante la studiu în această perioadă, fiind diferite până în anul 2002 inclusiv și, respectiv, după 2012.

Analiza statistică a rezultatelor obținute a fost realizată cu ajutorul procedeelelor specifice de sistematizare și organizare a cercetării. Interpretarea datelor a inclus aplicarea unui șir de operații și metode de lucru specifice sistematizării materialului factual brut, grupării statistice în funcție de parametri și niveluri. Prezentarea datelor statistice s-a efectuat prin tabelare și construcții de grafice [9].

### Rezultate și discuții

Potrivit datelor statistice ale CNMS, în rezultatul examenelor medicale profilactice, cea mai înaltă rată au înregistrat maladiile care se manifestă prin „**acuitatea vizuală scăzută**” (figura 1). Astfel, la 1000 de copii examinați s-au înregistrat de la 26,6 cazuri în anul 2003, urmând o scădere treptată, dar cu mici oscilații, până la 19,8‰ în anul 2011.

Analiza după locul de reședință denotă faptul că la nivel de municipii rata celor depistați cu acuitate vizuală scăzută este mai înaltă față de media pe țară și la nivel de raioane. Cu toate acestea, ratele au avut tendința de scădere lentă de la 43,3‰ în anul 2003 la 15,9‰ în 2009, fiind cea mai joasă rată pe toată perioada luată în studiu. În anul 2010 se înregistrează o creștere de până la 20,3 cazuri la 1000 examinați, urmată de o scădere de până la 18,9‰ în 2011.

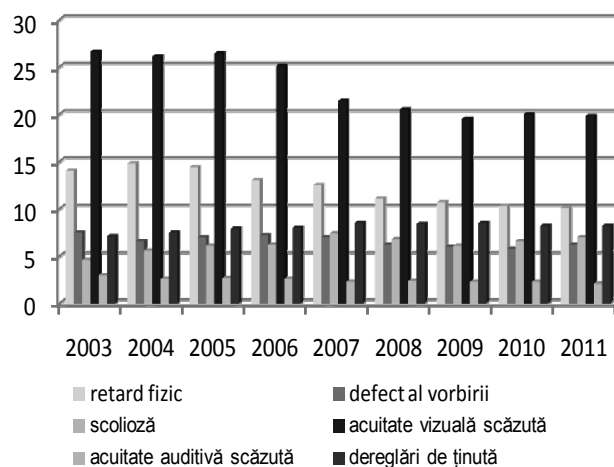


Figura 1. Evoluția sănătății preșcolărilor și elevilor în Republica Moldova (2003-2011)

La nivel de raioane, curba se manifestă cu valori mai joase față de media pe republică, care în primii ani scade în dinamică de la 22,0‰ (2003) până la 20,4‰ (2007). În continuare, caracterul este oscilatoriu, dar cu tendință de micșorare: 20,5‰ (2008), 20,6‰ (2009), 19,9‰ (2010) și 20,0‰ (2011).

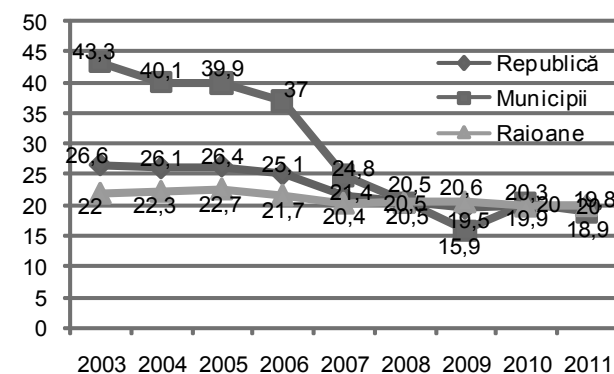


Figura 2. Evoluția valorilor „acuității vizuale scăzute” la 1000 de examinați, în funcție de mediul de reședință, anii 2003-2011

Analizând evoluția depistării acuității vizuale în funcție de grupele de studiu, constatăm că, odată cu înaintarea în vârstă, aceasta deficiență este depistată mai frecvent (figura 3). Astfel, cele mai joase rate s-au înregistrat la preșcolari, variind între 7,9‰ (2003) și 4,1‰ (2011), păstrând tendința clară de descreștere pe toată perioada. Este de menționat că aceste valori sunt mult mai joase față de media pe țară. Celelalte grupe luate în studiu au înregistrat valori mai mari decât media pe țară. Astfel, ratele înregistrate printre elevii claselor 1 s-au încadrat în valori cuprinse între 24,3‰ (2009) și 38,2‰ (2005). Rate variind între 28,1‰ (2011) și 36,9‰ (2005) au fost atestate printre elevii claselor 2-4. Acuitatea vizuală scăzută printre elevii claselor 5-8 a variat între 29,8‰ (2011) și 36,9‰ (2003).

La elevii claselor 9-12, valorile înregistrate sunt puțin mai joase față de cei din clasele 2-4 și 5-8, având

tendință de descreștere cu mici oscilații, atingând valoarea cea mai joasă (25,6‰) în 2009.

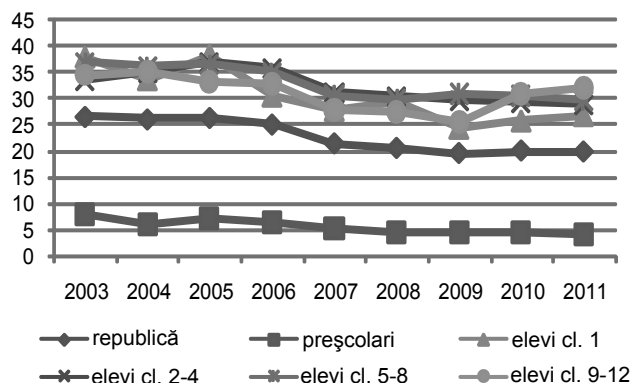


Figura 3. Evoluția valorilor „acuității vizuale scăzute” în funcție de grupele de studiu, anii 2003-2011

Pe locul 2, la o distanță esențială, s-au clasat cazurile „cu retard fizic”, care în anul 2003 au înregistrat nivelul de 14,0 la 1000 de examinați, ratele scăzând treptat pe toată perioada estimată, atingând nivelul de 10,1‰ în anul 2011 (figura 4).

Analiza pe mediile de reședință denotă faptul că cele mai înalte rate s-au înregistrat la nivel de raioane. Deși curba repetă aceeași legitate ca cea la nivel de țară, ratele înregistrate sunt mai înalte. După o creștere de la 15,7‰ (2003) la 16,8‰ (2004 și 2005), ratele scad vizibil, atingând în anul 2011 nivelul de 12,3 cazuri la 1000 de examinați.

La nivel de municipii, indicatorul este mai jos față de media pe țară și pe raioane. Ratele, cu unele oscilații, înregistrează o descreștere de la 7,6 la 1000 de examinați în 2003 până la 3,0‰ în 2009 și 2011.

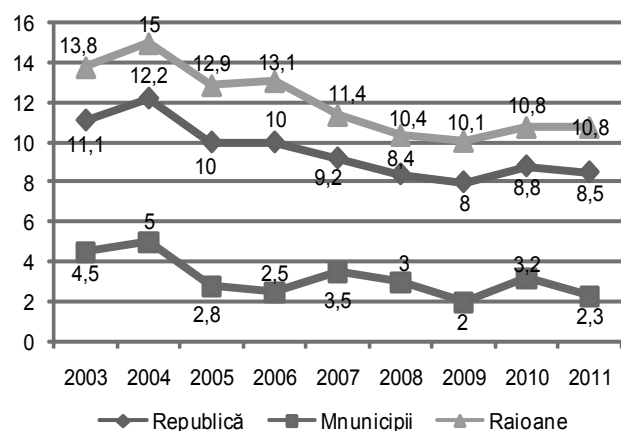


Figura 4. Rezultatele examenelor profilactice la copii de 0-18 ani, la 1000 examinați, depistați cu „retard fizic”, anii 2003-2011

Analiza după grupele de studiu denotă că ratele cele mai înalte s-au înregistrat printre elevii claselor 1, care în 2003-2005 au manifestat o creștere (25,7; 27,6; 35,1 la 1000 de examinați), atingând apogeul (35,1‰) în anul 2005. În continuare, curba scade spectaculos, atingând rata cea mai joasă de 18,9 cazuri la 1000 de examinați în 2010.

Retardul fizic mai puțin afectează elevii claselor 2-4, curba crescând treptat (18,6‰; 20,4‰; 21,0‰ – 2003; 2004 și 2005). În continuare, curba scade lent, atingând cea mai joasă rată (14,1 la 1000 de examinați) în 2010.

Următorul în clasament se situează grupul de elevi al claselor 5-8, ratele scăzând de la 16,8‰ (2003) la 13,0 la 1000 de examinați (2011). Aceste trei grupe au manifestat valori mai înalte față de media pe țară, care au variat între 14,8‰ în 2004 și 10,1‰ în 2011.

Valori mai joase față de media pe țară s-au înregistrat printre elevii claselor 9-12, ratele variind între 12,2‰ (2004) și 8,0‰ (2009).

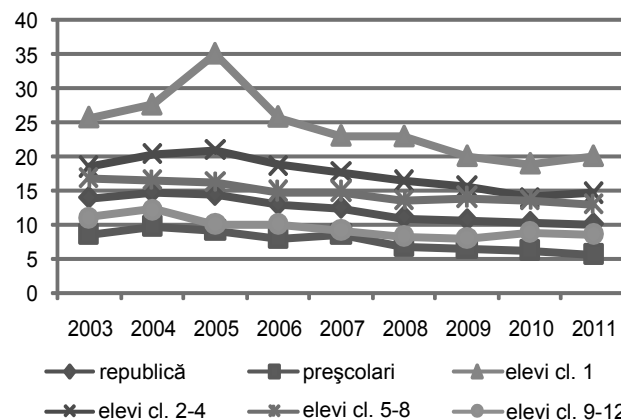


Figura 5. Evoluția valorilor deficienței „retard fizic” în funcție de grupele de studiu, anii 2003-2011

Cele mai joase valori la compartimentul „retard fizic” le-au demonstrat preșcolarii, curba scăzând în dinamică de la 9,7 la 1000 de examinați în 2004 la 5,6‰ în 2011.

Pe locul 3 sunt situate cazurile cu „deregări de ținută”, care în anul 2003 înregistrează nivelul de 7,1 la 1000 de examinați, crescând treptat: 7,5‰ (2004), 7,8‰ (2003), 7,9‰ (2005), 8,0‰ (2006); 8,5‰ (2007). După o mică depreciere de la 8,4‰ (2008) și o creștere până la 8,5‰ (2009), atinge rata de 8,2 la 1000 de examinați în 2010 și 2011 (figura 6).

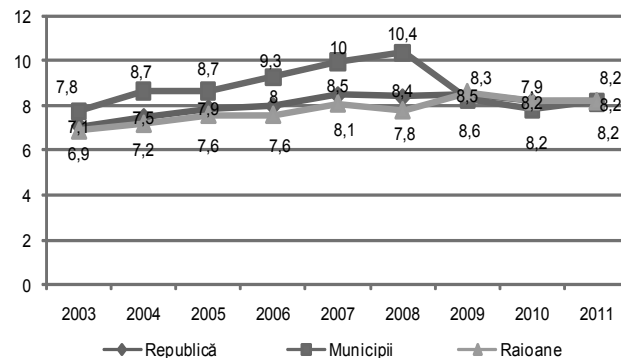


Figura 6. Evoluția valorilor deficienței „deregări de ținută” în funcție de mediul de reședință, anii 2003-2011

La nivel de municipii, ratele înregistrate sunt mai înalte față de media pe țară și manifestă o creștere dinamică pe parcursul anilor – de la 7,8‰ (2003) la 10,4‰ (2008). După o mică descreștere de până la 8,3‰ (2009), indicatorul se stabilizează la nivelul de 8,2 la 1000 de examinați în anii 2010 și 2011.

La nivel de raioane, indicatorul este puțin mai mic față de media pe țară. În anul 2009 depășește puțin media pe țară, atingând valorile de 8,6 la 1000 de examinați. În următoarea perioadă, indicatorii pe țară, municipii și raioane practic coincid.

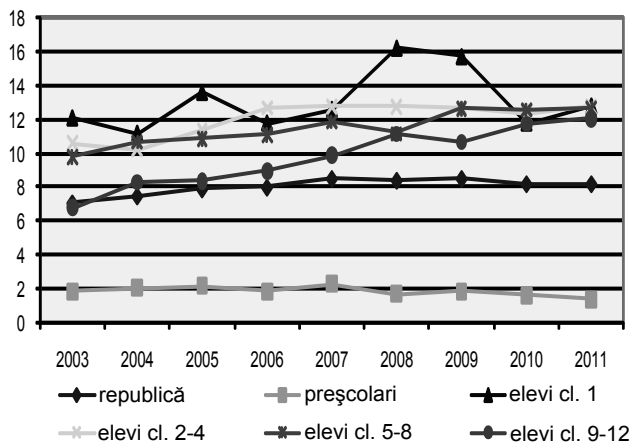


Figura 7. Evoluția valorilor deficienței „deregări de ținută” în funcție de grupul de studiu, anii 2003-2011

Făcând o analiză pe grupele de studiu, constatăm că ratele cele mai înalte se înregistrează la elevii claselor 1, care ating valori de 13,6‰ (2005), 16,2‰ (2008), apoi scad până la 15,7‰ (2009). Astfel, cele mai joase rate s-au atestat în anii 2004 (11,2‰) și 2010 (11,8‰). Pentru clasele 2-4, valorile variază între 10,2‰ (2004) și 12,8‰ (2007, 2008, 2011). Valorile ratelor printre elevii claselor 5-8 variază între 9,8‰ (2003) și 12,7‰ (2007, 2011). S-a înregistrat o creștere în dinamică. Curba pentru elevii claselor 9-12 crește de la 6,8‰ (2003) la 11,2‰ (2008), urmând de o scădere dinamică până la 10,7‰ (2009), 11,8‰ (2010) și 12,1‰ (2011). Astfel, aceste grupe manifestă valori mai înalte față de media pe țară.

Cele mai mici valori față de media pe țară le manifestă grupul de preșcolari, înregistrând o creștere lentă oscilatorie de la 1,9‰ (2003) la 2,0‰ (2007). În continuare se înregistrează o scădere a valorilor până la 1,4‰ în anul 2011. Astfel, „deregările de ținută” sunt instalate mai sus față de „defectele de vorbire” și „scolioză”, care se clasează pe locul 4.

În prima perioadă a anilor 2003-2006, „defectele de vorbire” s-au înregistrat cu rate de 7,5; 6,6; 7,0; 7,2 la 1000 de examinați. În această perioadă, „scolioza” înregistra valori mai joase (4,6‰; 5,6‰; 6,1‰; 6,2‰), atingând apogeul în anul 2007 (7,4‰). În continuare are valori puțin mai înalte față de deficiența anterioară – „defecte de vorbire”.

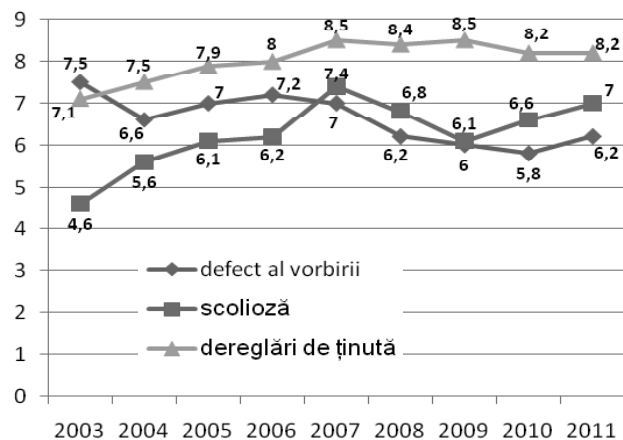


Figura 8. Evoluția valorilor deficiențelor „defect de vorbire”, „scolioză” și „deregări de ținută”, anii 2003-2011

„Acuitatea auditivă scăzută” este cea mai rar depistată deficiență, plasându-se pe locul 5 printre celelalte deficiențe la preșcolari și elevi. Analizând evoluția depistării acestei deficiențe după mediile de reședință, constatăm că media pe țară manifestă dinamică oscilatorie, cu tendință vădită de scădere. Astfel, dacă în anul 2003 rata constituia 3 cazuri la 1000 de examinați, atunci în 2011 valorile atinse în depistarea acestei deficiențe au scăzut până la 1,5 la 1000 de examinați. La nivel de municipii, ratele sunt mai joase față de media pe țară și scad spectaculos de la 2,9‰ în 2003 la 1,5 la 1000 de examinați în anul 2011.

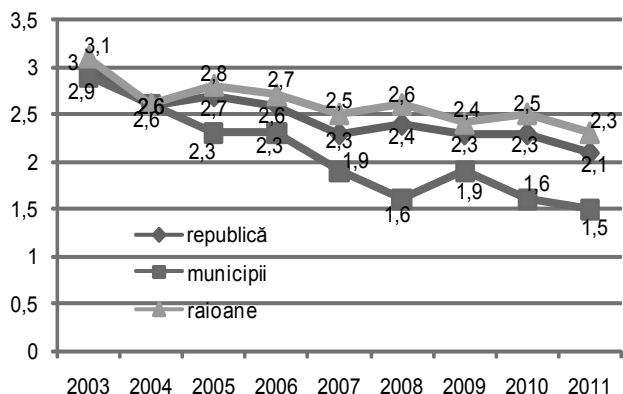


Figura 9. Evoluția valorilor deficienței „acuitate auditivă scăzută” după mediul de reședință, anii 2003-2011

La nivel de raioane, ratele sunt puțin mai înalte față de media pe țară, încadrându-se în valorile 3,1 la 1000 de examinați (2003) și 2,3‰ (2011).

Analizând grupele luate în studiu, constatăm că cele mai înalte rate ale „acuității auditive scăzute” sunt înregistrate printre elevii claselor 1, manifestând valori de 6,4 cazuri la 1000 de examinați (2003) la 4,7‰ (2004) și 5,2‰ (2008). În continuare, valorile scad până la 4,0‰ în 2009 și 2010. În anul 2011 s-au înregistrat valori de 4,3 la 1000 examinați. De asemenea, valori mai înalte față de media pe țară



au înregistrat indicatorii printre elevii claselor 2-4, manifestând o curbă cu caracter oscilatoriu, dar cu tendință de descreștere vădită. Astfel, în primii ani (2003-2007), ratele au variat între 3,7 și 4,0 la 1000 de examinați. În continuare, ratele scad la 3,7‰; 3,4‰; 3,4‰; 3,1‰ și 2,9‰ în anii 2007, 2008, 2009, 2010 și 2011.

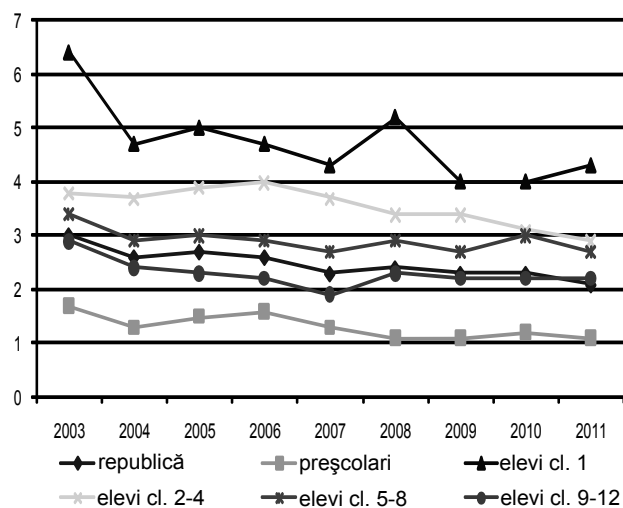


Figura 10. Evoluția valorilor deficienței „acuitate auditivă scăzută” după grupele de studiu, anii 2003-2011

Urmează clasele 5-8, care de asemenea înregistrează valori mai înalte față de media pe țară, manifestând valori oscilatorii, variind între 3,4‰ (2003) și 2,7‰ (2007, 2009, 2011).

Rate mai joase față de media pe țară au înregistrat elevii claselor 9-12, care în prima perioadă (2003-2007) scad dinamic (2,9‰; 2,4‰; 2,3‰; 2,2‰; 1,9‰). În continuare, valorile indicatorului, după o creștere de până la 2,3‰ în anul 2008, se stabilizează la valoarea de 2,2 cazuri la 1000 de examinați.

Cele mai mici rate se înregistrează printre preșcolari. Pentru acest grup, valorile variază între 1,7‰ (2003), 1,5‰ (2005), 1,6‰ (2006). În continuare, acestea scad de la 1,3‰ (2007) la 1,1‰ (2008, 2009 și 2011).

## Concluzii

1. Sănătatea generației tinere este motiv de preocupare a tuturor, deoarece asigurarea unei stări bune la aceste vârste reprezintă garanția unui nivel de sănătate acceptabil la generațiile următoare.

2. Cel mai bun mod de protejare a sănătății copilului este examinarea profilactică regulată și complexă conform prevederilor Programului Unic al AOAM, Standardelor și Protocoalelor Clinice Naționale.

3. S-a constatat că la 1000 de copii examinați revin de la 19,8 până la 26,6 copii care suferă de acuitate vizuală scăzută, de la 10,1 la 14,8 au întârzieri în dezvoltarea fizică; între 7,1 și 8,5 copii au dereglări de ținută; circa 5,8-7,5 copii la 1000 de examinați suferă de tulburări de vorbire. Scolioza se înregistrează de la 4,6 la 7,4 cazuri la 1000 de examinați și acuitatea auditivă scăzută se înregistrează între 2,1 și 3,0 cazuri la 1000 de examinați. Cele mai mici rate înregistrează acuitatea auditivă scăzută, care variază între 2,1 și 3 cazuri la 1000 de copii examinați.

4. Rezultatele prezentate constituie suportul unor recomandări pe termen scurt sau de perspectivă pentru protejarea și promovarea sănătății la aceste vârste, ca element de predicție pentru sănătatea viitoare, pentru determinarea normativelor și volumului serviciilor medicale, precum și pentru dezvoltarea în perspectivă a strategiilor manageriale.

5. Sunt necesare acțiuni de promovare a sănătății și de combatere a comportamentelor nesănatoase.

## Bibliografie

- Hotărârea Guvernului nr. 288 din 15.03.2005 despre aprobarea *Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului până în anul 2015*. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=300778>
- Strategia Sănătatea pentru toți în secolul XXI. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf).
- Tulcinschiy T.H., Varavicova E.A. *Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI*. Chișinău: Editura Ulysse, 2003, 744 p.
- Ordinele anuale privind aprobarea *Normelor metodologice de aplicare a Programului Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală*. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=356365&lang=1>
- Protocoalele Clinice Naționale pe diferite nosologii, aprobate de MS al RM. <http://old.ms.gov.md/public/info/Ghid/protocols/>
- Ețco C., Buta G. *Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău*. Ch., 2014, 281 p.
- Buga M., Ețco C., Ciocanu M. *Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în țările din Europa de Vest*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2007, nr. 6, p. 35-42.
- Jaba E. *Statistica*. București: Economica, 1998, 464 p.
- Mureșanu P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*. București.

Prezentat la 29.09.2015

**Galina Buta,**

tel. 069322284

e-mail: butagalina@yahoo.com

## TOXICOLOGIA EXPERIMENTALĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA: DE LA ORIGINE LA CONTEMPORANEITATE

**Iurie PÎNZARU,**  
Centrul Național de Sănătate Publică

### Summary

#### **Experimental toxicology in Republic of Moldova: from the origin to contemporaneity**

*This article is a summary of the assessment of archival documents of National Centre of Public Health and former Moldovan Institute for Research in Hygiene and Epidemiology on foundation structures and toxicology results obtained until now. Toxicology sections in the mentioned institutions were created respectively in 1963 and 1964 to study the toxicology of pesticides and their influence on public health, favored by their intense application at the time. The founder of toxicology department of the Republican Sanitary and Epidemiological Station was Nelly Zimmnita (1963). Now the present structure is equipped with trained specialists in RM and also trained abroad.*

**Keywords:** toxicology, hygiene pesticides, experimental toxicology laboratory, unprofessional acute chemical poisonings

### Резюме

#### **Экспериментальная токсикология в Республике Молдова: от истоков до сегодняшнего дня**

*Данная статья представляет обзор архивных документов Национального Центра Общественного Здоровья и бывшего Молдавского Научно-Исследовательского Института Гигиены и Эпидемиологии по созданию токсикологической службы в республике и достижениях достигнутых за это время в данной области. Отделы токсикологии этих учреждений были сформированы в 1963 и 1964 годах в целях изучения токсикологии пестицидов, широко применяемые в то время, и их влияния на здоровье населения.*

*Основателем отдела токсикологии Республиканской Санитарно-Эпидемиологической станции была Нелли Зимница (1963). В настоящее время эта структура оснащена современным оборудованием и хорошо подготовленными специалистами, в том числе за рубежом.*

**Ключевые слова:** токсикология, гигиена пестицидов, экспериментальная лаборатория токсикологии, острые непрофессиональные химические отравления

### Introducere

Toxicologia este o știință experimentală, ale căror începuturi se pierd în negura timpurilor, dezvoltarea sa fiind strâns legată de drama otrăvirilor, care au marcat evoluția societății umane de la începuturile ei și până la etapa contemporană.

Părintele toxicologiei poate fi considerat medicul și chimistul spaniol *Mateo Jose Buenaventura Orfila* (1787-1853), care a pus bazele toxicologiei experimentale și medico-legale în *Tratatul de toxicologie*, publicat în anul 1814. A fost primul care a utilizat experimental animalele în scopul testării toxicității substanțelor și a stabilit metode de analiză chimică pentru identificarea otrăvurilor în țesuturile și fluidele organismului [1].

Alte nume notorii în dezvoltarea toxicologiei experimentale sunt *Francois Magendie* și *Claude Bernard* (Franța), *E. V. Pelikan* (Rusia), *Constantin Hepites* și *Mina Minovici* (România) etc. [1, 2, 3].

Dezvoltarea toxicologiei în sec. XX este tot mai avansată și include tot mai multe domenii. Progresele din industria chimică, înregistrate după anul 1945, au făcut posibilă evoluția fără precedent a toxicologiei experimentale. S-a dezvoltat industria chimică și au apărut noi antidoturi, care acționează prin mecanisme specifice. A sporit preocuparea serviciului medical pentru prevenirea intoxicațiilor cu substanțe de origine chimică.

Rolul toxicologiei, cu referință la societate, constă în protejarea sănătății oamenilor împotriva efectelor dăunătoare ale substanțelor toxice, în cercetarea noilor compuși ai substanțelor chimice, care să prezinte o toxicitate mai selectivă și, respectiv, o mai mare securitate în utilizare [1].

Domeniile de interes ale toxicologiei experimentale sunt sănătatea publică, chimia, biologia, fiziologia, ingineria, farmacologia etc. Totodată, în domeniul toxicologiei se colaborează cu serviciile conexe, cum ar fi: autoritatea de mediu, medicina, economia și altele.

În anii '50 ai sec. XX a început producerea pesticidelor, fapt care a determinat crearea autorităților competente în domeniul evaluării toxicologice și studierii efectelor nefaste asupra sănătății publice în rezultatul utilizării lor.

#### **Fondarea și dezvoltarea subdiviziunii toxicologiei experimentale în Republica Moldova**

Pentru studierea influenței pesticidelor asupra sănătății omului, care erau folosite tot mai intens în agricultură contra bolilor și vătămătorilor, în 1963, în cadrul Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane (SSER) (astăzi Centrul Național de Sănătate Publică), iar în 1965 – în structura Institutului

Moldovenesc de Cercetări în Igienă și Epidemiologie au fost create primele secții de toxicologie în domeniile practic și științific.

În anul 1960, prin Ordinul Ministerului Ocrotirii Sănătății al Republicii Sovietice Socialiste Moldovenești (RSSM) nr. 200 din 06.05.1960, s-a decis ca în structura Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane, începând cu anul 1962 (abia peste doi ani), să se organizeze un grup de laborator, angajat în investigarea reziduurilor de pesticide din produsele alimentare.

Totodată, în anul 1962 au fost raportate rezultatele primelor cercetări de laborator propriu-zise, mai exact, rezultatele celor 154 de investigații la reziduurile de pesticide, cum ar fi: *DDT*, *HCH* (hexacloran, lindan), *tiofos*, *granozan* etc. De remarcat că în următorii doi ani, 1963 și 1964, numărul investigațiilor a sporit până la 206 și, respectiv, 450.

În perioada în care, în agricultura RSSM, erau aplicate pe larg pesticidele, iar în controlul utilizării lor existau rezerve și imperfecțiuni, anual în rândul populației se înregistrau intoxicații alimentare, cauzate de poluarea produselor cu pesticide.

Astfel, în anul 1964, în s. Strâmba, raionul Râșcani, 21 de persoane s-au intoxicat (una din ele a decedat) în urma consumării în stare proaspătă a mazării verzi poluate cu dust (*DDT*) de 5% și bentox-10.

În același an, în s. Bălăurești, raionul Călărași (azi Nisporeni), ca urmare a utilizării îndelungate în alimentație a grâului prelucrat cu granozan s-au intoxicat 7 persoane, inclusiv 2 copii care au decedat. Astăzi, doar prin prisma cazurilor descrise ne putem imagina ce amploare luase utilizarea pesticidelor și ce cantități erau aplicate în scopul nimicirii dăunătorilor și tratării plantelor în gospodăria sătească de atunci.

Stația Sanitaro-Epidemiologică Republicană, care era o instituție metodico-organizatorică de frunte a Serviciului Sanitaro-Epidemiologic de Stat, prin Circulara nr. 20-103/12 din 13.01.1963 a obligat inspectorii sanitari de stat ai orașelor și raioanelor (azi – medici-șefi sanitari de stat ai municipiilor și raioanelor) să organizeze supravegherea sanitară a transportării, păstrării și aplicării pesticidelor, deși nu existau subdiviziuni specializate în aceste domenii.

Atribuțiile și competențele respective erau exercitate de specialiștii în igiena muncii din cadrul instituțiilor Serviciului, care, în scopul prevenirii eventualelor intoxicații alimentare de origine chimică, și-au sporit activitățile, inclusiv prin extinderea numărului de investigații la conținutul reziduurilor de pesticide în producția agricolă.

Studierea documentelor din arhiva Centrului Național de Sănătate Publică denotă că primul ordin

despre crearea Secției toxicologie în cadrul SSER datează cu data de 11.02.1963. Șef al Secției toxicologie a fost desemnată dna **Nelly Zimnița**, care s-a aflat la cârma ei până în anul 1965, iar statele noii subdiviziuni prevedeau 9 funcții de personal.

Primele rezultate generalizate ale activității Secției toxicologie a Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane au fost expuse în Raportul de totalizare (f. 36) *Despre activitatea SSER în anul 1964*.

Hotărârea Consiliului de Miniștri al URSS nr. 86 din 16.02.1965 *О мероприятиях по охране здоровья населения в связи с расширением применения в сельском хозяйстве химических средств защиты растений* și Hotărârile similare ale Consiliului de Miniștri al RSSM nr. 298 din 24.07.1964 și nr. 116 din 20.03.1965 au constituit baza normativă obligatorie atât pentru Ministerul Gospodăriei Sătești, cât și pentru Serviciul Sanitaro-Epidemiologic de Stat din cadrul Ministerului Ocrotirii Sănătății (MOS), căruia îi reveneau aceste atribuții și competențe. Totodată, ele au constituit principiile unificate (de bază) în organizarea și realizarea supravegherii măsurilor de aplicare a pesticidelor în agricultură, care cereau dotarea angajaților cu echipament individual de protecție, admiterea în câmpul muncii a oamenilor sănătoși, bazată pe rezultatele examenelor medicale obligatorii, în organizarea și desfășurarea cărora existau anumite lacune.

În istoria dezvoltării toxicologiei și igienei aplicării pesticidelor (azi – Siguranța chimică și toxicologia), anul 1965 se consideră crucial, deoarece:

1. În statele de funcții ale Direcției Sanitaro-Epidemiologice a Ministerului Ocrotirii Sănătății (DSE a MOS) a fost inclusă, în luna aprilie 1965, o unitate de inspector principal igienist în problemele controlului aplicării pesticidelor în gospodăria sătească, care a fost deținută de **Victor Băbălău**, **Ion Rusu-Lupan**, **Mihai Dutca** și **Eugen Stratu**. Odată cu proclamarea Independenței Republicii Moldova, DSE a fost lichidată. La crearea ei s-a revenit abia în 2003, la inițiativa viceministrului, medicului-șef sanitar de stat, dl Ion Bahnarel.

2. În februarie a aceluiași an, în cadrul SSER a fost organizat Laboratorul toxicologie cu 12 unități de funcții.

3. În cadrul instituțiilor sanitaro-epidemiologice teritoriale au fost formate grupuri de laborator (fiecare având câte 3 unități de funcție: chimist cu studii superioare, laborant cu studii medii și asistent), concomitent fiind organizate investigații pentru determinarea reziduurilor de pesticide. Către finele anului 1965, deja 10 stații sanitaro-epidemiologice au raportat despre înființarea și funcționarea subdiviziunilor respective.

4. Consiliul de Miniștri al RSSM, la solicitarea MOS, a alocat mijloace financiare pentru construcția

clădirilor a 14 laboratoare ale stațiilor sanitaro-epidemiologice (SSE) teritoriale, care au fost asigurate cu necesarul de reactivi și veselă de laborator.

5. La 10.06.1965 au fost aprobate *Regulile sanitare pentru păstrarea, transportarea și utilizarea pesticidelor în gospodăriile agricole*, nr. 531-65.

6. Au fost organizate cicluri de pregătire a specialiștilor din SSE și din instituțiile medicale în problemele toxicologiei, clinicii, tratamentului și prevenirii intoxicațiilor cu pesticide, controlului folosirii substanțelor chimice în agricultură etc.

Una din sarcinile de bază ale specialiștilor SSE teritoriale consta în obținerea și evidența datelor privind cantitățile de pesticide utilizate în agricultură, prin aceasta urmărindu-se evaluarea intensității utilizării lor în diferite teritorii și în ansamblu pe republică.

Astfel, datele menționate denotă că în RSSM, între anii 1960 și 1965, comparativ cu anul 1974, au fost utilizate cantități enorme de pesticide (tabelul 1).

**Tabelul 1**

*Cantitățile de pesticide utilizate în anii 1960-1974*

Anii	1960	1961	1962	1963	1964	1965	1974
Cantitatea de pesticide utilizată (mii tone)	16025	15416	25736	31031	29000	23065	47800

În 1965, conform datelor disponibile, suprafața terenurilor însămânțate constituia circa 1 mil. 160 mii ha. Pe fiecare hectar de teren se aplicau câte 20 kg de pesticide (în jur de 7 kg de pesticide per capita), pe când în 1974 acest indice a constituit 9,9 kg/ha, iar suprafețele însămânțate s-au extins până la 4,8 mil ha. Lista pesticidelor utilizate în agricultură, în funcție de conținutul substanței active, includea 55-60 de denumiri (1965).

În anul 1971, Secția toxicologie, condusă de **Nina Gontovaia**, a fost reorganizată în Secția supravegherea igienică a aplicării pesticidelor și maselor plastice în economia națională. Secției i-au fost atribuite mai multe funcții noi, legate, în primul rând, de producerea articolelor din mase plastice și de necesitatea controlului inofensivității lor pentru sănătatea publică.

Totodată, atribuțiile și competențele specialiștilor secției includeau elaborarea proiectelor de acte normative, directive și instructiv-metodice de conduită pentru specialiștii responsabili de compartimentul dat; organizarea lucrului metodic și acordarea ajutorului practic specialiștilor stațiilor sanitaro-epidemiologice teritoriale în organizarea și efectuarea investigațiilor de laborator la reziduurile de pesticide în produsele agroalimentare și a altor probe din mediu; elaborarea proiectelor de note informative la subiect pentru organele de conducere

ale RSSM – Comitetul Central al Partidului Comunist al Moldovei, Consiliul de Miniștri, alte ministere abilitate. Despre rezultatele controalelor asupra aplicării pesticidelor, precum și despre nivelul de poluare a mediului înconjurător, despre influența pesticidelor asupra sănătății umane, despre măsurile aplicate în cazurile în care erau depistate abateri și încălcări ale regulamentelor în vigoare, conducerea de vârf a RSSM era informată periodic.

În primii zece ani de la crearea sa în cadrul Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane, Secția igiena pesticidelor și toxicologie a fost redenumită de mai multe ori, aceasta însă nu a periclitat activitatea ei. Dimpotrivă, Secția și-a intensificat activitățile organizatorice, și-a extins suportul metodic acordat SSE teritoriale.

Bunăoară, *Raportul de totalizare pentru anul 1974* (f. 36) include rezultate elocvente, obținute în domeniul supravegherii pesticidelor și materialelor polimere.

- SSE raională Dubăsari a fost desemnată școală cu experiență înaintată în domeniul igienei pesticidelor, acolo fiind organizat și un atelier de lucru pentru medicii-igieniști din 23 de raioane.

- Au fost organizate seminare cu conducătorii și agronomii gospodăriilor agricole din 15 raioane.

- În 30 de teritorii administrative, la inițiativa SSES, au fost organizate ședințe ale comitetelor executive, sindicatelor din ramura agriculturii pe problemele sănătății populației în raport cu riscurile provocate de aplicarea pesticidelor.

- La una din ședințele Colegiului MOS, în anul 1974, au fost examinate chestiunile ce țin de organizarea măsurilor de ocrotire a sănătății populației din raioanele Slobozia și Cimișlia în legătură cu extinderea aplicării pesticidelor în agricultură.

Comparativ cu anii '60, în 1974, de exemplu, în lucrările cu pesticide erau implicate peste 36000 de persoane. 89,13% dintre acestea au susținut examenele medicale, admise însă la lucrul cu pesticidele au fost doar 27000 de persoane, ceea ce constituia 83,9% din numărul total al persoanelor supuse examenelor medicale.

Studierea datelor de arhivă arată că teritoriile administrative, în care examenele medicale se desfășurau la un nivel ridicat (Dubăsari, Soroca, Florești, Râbnîța etc.), erau înalt apreciate, dar nu erau trecute cu vederea nici cele în care testarea medicală a angajaților se situa sub media pe republică (Strășeni, Orhei, Cimișlia, Grigoriopol).

Dat fiind faptul că pesticidele se aplicau cu abateri de la regulamentele de utilizare și cele igienice, în anii '70 ai sec. XX anual se înregistrau 12-42 cazuri de intoxicații profesionale cu pesticide la diferite

procese de păstrare, pregătire a soluțiilor ori aplicare a pesticidelor (tabelul 2).

**Tabelul 2**

Cazuri de intoxicații profesionale cu pesticide în anii 1970-1974

Anii	Numărul total de cazuri	Transportarea pesticidelor	Prepararea soluțiilor de lucru	Aplicarea pesticidelor	Tratarea materialului semincer	Altele
1970	42	2	8	21	2	9
1971	30	5	8	5	10	2
1972	15	1	1	6	6	1
1973	12	0	1	6	2	3
1974	21	5	1	6	7	2

Fenomenul chimizării intensive a agriculturii s-a menținut în RSSM până la sfârșitul anilor '90.

### Cercetările științifico-practice în domeniul toxicologiei experimentale și igienei aplicării pesticidelor

Între timp, savanții și specialiștii din cadrul subdiviziunilor toxicologice și igienei pesticidelor ale Institutului Moldovenesc de Igienă și Epidemiologie, Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane, Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (azi – Universitatea de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*) s-au afirmat prin participări la diferite foruri științifice în domeniul aplicării metodelor moderne de cercetări toxicologice, studierii consecințelor produselor chimice asupra sănătății, folosirii tot mai intensive a pesticidelor și a altor substanțe chimice în agricultură și în menaj.

Începând cu anul 1951 și până în prezent, au fost susținute peste 15 teze de doctor și doctor habilitat în științe medicale în problemele toxicologiei experimentale și măsurilor igienice de aplicare a substanțelor chimice, inclusiv a pesticidelor. Prima teză de doctor în științe medicale în Republica Moldova a fost susținută în 1951, la Odesa, de către **H.G. Guliko**, șef Laborator toxicologic din cadrul Institutului Moldovenesc de Igienă și Epidemiologie, cu tema *Материалы санитарной характеристики производства ванадиевых соединений и некоторые данные о их токсичности*. Printre savanții, care au susținut cu brio tezele și care și-au adus aportul la fortificarea toxicologiei experimentale și igienei aplicării substanțelor chimice se numără: membrul corespondent al Academiei de Științe a Moldovei, dr. hab. șt. med., profesorul universitar **Nicolae Opopol** (1971 și 1990), **Valeriu Dobreanschi** (1973), **Ana Volneanschi** (1986), **Ion Rusu-Lupan** (1990) și alții.

Actualmente, cercetătorii **Mariana Zavtoni**, **Elena Jardan** sunt doctoranzi ai profesorului Nicolae Opopol. Sperăm că ei nu vor întârzia să se afirme, că

vor veni în viitorul apropiat cu noi abordări în toxicologia substanțelor chimice și a pesticidelor, înscriindu-se printre savanții de succes în domeniul dat.

La Conferința consacrată problemelor de igienă în localitățile rurale, care s-a organizat și s-a desfășurat la Chișinău în anul 1965, au fost prezentate primele materiale, inclusiv ale medicilor-igieniști din stațiile sanitaro-epidemiologice raionale, privind rezultatele obținute în domeniul supravegherii aplicării pesticidelor în gospodăria sătească și problemele cu care se confruntau.

Forurile științifice, inclusiv în domeniul igienei aplicării pesticidelor și toxicologiei, erau organizate cu regularitate. Astfel, la Conferința jubiliară, dedicată celor 30 de ani de la fondarea Institutului Moldovenesc de Igienă și Epidemiologie (IMIE) (1977), **Andrei Discalenco**, directorul Institutului, a vorbit în raportul său despre cercetările sistematice și rezultatele evaluării igienice a toxicității pesticidelor, inițiate încă în 1961 (până la crearea Secției toxicologie), în temeiul cărora au fost elaborate regulamentele igienice pentru supravegherea utilizării pesticidelor în diferite zone climato-geografice ale republicii. La această manifestație științifică au prezentat rapoarte și specialiștii în igiena pesticidelor și toxicologia experimentală: **Nelly Zimnița**, **Haia G. Guliko**, **Iurie Viscovatov** etc.

În perioada 30-31.10.1990, la Kiev, în cadrul Conferinței științifice a URSS *Актуальные вопросы токсикологии, гигиены применения пестицидов и полимерных материалов в народном хозяйстве*, cu articole științifice și teze despre situația în domeniul toxicologiei și igienei pesticidelor în RSSM au participat mai mulți savanți cu renume, printre care **N. Opopol**, **V. Iachim**, **Ana Volneanschi**, **A. Vasilos** și alții.

Datorită competențelor manageriale și cunoașterii sistemului de medicină preventivă din țările fostei URSS și din unele state europene, **Mihai Magdei**, medic-șef al Stației sanitaro-epidemiologice republicane, în temeiul argumentelor financiar-economice, a insistat asupra comasării mai multor instituții de profil practic și științific din cadrul Serviciului Sanitaro-Epidemiologic, care a îmbinat sectoarele practic și științific într-o singură instituție – Centrul Național Științifico-Practic de Igienă și Epidemiologie (CNȘPIE). Această idee, cu susținerea Ministerului Sănătății, a fost realizată prin Hotărârea de Guvern nr. 529 din 28.07.1995 (figurile 1 și 2).

Din 1963 până în 1995, subdiviziunile din Igiena pesticidelor și toxicologie au suferit mai multe schimbări structurale, atribuțiile funcționale ale acestora fiind ajustate de fiecare dată la cerințele naționale și la situația din domeniile producerii, depozitării și aplicării substanțelor chimice și la impactul lor asupra sănătății populației.

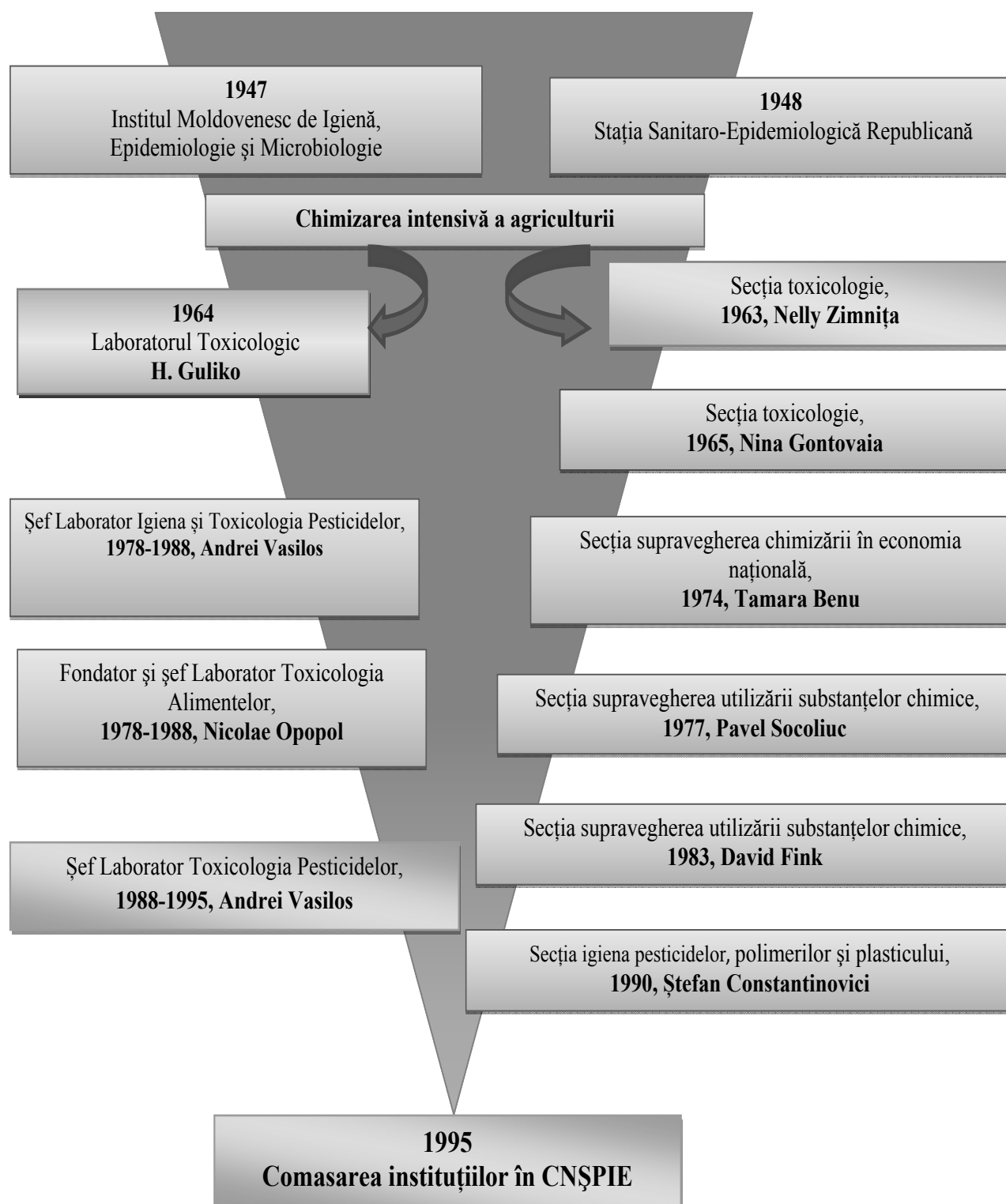


Figura 1. Dezvoltarea subdiviziunilor Toxicologie experimentală și Igiena Pesticidelor în Republica Moldova

După anul 1995, subdiviziunile toxicologice și cele de igienă a pesticidelor și polimerilor au fost conduse de specialiști experimentați și cu renume: **Nicolae Opopol**, membru corespondent al Academiei de Științe a Moldovei, dr. hab. șt. med., profesor universitar; **Tamara Benu**; **Andrei Vasilos**, dr. șt. med., conferențiar-cercetător; **Ștefan Constantinovici**, **David Finc**, **Pavel Socoliuc**, care au contribuit la

dezvoltarea și fortificarea acestui compartiment. În perioada menționată, în Laboratorul științific *Pericole chimice și toxicologie* al CNSP au fost abordate mai multe teme științifice, consacrate toxicologiei moderne, care se refereau la evaluarea toxico-igienică a mai multor produse chimice, inclusiv pesticide, a estimării stării de sănătate a populației ori a anumitor grupuri de populație în relație cu produsele date.

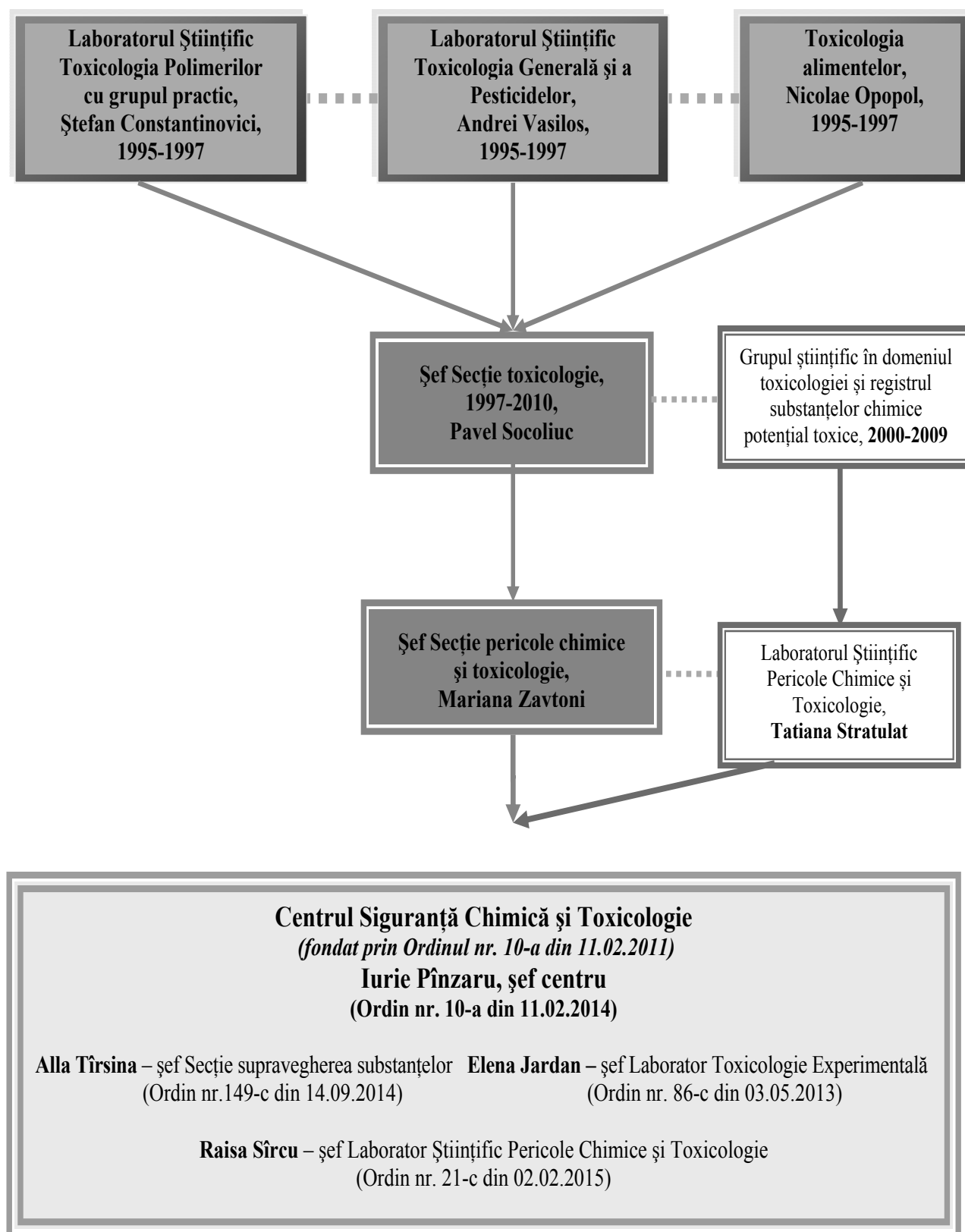


Figura 2. Comasarea instituțiilor în CNȘPIE (compartimentul toxicologie și igiena pesticidelor) (HG nr. 529 din 28.07.1995); Ordinul CNSP nr. 83 02.10.1995

Odată cu reorganizarea SSES în Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice (2009), au fost luate măsuri radicale, orientate spre dezvoltarea și fortificarea serviciului toxicologie din cadrul CNSP.

#### **Siguranța chimică și toxicologia experimentală la etapa actuală**

După anul 2010, Organizația Mondială a Sănătății pune accentul în activitatea sa pe evaluarea

securității chimice, atenționând prin aceasta asupra riscurilor pentru sănătate, provenite din utilizarea produselor cosmetice, de îngrijire a părului, de curățat, de spălat etc., care au în componența lor substanțe chimice.

Siguranța chimică, ca o componentă a Centrului de Siguranță Chimică și Toxicologie, constituie un compartiment de contracarare a pericolelor medicocologice ale diferitor agenți chimici, biologici, care pot influența nefast condițiile de viață și de muncă, starea de sănătate și morbiditatea unui grup de oameni ce activează într-un anumit domeniu ori a populației în întregime.

În anul 2012, după mai multe discuții și după adoptarea *Concepției privind crearea Centrului Siguranță Chimică și Toxicologie*, la ședința Consiliului Științific al CNSP, a fost creat, prin Ordinul nr. 78-a din 06.08.2012, Centrul Siguranță Chimică și Toxicologie, în componența căruia au fost incluse Secția supravegherea sanitară a produselor chimice și toxicologie, Grupul Registrul național al substanțelor/amestecurilor chimice și Serviciul de laborator, fiind instituite și unele funcții noi:

- evaluarea factorilor de risc chimic și a determinantelor lor pe întreg ciclul de viață al substanțelor chimice;
- implementarea tehnologiilor moderne de colectare și analiză a informațiilor privind proprietățile toxice și acțiunile specifice ale substanțelor, plasate pe piața Republicii Moldova;
- elaborarea acțiunilor adecvate și coordonate, ca răspuns la provocările în urgențele de sănătate publică și în caz de eventuale pericole chimice, care anterior nu erau specifice domeniului dat și altele.

Data fiind necesitatea studierii aprofundate, prin metode avansate, a proprietăților toxicologice ale unor mărfuri și servicii, în 2013, în cadrul Centrului Siguranță Chimică și Toxicologie a fost creat Laboratorul Toxicologie Experimentală cu vivariu, care anterior activa sub tutela Laboratorului Științific Pericole Chimice și Toxicologie. Evaluarea datelor privind cercetările toxicologice ale produselor chimice de menaj, pentru îngrijirea pielii și a părului, produselor cosmetice decorative și celor speciale, de parfumerie etc. a demonstrat că numărul probelor investigate este într-o creștere continuă, constituind 13 probe în anul 2000, față de 737 în 2014, iar numărul de investigații a sporit de la 150 la, respectiv, 2542 (tabelul 3).

În Laboratorul Toxicologie Experimentală, cu excepția testelor la toxicitate acută, subacută și sub-cronică, efectuate pe animale, se utilizează metode de evaluare a toxicității pe cultura celulară *Tetrah-*

*mena Pyriformis*, care este o metodă de alternativă *in vitro* destul de progresistă.

**Tabelul 3**

*Spectrul investigațiilor toxicologice, efectuate în CNSP (2010-2014)*

Anii	Numărul metodelor disponibile	Numărul total de	
		probe	investigații
2000	6	13	150
2005	6	23	230
2008	6	289	980
2010	6	380	1144
2014	6	737	2542

În prezent, prin Ordinul MS nr. 189 din 13.03.2014, în laborator se utilizează metode moderne de testare, preluate din *OECD Guidelines*, care sunt folosite cu succes în laboratoarele similare din mai multe state, inclusiv în SUA, Belgia, Polonia, Ucraina etc.

În Republica Moldova, toxicologia experimentală a progresat rapid în ultimii 10 ani, transformându-se dintr-o disciplină descriptivă în una capabilă să explice impactul efectelor toxice asupra sănătății publice. Astfel, pentru prima dată în istoria de peste 50 de ani a toxicologiei experimentale și siguranței chimice, s-a pus accentul pe examinarea toxicologică a produselor și mărfurilor importate din afara țărilor UE, care pot avea impact negativ asupra sănătății populației. Se ține evidența și se evaluează datele privind cazurile de intoxicații acute neprofesionale de etiologie chimică, care este considerată drept problemă majoră de sănătate publică.

Acest lucru nu este întâmplător. Anual, în urma utilizării accidentale ori cu scop de suicid a pesticidelor, a medicamentelor (care se comercializează fără restricții) ori a altor substanțe chimice, cum ar fi gazele, acizii, bazele, în republică se înregistrează 5-6 mii de astfel de intoxicații, dintre care 3,5-5,0% sunt cazuri fatale (figura 3).

Datele prezentate de centrele de sănătate publică municipale și raionale denotă că între anii 2011 și 2014 au fost înregistrate 18666 cazuri de intoxicații acute neprofesionale cu substanțe chimice, dintre care 830 s-au soldat cu decese (4,4%). Cele mai multe cazuri – 6292 – au fost înregistrate în anul 2013, 219 dintre acestea soldându-se cu deces.

În grupa de intoxicații cu alte substanțe toxice (de ex., acid acetic, clor etc.) s-au înregistrat 2514 cazuri (40%), cu 43 de decese (19,6%).

În perioada de referință (2011-2014), în Republica Moldova au fost înregistrate 585 de intoxicații cu pesticide, inclusiv 47 în scop suicidal, care s-au soldat cu deces [8].

În anul 2012 au fost încheiate mai multe contracte de colaborare în domeniul toxicologiei experimentale și siguranței chimice cu instituții cu



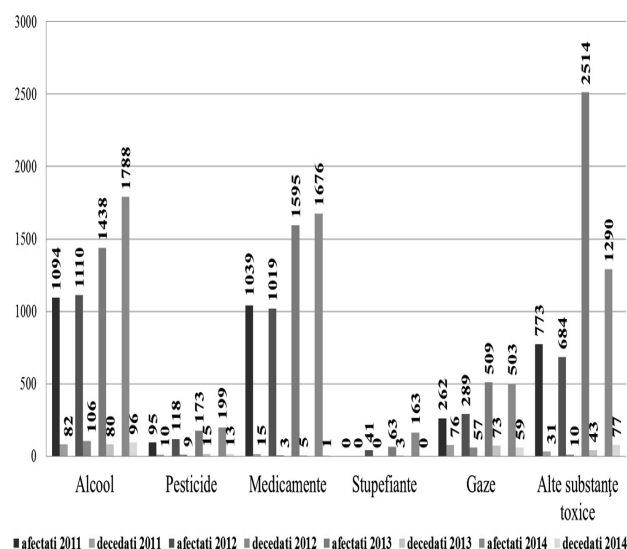


Figura 3. Intoxicațiile acute neprofesionale de etiologie chimică, înregistrate în Republica Moldova, în perioada 2011-2014

renume mondial din Lodz (Polonia), Kiev (Ucraina), Minsk (Belarus).

Merită a fi apreciată colaborarea cu Biroul substanțelor chimice din Lodz, Polonia. Trei ani consecutiv, colaboratorii acestuia au instruit peste 100 de persoane din Republica Moldova în cadrul Proiectului moldo-polonez privind pregătirea personalului public din țara noastră în conformitate cu cerințele procesului de ajustare a managementului substanțelor chimice la rigorile UE și la alte standarde internaționale. Continuăm să mizăm pe ajutorul metodic acordat personal de Nikolai Gh. Prodanciuk, academician al Academiei de Științe Medicale a Ucrainei, directorul Centrului Științific de Toxicologie Preventivă, Siguranță Alimentară și Chimică *L. I. Medvedy*, în problemele de fortificare a segmentului de experimentare toxicologică a produselor cosmetice, de îngrijire a părului, corpului, inclusiv în problemele ce țin de expertiza și avizarea sanitară a produselor de uz fitosanitar și a fertilizanților.

Totodată, specialiștii Centrului de Siguranță Chimică și Toxicologie au elaborat și au implementat, în ultimii 5 ani, recomandări și indicații metodice, ghiduri practice, atât pentru specialiștii din sectorul științific, cât și pentru cei din sectorul practic, au participat cu rapoarte la mai multe foruri științifice, organizate atât în țară, cât și peste hotare (**Tatiana Stratulat, Iurie Pînzaru, Raisa Sîrcu, Mariana Zavtoni** și alții). Odată cu desemnarea, în anul 2015, în

funcția de șef Laborator Pericole Chimice și Toxicologie a dnei Raisa Sîrcu, s-au activizat lucrările de cercetare și elaborarea documentelor directive pentru sectorul practic, a lucrărilor științifice în domeniu.

Astăzi, specialiștii Centrului, printre ei și cei din generația tânără – **Elena Jordan, Alla Tîrsina, Elena Sanduleac, Tatiana Manceva și Gh. Țurcanu** –, s-au încadrat activ în sectorul practic și sunt preocupați, împreună cu medicii-igieniști din centrele de sănătate publică teritoriale, de fortificarea și extinderea activităților la compartimentul siguranța chimică și toxicologia experimentală din Republica Moldova.

Concomitent, pentru perioada imediat următoare ne propunem să studiem aprofundat experiența institutelor de specialitate ale nanocontaminanților, perturbatorilor endocrini, care actualmente au devenit probleme majore de sănătate publică.

## Concluzii

1. Fondarea subdiviziunilor de toxicologie experimentală în cadrul Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane și al Institutului Moldovenesc de Cercetări în Igienă și Epidemiologie a fost o necesitate stringentă a timpului.

2. Astăzi, toxicologia experimentală și siguranța chimică constituie pentru Republica Moldova o verigă de colaborare cu diferite domenii de interes, în scopul diminuării riscului chimic asupra sănătății publice.

3. Colaborarea cu structurile similare din statele dezvoltate va fortifica capacitățile de cercetare și de perfecționare a cunoștințelor specialiștilor în domeniu.

## Bibliografie

1. Loghin Felicia. *Toxicologia generală*. Cluj-Napoca: Editura „Iuliu Hațieganu”, 2003, p. 218.
2. [www.meduniver.com](http://www.meduniver.com)
3. [www.qreferat.com](http://www.qreferat.com)
4. *Dărilor de seamă ale Stației Sanitaro-Epidemiologice Republicane (f. 36) pentru anii 1962-1985*.
5. *Документы работы юбилейной сессии МНИИГЭ, посвященной 30-летию основания института за 1977 год*.
6. Молдавский Национальный Исследовательский Институт Гигиены и Эпидемиологии, 1967 г.
7. *Материалы научно-практической конференции, посвященной 20-летию Республиканской Санэпидемстанции*, 1969 г.
8. *Darea de seamă privind supravegherea de stat a sănătății publice pentru anii 2010-2014 (f. 18-săn.)*.

Prezentat la 28.09.2015

## REZISTENȚA LA ANTIBIOTICE A GERMENILOR IZOLAȚI DE LA PACIENȚII CU BOLI DIAREICE ACUTE

Alina MIRON,

Centrul de Sănătate Publică din raionul Cahul

### Summary

#### **Antibiotic-resistant germs isolated from acute diarrheal disease patients**

This article evaluates the results of antibiotic sensitivity tests of 482 microorganisms strains detected in patients with acute diarrheal diseases from contagious diseases department. The analysis of the microbial susceptibility results to antibacterials of isolated microbial agents found that conditionally pathogenic microorganisms present a stronger resistance to the tested medications as follows: *Enterobacter cloacae* – 43.14%, *Klebsiella pneumoniae* – 36.48%, *Enterobacter agglomerans* – 35.48% *Klebsiella oxytoca* – 35.02%, *Citrobacter freundii* – 33.2%, *Staphylococcus aureus* – 39.1%. Meantime, study results show that pathogen microorganisms are less resistant to the same tested medications: *Salmonella bovismorbificans* – 16.67%), *Shigella sonnei* – 8.7%, *Salmonella typhimurium* – 7.89%.

**Keywords:** acute diarrheal diseases, resistance to antibiotics

### Резюме

#### **Чувствительность к антибиотикам штаммов микроорганизмов, выделенных от пациентов с острыми кишечными инфекциями**

В данной статье оценены результаты тестирования чувствительности к антибиотикам 482 штаммов микроорганизмов, выделенных от пациентов с острыми кишечными инфекциями из инфекционного отделения. Анализ результатов определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным препаратам выявил более выраженную устойчивость условно патогенных микроорганизмов к тестируемым препаратам: *Enterobacter cloacae* – 43.14%, *Klebsiella pneumoniae* – 36.48%, *Enterobacter agglomerans* – 35.48%, *Klebsiella oxytoca* – 35.02%, *Citrobacter freundii* – 33.2%, *Staphylococcus aureus* – 39.1%. В то же время, результаты исследования показывают, что патогенные микроорганизмы менее устойчивы к тем же антибактериальным препаратам: *Salmonella bovis-morbificans* – 16.67%, *Shigella sonnei* – 8.7%, *Salmonella typhimurium* – 7.89%.

**Ключевые слова:** острые кишечные инфекции, устойчивость к антибиотикам

### Introducere

Bolile diareice acute (BDA) reprezintă o problemă majoră de sănătate publică, atât prin frecvența înaltă, cât și prin manifestările clinice grave. Conform studiilor efectuate în Republica Moldova în ultimii ani, rezistența agenților etiologici ai BDA la preparatele antibacteriene este din ce mai semnificativă [3, 5, 8, 9].

Totodată, antibiorezistența agenților microbieni implicați în etiologia bolilor diareice acute determină o evoluție clinică nefavorabilă a acestor maladii, ceea ce se manifestă prin infecții severe, eșecuri terapeutice care prelungesc durata și costurile de spitalizare [4, 7].

Utilizarea inadecvată a preparatelor antimicrobiene în medicina umană și în cea veterinară, precum și poluarea mediului cu preparate antimicrobiene accelerează apariția și răspândirea microorganismelor rezistente [1, 6].

### Materiale și metode

Pentru realizarea studiului, au fost cercetate 482 de antibiograme în decursul anilor 2013-2014. Biosubstraturile (masele fecale, masele vomitive, spălăturile gastrice) colectate de la bolnavii cu diagnozele: enterite, colite, gastroenterite și gastroenterocolite alimentare, au fost însămânțate pe următoarele medii pentru diagnostic diferențial: Endo, geloză sânge, geloză salină cu gălbenuș de ou, Enterococ agar, Sabouraud. Tulpinile de agenți microbieni izolate au fost identificate după gen și/sau specie prin teste biochimice clasice (testul Voges-Proskauer, testul cu indol, uree, citrat, fenilalanindezaminază etc.).

Sensibilitatea tulpinilor izolate la preparatele antimicrobiene a fost testată prin utilizarea metodei fenotipice (disc-difuzimetrică Kirby-Bauer).

Evaluarea antibiogramelor a fost efectuată în conformitate cu recomandările Ghidului *EUCAST 2014* (European Committee on Antimicrobial Susceptibility Testing [10].

Pentru evaluarea calității testării sensibilității la antibiotice a fost utilizată tulpina de referință de *E. coli* ATCC 25922.

### Rezultate și discuții

Rezultatele diagnosticului microbiologic privind determinarea factorilor cauzali ai BDA relatează prezența unui spectru larg de microorganisme, atât patogene, cât și condiționat patogene. Au fost izolate 482 de tulpini de microorganisme, au predominant cele condiționat patogene – 387 (80,29%) tulpini din numărul total de tulpini izolate, comparativ cu 95 (19,71%) patogene.

Spectrul etiologic al microorganismelor depistate la pacienții cu boli diareice acute este variat și include 25 de specii. Dintre microorganismele condiționat patogene predomină genul *Klebsiella* – 33,43%, inclusiv *Klebsiella pneumoniae* – 25,96 %, *Klebsiella oxytoca* – 7,47%; genul *Enterobacter* – 13,68%, inclusiv, *Enterobacter cloacae* – 9,54%, *Enterobacter aerogenes* – 2,07%, *Enterobacter agglomerans* – 1,45%, *Enterobacter asburiae* – 0,42%, *Enterobacter hormaechei* – 0,2%; genul *Citrobacter* – 9,96%: *Citrobacter freundii* – 8,3%, *Citrobacter diversus* – 1,04%, *Citrobacter amalonaticus* – 0,62%; genul *Proteus spp.* – 7,04%; *Staphylococcus aureus* – 7,47%. Dintre microorganismele patogene predomină *Salmonella enteritidis* – 11,41%, *Salmonella typhimurium* – 3,94%, *Salmonella bovis-morbificans* – 2,07%, *Shigella sonnei* – 1,89%.

Etapa ulterioară a cercetării a inclus testarea sensibilității tulpinilor izolate la preparatele antimicrobiene prin utilizarea metodelor fenotipice (disc-difuzimetrică Kirby-Bauer ) și evaluarea antibioticogramelor în conformitate cu recomandările Ghidului EUCAST 2014 [10].

Testarea sensibilității tulpinilor izolate la preparatele antimicrobiene a inclus un șir de preparate antibacteriene listate în tabelul 1. Studiind și evaluând rezultatele antibioticogramelor sensibilității la preparatele antibacteriene a agenților microbieni izolați, am constatat că microorganismele condiționat patogene prezintă o rezistență mai accentuată la preparatele testate, și anume: *Enterobacter cloacae* – 43,14%, *Enterobacter agglomerans* – 35,48%, *Klebsiella pneumoniae* – 36,48%, *Klebsiella oxytoca* – 35,02%, *Citrobacter freundii* – 33,2%, *Staphylococcus aureus* – 39,1. În același timp, rezultatele studiului denotă că microorganismele patogene sunt mai puțin rezistente la preparatele antimicrobiene testate: *Salmonella bovis-morbificans* – 16,67%, *Shigella sonnei* – 8,7%, *Salmonella typhimurium* – 7,89%.

Tabelul 1

Antibiorezistența tulpinilor depistate la pacienții cu BDA (2013-2014)

Denumirea microorganismului	Nr. total tulpini izolate		Nr. testări la antibio- tice	Inclusiv tulpini			
				sensibile		rezistente	
	abs.	%		abs.	%	abs.	%
<b>Microorganismele condiționat patogene</b>							
<i>K.pneumoniae</i>	125	25,96	1568	996	63,52	572	36,48
<i>K.oxytoca</i>	36	7,47	417	271	64,98	146	35,02
<i>E.cloacae</i>	46	9,54	554	315	56,86	239	43,14
<i>E.aerogenes</i>	10	2,07	120	66	55	54	45
<i>E.agglomerans</i>	7	1,45	93	60	64,52	33	35,48
<i>E.asburiae</i>	2	0,42	20	13	65	7	35
<i>E.hormaechei</i>	1	0,2	10	6	60	4	40
<i>C.freundii</i>	40	8,3	485	324	66,8	161	33,2
<i>C.diversus</i>	5	1,04	62	39	62,9	23	37,1
<i>C.amalonaticus</i>	3	0,62	41	34	82,9	7	17,1
<i>P.mirabilis</i>	18	3,73	208	159	76,44	49	23,56
<i>P.vulgaris</i>	15	3,11	170	118	69,4	52	30,6
<i>P.penneri</i>	1	0,2	14	11	78,57	3	21,43
<i>M.morganii</i>	19	3,94	244	175	71,72	69	28,28
<i>P.mixofaciens</i>	1	0,2	14	12	85,7	2	14,3
<i>P.stuarti</i>	2	0,42	30	24	80	6	20
<i>P.rettgeri</i>	2	0,42	23	19	82,6	4	17,4
<i>P.aeruginosa</i>	18	3,73	169	72	42,6	97	57,4
<i>S.aureus</i>	36	7,47	371	226	60,9	145	39,1
Total	387	80,29	4612	2941	63,76	1671	36,24
<b>Microorganismele patogene</b>							
<i>S.enteritidis</i>	55	11,41	700	676	96,57	24	3,43
<i>S.typhimurium</i>	19	3,94	241	222	92,11	19	7,89
<i>S.bovismorbificans</i>	10	2,07	102	85	83,33	17	16,67
<i>S.newport</i>	1	0,2	10	10	100	0	0
<i>S.tshiongwe</i>	1	0,2	14	13	92,85	1	7,15
<i>S.sonnei</i>	9	1,89	115	105	91,3	10	8,7
Total m/o patogene	95	19,71	1182	1111	94	71	6
Total	482	100	5794	4052	69,9	1742	30,1

Tabelul 2

Polirezistența tulpinilor depistate la pacienții cu BDA (2013-2014)

Microorganisme (specia)	Nr. tulpini depistate	Sensibile				Rezistente						
		1-5 anti- oite	6-10 anti- biotice	11-15 an- tibiotice	toate anti- bioticele	1-5 anti- oite	6-10 anti- biotice	11-15 an- tibiotice	toate anti- bioticele	Inclusiv polirezis- tente		
										abs.	%	
<i>K.pneumoniae</i>	125	22	75	28	2	82	38	3		41	32,8	
<i>K.oxytoca</i>	36	7	24	4		27	9		1	10	27,77	
<i>E.cloacae</i>	46	15	24	7		29	14	3		17	36,95	
<i>E.aerogenes</i>	10	5	4	1		6	4			4	40	
<i>E.agglomerans</i>	7	1	3	3		5	1	1		2	28,57	
<i>E.asburiae</i>	2		2			2						
<i>E.hormaechei</i>	1		1			1						
<i>C.freundii</i>	40	11	20	9		34	6			6	15	
<i>C.diversus</i>	5	1	4			3	2			2	40	
<i>C.amalonaticus</i>	3		2	1		3						
<i>P.mirabilis</i>	18	2	10	6	1	14	3			3	16,66	
<i>P.vulgaris</i>	15	2	8	5		13	2			2	13,33	
<i>P.penneri</i>	1			1		1						
<i>M.morganii</i>	19	1	14	4	1	13	5			5	28,31	
<i>P.mixofaciens</i>	1			1		1						
<i>P.stuarti</i>	2			2		2						
<i>P.rettgeri</i>	2		1	1		2						
<i>P.aeruginosa</i>	18	13	5			8	10			10	55,55	
<i>S.aureus</i>	36	14	20	2		25	11			11	30,55	
<i>S.enteritidis</i>	55	1	12	42	41	14						
<i>S.typhimurium</i>	19		6	13	10	9						
<i>S.bovis-morbificans</i>	10		6	4	2	8						
<i>S.newport</i>	1		1		1							
<i>S.tshiongw</i>	1			1		1						
<i>S.sonne</i>	9		3	6	3	6						
Total	abs.	482	95	245	141	61	309	105	7	1	113	23,44
	%	100	19,7	50,9	29,2	12,6	64,2	21,7	1,5	0,2		

Analizând polirezistența tulpinilor de microorganisme depistate la pacienții cu boli diareice acute din secția boli contagioase, am determinat că 23,4% tulpini cercetate prezintă polirezistență totală. Polirezistență la șase și mai multe antibiotice manifestă următoarele microorganisme condiționat patogene: *Klebsiella pneumoniae* – 32,8%, *Klebsiella oxytoca* – 27,7%, *Enterobacter cloacae* – 36,9%, *Enterobacter aerogenes* – 40%, *Enterobacter agglomerans* – 28,5%, *Citrobacter freundii* – 15%, *Citrobacter diversus* – 40%, *Proteus mirabilis* – 16,6%, *Proteus vulgaris* – 13,3%, *Staphylococcus aureus* – 30,5%, *Pseudomonas aeruginosa* – 55,5% (tabelul 2).

Rezultatele evaluării rezistenței microorganismelor depistate la pacienții cu boli diareice acute în funcție de grupul antibioticilor denotă că 68% din tulpinile depistate sunt rezistente la peniciline, 58% sunt rezistente la cefalosporine, generația I; 48% tulpini – la cefalosporine, generația II; 52% sunt tulpini rezistente la cefamicine, 47% – la monobactame și 52% tulpini prezintă rezistență la tetracicline (tabelul 3).

## Concluzii

1. Spectrul etiologic al agenților microbieni ai bolilor diareice acute izolați de la pacienții din secția boli contagioase este variat, fiind predominant prezentat de microorganismele condiționat patogene (80,29%): *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Citrobacter* spp., *Proteus* spp., *Providencia* spp., *Pseudomonas* spp., *S. aureus*.

2. Microorganismele depistate prezintă rezistență la un șir de preparate antibacteriene în 30,1% din tulpinile testate. Aceste tulpini au manifestat o rezistență semnificativă față de peniciline, cefalosporine de generația I, cefalosporine de generația II, cefamicine, monobactame, tetracicline.

3. 23,4% din tulpinile cercetate prezintă polirezistență la preparatele antibacteriene testate, ceea ce denotă importanța antibiogramelor în indicarea unei medicații țintite și evitarea eșecului terapeutic.

Tabelul 3

Rezistența tulpinilor izolate în funcție de grupul preparatului antimicrobian

Grupa preparatului antimicrobian	Microorganisme condiționat patogene				Microorganismele patogene				Total			
	S		R		S		R		S		R	
	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%	abs.	%
1. Antibiotice $\beta$ -lactamice, total inclusiv:	1822	58	1322	42	783	94	47	6	2605	66	1369	34
Peniciline	104	22	366	78	70	86	11	14	174	32	377	68
Cefalosporine gen. I	62	23	206	77	95	93	7	7	157	42	213	58
Cefalosporine gen. II	70	45	84	55	34	74	12	26	104	52	96	48
Cefalosporine gen. III	631	73	234	27	203	98	5	2	834	78	239	22
Cefalosporine gen. IV	245	81	57	19	75	100			320	85	57	15
Cefamicine	95	39	149	61	45	90	5	10	140	48	154	52
Monobactame	38	40	58	60	33	87	5	13	71	53	63	47
Carbapeneme	29	91	3	9	6	100			35	92	3	8
$\beta$ lactamine +inhibitori	548	77	165	23	222	99	2	1	770	82	167	18
2. Macrolide, lincosamide	68	50	68	50	21	78	6	22	89	55	74	45
3. Fluorochinolone	530	90	62	10	140	99	2	1	670	91	64	9
4. Tetraciline	30	51	29	49	1	17	5	83	31	48	34	52
5. Aminoglicozide	258	73	95	27	88	94	6	6	346	77	101	23
6. Glicopeptide	8	22	28	78					8	22	28	78
7. Fenicoli	130	81	30	19	41	100			171	85	30	15
8. Sulfonamide	92	69	42	31	35	95	2	5	127	74	44	26
Total preparate antimicrobiene	2938	64	1676	36	1109	94	68	6	4047	70	1744	30

## Bibliografie

- Bronzwaer S., et al. *A European Study on the Relationship between Antimicrobial use and Antimicrobial Resistance*. In: *Emerging Infectious Diseases*, 2002, p. 278-282.
- Buiu D., Neagu M. *Tratat de microbiologie clinică*. București: Editura Medicală, 2008, 1249 p.
- Burduniuc O. *Monitorizarea fenotipică și genotipică a markerilor de rezistență la antibiotice a Escherichia coli*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2011, nr. 4, p. 62-66.
- Cars O. et al. *Meeting the challenge of antibiotic resistance*. In: *BMJ*, 2008, p. 1438.
- Evtodienco V., Cojocar R., Buzatu A., Burduniuc O. ș. a. *Diagnosticul microbiologic al infecțiilor intestinale acute și rezistența antimicrobiană*. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. Chișinău, 2008, nr. 5, p. 109-113.
- Ferech M. et al. *On behalf of the ESAC Project Group, European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe*. In: *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, 2006, p. 401-407.
- Nicoară E., Crișan A., Bota K., Stănescu D., Cerbu M., Găgeanu R., Buzoianu M., Bleșcun A. *Rezistența la antibiotice a tulpinilor de Salmonella izolate în Clinica de Boli Infecțioase*. În: *Revista Infecțio.ro*, nr. 3, XII 2005.
- Prisacari V., Leu E. *Antibiotice rezistența microorganismelor în infecțiile septico-purulente de profil neurochirurgical*. În: *Anale științifice ale USMF „Nicolae Testemițanu”*. Vol. 2, Chișinău, 2008, p. 23-29.
- Prisacari V., Berdeu I. *Problema antibiotice rezistenței microbiene*. În: *Akademos*, nr. 1 (32), martie 2014, p. 109-113.
- [www.eucast.org/clinical\\_breakpoints/](http://www.eucast.org/clinical_breakpoints/)

Prezentat la 13.08.2015

**Alina Miron,**  
e-mail: cspcahul@ms.md;  
tel.: +373 299 2 24 34



## DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

„Măine, ca și azi, medicul își va păstra locul său privilegiat de mag, dar și responsabilitățile sale mereu crescânde. Măine, ca și azi, viața medicului va fi eroică, grea, neliniștitoare și uneori sublimă”

(A. Maurois)

**Summary****Scientific aspects of combustions**

*It is presented the so extensive history of burns that went along with the history of humanity and fire occurrence on Earth. Over many centuries, scientists have made tremendous efforts to study the pathogenesis of combustion and apply in practice the methods of treatment creating the history of this pathology. But both studies and their practical application have not found their systematization and analysis in applied chronological form. Therefore, in this paper it was analyzed scientific and practical progress in studying burns that were in historical dynamics and appreciated the works of scientists who have established scientific and practical aspects of this pathology extremely complicated.*

**Keywords:** *history of burns, scientific analysis, pathogenesis and treatment*

**Резюме****Научные аспекты ожоговых патологий**

*Представлена история развития науки о патогенезе и лечении ожогов и ожоговой болезни в динамике ее прогресса. На протяжении многих веков ученые приложили много усилий для изучения патогенеза этой чрезвычайно сложной патологии. Но, как научные исследования, так и их практическое приложение не были анализированы хронологически, поэтому в данной работе мы представили эти результаты в динамике их развития, параллельно с учеными, которые поставили научный и практический фундамент учения об ожогах.*

**Ключевые слова:** *история ожогов, научный и практический анализ патогенеза об ожогах и ожоговой болезни*

**Din istoria arsurilor**

Istoria combustiiilor este extrem de vastă, deoarece ea a mers paralel cu istoria omenirii din momentul apariției omenirii și a focului pe Pământ. De-a lungul multor secole, savanții au depus eforturi enorme pentru a studia patologia combustiiilor și a aplica în practică metodele de tratament, creând astfel istoria atât de bogată a acestei patologii.

Progresul omenirii a fost și progresul științei despre combustii. În razele luminii focului pe Pământ, suferințele provocate de acesta omului par acompaniate de fericire mistică, deoarece, după date din tractate, aceste arsuri pe vremuri erau mici, superficiale, se întâlneau rar și nu prezentau o problemă. În prezent, odată cu progresul tehnic, arsurile prezintă o catastrofă globală. Milioane de oameni capătă arsuri și sute de mii mor anual de pe urma lor. Numai în Statele Unite ale Americii anual capătă arsuri peste 2.000.000 de persoane (Monafo W., Savuani A., 1971).

În Rusia, arsurile constituie până la 10% din toate traumele înregistrate (Вихрев Б., Бурмистров В., 1986). Peste 22.000 de persoane anual au nevoie de terapie intensivă în Franța (Rein M., Tubiana R., 1975). Numărul persoanelor afectate anual pe tot globul pământesc este enorm de mare (1<sup>th</sup> International Congress on Burn Injuries 1986; 1<sup>th</sup> European Burn Assotiation Meeting, 1987).

Și dacă vorbim de metodele empirice de tratament utilizate pe vremuri, persoanele afectate aveau pe atunci mult mai mari șanse de supraviețuire decât în prezent. Și pare paradoxal că azi, când aplicăm metode moderne de tratament, mor foarte mulți. Dar cauzele sunt obiective: s-a schimbat caracterul arsurilor.

În acest context, un adevărat avânt practic și științific are loc după Primul Război Mondial, când s-a constatat că arsurile ocupă un loc deosebit pe câmpul de luptă. Dar și în această perioadă, progresul științific în acest domeniu a fost lent, inclusiv până la al Doilea Război Mondial. Apoi, în a doua jumătate al sec. XX, studiile științifice au evoluat extrem de rapid, ajungând la rezultatele remarcabile de azi.

La baza acestor progrese se află dezvoltarea impetuoasă a tehnicii și marile descoperiri științifice, ce caracterizează epoca în care trăim.

**Progresul tehnic și frecvența arsurilor**

Progresul tehnic a făcut să crească enorm frecvența și gravitatea arsurilor, dar el a pus și baza unor vaste studii științifice, care s-au soldat cu mari descoperiri în patogenia combustiiilor, îndeosebi în domeniul metabolismului celular, echilibrului hidroelectrolitic, dereglării structurii și funcției organelor interne, în studierea toxinelor, microflorei etc., care au modificat și metodele de tratament.

În prezent, problema arsurilor este una globală și are un mare răsunet internațional. În 1985, ea a fost discutată la Congresul I al Asociației Europene privind Arsurile (Groningen, Olanda, 1985), în 1986 – la Congresul II al Asociației Europene (Aachen, RDG, 1987), la Congresul III internațional de la Melbourne (Australia, 1986), la Conferința III pe problema arsurilor (Moscova, 1986) etc. Au fost obținute mari succese științifice, care au stat la baza activității practice (Арьев Т., 1961 etc.).

Aceste rezultate au fost sintetizate în mai multe monografii, printre care un rol deosebit îl au: *Teoria și practica tratamentului arsurilor de*

Witold Rudowski et al., (Varșovia, 1976); *Combustiile la copii* de F. Carvajal, H. Parks (Texas, 1980); *Arsurile* de Вихрев Б., Бурмистров В. (1986); *Reabilitarea în arsuri* de Юденич В., Гришкевич В. (1986) etc.

Din perioada anterioară putem menționa monografiile: *Arsurile* de П.Л. Гинзбург (1965); *Chirurgia arsurilor* de Б. Братусь (1963); *Arsurile* de Т. Арьев (1963); *Boala combustională* de Н. Кочетыгов (1973); *Infecția la combustii* de А. Орлов (1973) și multe altele.

Conform studiilor științifice, domeniul arsurilor au nu numai răsunet local, ci și general, cu o manifestare gravă a bolii combustionale, care evoluează pe perioade. Fiecare din aceste perioade are patogenia sa și necesită un tratament specific. Trecerea de la o perioadă la alta, în cele mai multe cazuri, este lentă și uneori chiar neobservată. (Koslowski L., 1969).

Prima perioadă a bolii combustionale este **perioada de șoc**. Până în ultimele decenii ale sec. XX, șocul era apreciat ca cel mai grav moment al bolii combustionale și majoritatea pacienților decedau anume în această perioadă (Allgöwer M., 1964 etc.).

În perioada de șoc își au începutul majoritatea proceselor patologice, gradul de manifestare al cărora determină evoluția bolii combustionale și totodată viața pacientului. Durata șocului combustional este lungă. S-a dovedit că la afecțiuni profunde, constituind mai mult de 10% din suprafața corpului, durata șocului este de până la 72 de ore. Patogenia șocului combustional, până în ultimele decenii, n-a fost pe deplin studiată și, ca urmare, metodele de tratament erau deseori neadecvate dinamicii patogeniei șocului. Și în prezent sunt multe aspecte nedeterminate și chiar puțin studiate ale șocului combustional. Dar letalitatea în această perioadă în prezent a scăzut semnificativ. S-au modernizat considerabil metodele de tratament, astfel încât, în perioada de șoc, pot fi salvați pacienții cu arsuri de chiar până la 80–90% și mai mult din suprafața corpului.

### Tensiunea științifică în studierea arsurilor

S-ar părea că succesele obținute ar contribui la micșorarea **tensiunii științifice** în această perioadă. În realitate, în prezent, activitatea științifică în perioada dată cunoaște o creștere extrem de mare. Aceasta se explică prin faptul că intensitatea proceselor patologice în perioada de șoc, care depinde și de calitatea tratamentului, determină intensitatea bolii combustionale în a doua perioadă – **perioada de toxemie**. În prezent, majoritatea pacienților mor în această a doua perioadă a bolii combustionale.

E dovedit că, pentru a micșora intensitatea bolii combustionale în a doua perioadă, o importanță deosebită o are echilibrarea și **adaptarea** funcției sistemului nervos central, a sistemului humoral, a hemodinamice și a funcției organelor interne la condițiile **extremale** de existență a organismului.

Această adaptare se realizează treptat, când intervenția medicului necesită o mare prudență și o mare iscusință, iar efortul medicului trebuie să fie îndreptat spre lichidarea cât mai rapidă a factorilor

patogenici, **și nu la corectarea dereglării funcționale doar a unui organ sau a unui sistem de organe**. E o mare greșeală de a „obliga” un organ sau un sistem de organe să funcționeze la nivelul normei fiziologice, fără a înlătura factorul patogen. Eforturile funcționale ale acestui organ / sistem de organe se dublează sau își pierd capacitatea de a mai rezista, **astfel încât medicul, prin administrarea medicamentelor, devine el însuși „un factor patogenic”**.

E necesar de a diferenția norma fiziologică și patofiziologică la momentul dat de cea patologică. Aceasta necesită cunoștințe teoretice profunde și iscusință practică. Aceste particularități de patogenie și tratament au fost dovedite în studiile științifice realizate de Лемус Б. (1974); Кузин М. (1988); Moncrief J. (1973); Пекарский Д., Шалимов А. (1976); Bergstrom J. (1974); Carr J. (1979); Jonsson C., Granstrom E. (1979); DelBecaro E. (1980); Dreyfus P. (1982); Гинзбург Р., Бабиус В. (1967); Р. Гинзбург (1966); Повстяной Н. (1989) ș.a.).

Un rol important în patogenia șocului combustional îl joacă și substanțele toxice, care afectează sistemele nervos central, cardiovascular, renal, hepatic etc. Metodele actuale de tratament nu ne permit să evităm complet formarea și acumularea toxinelor, acțiunea cărora se manifestă brusc în a doua perioadă, când avem refluxul lichidului stocat în țesuturi.

Toate aceste schimbări patologice au o influență extrem de mare asupra sistemelor hemodinamic, endocrin și a metabolismului, unde deficitul persistent de oxigen menține – la un nivel mai mult sau mai puțin scăzut – procesele de activitate și de existență ale organismului. Toate acestea au fost demonstrate în studiile științifice realizate de Davis J., Dincen P., Gallin J. (1980); Ninnemann J., Fischer J., Wachtel I. (1979); Булавин О. (1977); Герасимова Л. (1966); Stone H., Martin J. (1969); Harvengt C. (1968); Davis J. et al. (1969) ș.a.

Stabilitatea funcțională și organică celulară a organismului în mare măsură depinde, în această perioadă, de echilibrarea hidroelectrolitică în cele trei spații – intercelular, intracelular și intravascular.

Schimbările ce apar în structura membranei celulare și a sistemului capilar duc la transudația albuminei în țesuturi, la dereglări electrolitice care, la rândul lor, micșorează presiunea coloid-osmotică, măresc hipovolemia și accelerează apariția edemului periferic.

Studiile făcute de Brouhard B., Carvajal H., Linares H. (1978); Dembling R. (1983) și alții au arătat că în aceste dereglări hidro-electrolitice, extrem de importante în stabilitatea funcțională a organismului, un rol deosebit îl au histamina, serotonina, prostoglandinele și radicalii liberi de oxigen, care contribuie intens la deplasarea lichidului dintr-un spațiu în altul. De aceea, atât componența soluțiilor pentru infuzie în perioada de șoc, cât și timpul expirat de la momentul traumei până la începutul tratamentului și, totodată, calitatea complexă și adecvată a

tratamentului, joacă un rol extrem de important în evoluția de agravare a perioadelor următoare ale bolii combustionale.

În perioada a doua a bolii combustionale – perioada de toxemie, unele din procesele patologice scad din intensitate, altele se agravează.

Pe o scurtă durată de timp, ca urmare a refluxului lichidului din țesuturi în spațiul intravascular, se ameliorează presiunea coloid-osmotică a sângelui. Hemodinamica deseori ajunge la nivelul normei fiziologice. La majoritatea pacienților se ameliorează starea generală, indicii clinici, indicii controlului de laborator și, destul de evident, funcția organelor interne. Dar această ameliorare este de scurtă durată, uneori de 8–12 ore, sau la unii pacienți, cu afecțiuni mai mari de 40–50% din suprafața corpului, lipsește complet.

Pe măsură ce crește cantitatea lichidului reflux, în sânge se mărește cantitatea substanțelor toxice, care sunt de o largă varietate.

După datele obținute de Bachur N., Gec M., Freidman R. (1982); Баджинян С., Atadjanov M. (1983); Атаджанова З. (1986) și alții, din primele ore după traumă are loc o explozie metabolică, care mobilizează celulele competente de reacția la inflamație. Sunt mobilizate celulele neutrofile și macrofage, care generează oxigen activ cu radicali liberi. Cantitatea substanțială a oxigenului activ cu radicali liberi contribuie la procesul catabolic, în urma căruia se formează substanțe toxice. Aceasta este o particularitate foarte negativă a oxigenului activ. O alta, pozitivă, este că ionii superoxizi de oxigen au un efect bactericid. Reducerea considerabilă a cantității de oxigen activ cu radicali liberi mărește brusc riscul septicemiei. Folosirea preparatelor antioxidante, cum sunt alfa-tocoferolul, carbatonul, dibanolul, fenozonul ș.a., necesită adânci cunoștințe și o mare iscusință de la specialiștii-combustionologi care manipulează cu antioxidanți în procesul de tratament.

Un rol substanțial îl au toxinele care se formează în urma autolizei proteinelor denaturate – așa-numitele „toxine de cadavru”. Datele științifice obținute de Арьев Т. (1966); Bukowska D. (1972); Rosenthal S., Hartney J., Spurrier W. (1960) și alții au confirmat existența acestor toxine apărute în urma autolizei țesuturilor necrotizate din zona afectată.

Cercetările științifice realizate de Орлов А. (1973); Bukowska D. (1972) și alții au stabilit rolul extrem de important și al toxinelor microbiene în patogenia toxemiei.

N. Fiodorov (1963), Б. Лемус (1962), S. Rosenthal (1960) și alții au stabilit că din primele ore după acțiunea agentului termic își fac apariția toxinele specifice cu caracter glucoproteic, care blochează sistemul reticuloendotelial și funcția ficatului. Allgower M. et al. (1973) au stabilit că există și toxine cu caracter lipoproteic.

În studiile realizate de Chiricuța L. (1966) a fost determinată activitatea brusc mărită a fermenților proteolitici. Aceleași rezultate au fost obținute de

Лившиц Б. (1986) și alții.

Toate aceste rezultate științifice obținute și confirmate în clinică ne vorbesc despre un caracter polimorf al toxinelor și despre un șir de factori ce contribuie la producerea lor (Petel Virgeux H., 1969).

În tot procesul acesta multiplu de „fabricare” a toxinelor, un rol deosebit îl joacă hemodinamica, prin care toxinele nimeresc în organele interne și în alte zone intacte ale organismului. Totodată, atât cantitatea toxinelor, cât și „virulența” lor, depind de suprafața și de profunzimea combustiilor (Orlov A., 1973).

Clinic s-a constatat că, atâta timp cât cantitatea de toxine este „compatibilă” cu capacitatea de rezistență a organismului, acesta își mobilizează sistemul de adaptare a funcției tuturor organelor la noile condiții extreme. În majoritatea cazurilor, aceasta se manifestă mai pronunțat până la a 15–16-a zi după traumă. După datele lui Гинзбург Р. Л., Babiuc V. (1968), Вихрев Б. С., Бурмистров В. М. (1986) și alții, perioada cea mai tensionată a toxemiei este de la a 4–5-a zi până la a 9–12-a zi după traumă. După a 15–16-a zi, majoritatea zonelor afectate sunt eliberate de țesuturile necrotizate și clinic scade brusc simptomatologia toxemiei. Începe a treia perioadă a bolii combustionale – **perioada de septicotoxemie**. După datele obținute de Carvajal F., Parks H. (1980) și alții, acțiunea toxinelor continuă, dar în scurt timp scade considerabil.

Această perioadă durează până la lichidarea plăgilor granulante. În acest răstimp, un rol deosebit îl joacă microflora, care deseori duce la complicații grave, la septicemie și la decesul bolnavului. Cu cât suprafața plăgilor granulante este mai mare, cu atât decurge mai greu perioada de septicotoxemie, dar relativ mai ușor decât cea a toxemiei (Lawrence J., Lilly H., 1972).

E bine cunoscut faptul că lichidarea plăgilor încă nu înseamnă însănătoșirea pacientului. Aici începe a patra perioadă a bolii combustionale – **perioada de reconvalescență**. Această perioadă de reabilitare este extrem de vastă, cu toate că unele elemente de reabilitare încep din primele zile ale bolii combustionale, cum sunt gimnastica respiratorie, curativă, aplicarea diferitelor atele gipsate în scop de profilaxie a contracturilor, îngrijirea pacienților ș. a.

După datele obținute de Р. Л. Гинзбург (1963); Б. Вихрев, В. Бурмистров (1986) ș.a., toate combustiile grave necesită un tratament foarte îndelungat și foarte adesea ele se soldează cu invaliditate pe viață. Chiar și combustiile limitate, dar profunde, îndeosebi la copii, decurg foarte îndelungat, cu o perioadă de reabilitare extrem de dificilă. Localizarea acestor combusti mici și profunde în zonele articulațiilor falangiene ranversează viitorul copilului și agravează foarte mult viața celor maturi.

### Complexitatea patogeniei arsurilor

Nu există traumatism cu o patogenie mai complicată ca arsurile. A trata arsurile, în prezent, înseamnă a fi un specialist cu cunoștințe, în deplinul



sens al cuvântului, în toate domeniile medicinei, începând cu biologia, anatomia și terminând cu chirurgia reconstructivă și cosmetică, unde în viitor manipularea cu razele laser (bisturiu cu laser) va fi un lucru obișnuit, iar sistemul de computerizare – un program de control al dinamicii bolii combustionale, al tratamentului și activității medicului curativ.

Cu părere de rău, în prezent, cu tratamentul acestei patologii se ocupă, în majoritatea cazurilor, specialiști cu „posibilități” practice și teoretice foarte limitate.

Și dacă ne referim la tratament, e necesar să arătăm că istoria tratamentului arsurilor este mult mai vastă decât istoria studiilor științifice privind patogenia arsurilor.

Atât datele din tractate vechi, cât și datele literaturii moderne ne vorbesc despre faptul că nu există în natură substanțe care n-ar fi fost încercate în tratamentul arsurilor.

De-a lungul multor secole, arsurile erau privite ca o traumă locală și toată atenția tratamentului era îndreptată spre zona locală afectată, prin aplicarea nenumăratelor metode de terapie. Abia în sec. XIX și XX începe aplicarea în practică a metodelor de tratament bazate pe rezultatele studiilor științifice.

Paralel cu tratamentul conservator, în a doua jumătate a sec. XIX începe să facă primii pași și tratamentul chirurgical.

### Aseptica și antiseptica în patogenia arsurilor

Descoperirile lui Pasteur și Lister au schimbat radical concepțiile chirurgicale referitor la tratamentul combustiilor. Prima lucrare a fost realizată de N. Velbușevici în 1893. La baza tratamentului arsurilor a stat metoda chirurgicală aseptică, metodă care se aplică în prezent și se va aplica și în viitor.

Aseptica și antiseptica în tratamentul arsurilor a dat un impuls puternic studierii metodelor terapeutice. Multe metode de tratament local, care fuseseră abandonate, au fost din nou verificate și sunt aplicate și azi în practică (folosirea razelor ultraviolete, a aerului steril ș. a.).

Un nou salt în ameliorarea tratamentului, care nu-și pierde importanța nici în prezent, l-a constituit descoperirea antibioticelor.

Încurajați de succese, chirurgii continuă intens studiile științifice în combaterea patologiei generale. Au fost studiate și implementate multe metode de tratament al șocului combustional, majoritatea cărora au fost realizate în sec. XX.

### Marii savanți care au studiat arsurile

Un rol deosebit în această perioadă le-au avut studiile realizate și introduse în practică de Arjev T. (1966); Вишневский А., Шрайбер М. (1966); Sevit S. (1967); Пекарский Д. (1970); Атясов Н. (1972); Братусь Б. (1963); Carvajal H., Parks H. (1987); Федоров Н. (1963); Орлов А. (1977); Evans A. (1963); Nistorescu N. (1967); Moyer C. (1967); Passereau G. (1965); Moore F. (1970); Nasilowski W. (1966); Гинзбург Р.

Бабіуц В., Малова М. (1968); Герасимова Л. (1976); Lorthioir J. (1962); Вихриев Б. (1985); Лемус Б. (1974); Повстяной Н. (1973); Федоров Н., Баркая В. (1964) și mulți alții.

Au fost studiate mult metodele de tratament, atât local, cât și general, care au un rol extrem de important în viața practică, atât în condiții pașnice, cât și în condiții de apărare civică.

### Concluzii

1. Istoria arsurilor a mers în paralel cu istoria omenirii, iar progresul civilizației a fost și progresul științei despre arsuri.

2. Anual, milioane de oameni suferă de arsuri și sute de mii mor de pe urma lor.

3. Avântul progresului științei despre arsuri a avut loc după Primul Război Mondial, când s-a constatat că arsurile ocupă un loc deosebit pe câmpul de luptă.

4. Progresul tehnic al omenirii a sporit frecvența și gravitatea arsurilor, tot el a pus și baza marilor descoperiri în patogenia acestora.

5. Nu există traumatism cu patogenie mai complicată ca arsurile. A trata arsurile la nivel adecvat patogeniei lor înseamnă a fi un specialist cu cunoștințe profunde în multe domenii ale medicinei.

### Bibliografie

1. Алексеев А., Кашин Ю., Яшин А. *Использование культуры фибробластов в лечении больных с тяжелыми ожогами*. Тула, 1995, т. 2, с. 96-99.
2. Andercou A. *Urgențe chirurgicale traumatologice*. Cluj-Napoca: Dacia, 1993.
3. Арьев Т. *Ожоги*. Ленинград, 1963.
4. Artz C. *Historical aspects of burn management*. In: Surg. clin. N. Amer., 1970, nr. 50(6), p. 1193-1200.
5. Babiuc Alex. *Tratamentul local al arsurilor cu preparate azocomplexe*. În: Analele USMF „N. Testemițanu”, 2002, p. 138.
6. Babiuc V. *Le traitement des brules par azo-conjonctions*. In: 8<sup>em</sup> Congres de L'AOLF, Bucharest, 2002, p. 140.
7. Бабюк В. *Токсемия и замещающие переливание крови при ожоговой болезни*. Дисс. к.т.н., 1967.
8. Братусь Б. *Хирургия ожогов*. Киев, 1963.
9. Burd A. *Fluid resuscitation in burn*. In: Burns, 2010, № 36(8), p. 1116-1317.
10. Carvajal H., Parks D. *Burns in children*. Chicago, London, Boca Raton, 1990.
11. Гинзбург Р. *Ожоги*. Москва, 1965.
12. Гудумак Е. *Клиническое значение определения трансфузионной пробы при ожогах детей*. В: Респ. конф. дет. хир. МССР, Кишинэу, 1975, с. 85-87.
13. Parkes A. *Taxie shock syndrome in an adult burn patient*. In: Burns, 2008, nr. 34(7), p. 1057.
14. Смирнов С. В. с авт. *Современные методы клеточной терапии при лечении ожогов*. В: Хирургия, 2003, № 12, с. 58-82.
15. Zdolsek H.J., Kagedal B., Lisander B., Hahan R. *Glomerular filtration rate is inlased in burn patientta*. In: Burns, 2010, nr. 36(8), p. 1271-1276.

Prezentat la 14.09.2015

**Vasile Babiuc,**

E-mail: babiucv@yahoo.fr

## APECTAREA SISTEMULUI GASTROINTESTINAL LA PACIENȚI CU ARSURI, ÎN DIFERITE CONDIȚII CLIMATERICE

Vasile BABIUC,  
USMF Nicolae Testemițanu,  
Catedra Ortopedie și Traumatologie

### Summary

#### Gastrointestinal system of burns

Scientific studies were conducted on 367 patients in the continental area and on 435 patients in the tropical area. The studies were performed by the means of clinical, gastroscopic and histological tests. The results obtained showed that, in continental conditions, 119 (32,4%) out of 367 patients presented impairments of the gastrointestinal system. Clinically, it was manifested by vomiting, nausea, erosions, hemorrhages and acute ulcers.

In the tropical area, in 123 (28,2%) out of 435 patients with burns up to 5% of the body surface, gastrointestinal impairments were detected. Also, among the patients with burns greater than 25% of the body surface, all patients had gastrointestinal impairments. In the tropical area, impairments of the gastrointestinal system are more frequent and more severe compared to those of the continental area.

**Keywords:** gastrointestinal system, gastric ulcers, intestinal erosions, intestinal hemorrhages

### Резюме

#### Поражение желудочно-кишечного тракта при ожогах в различных климатических условиях

Проведены научные исследования по изучению поражения пищеварительной системы у 367 больных с ожогами в континентальном климате (Молдова, Москва, Харьков) и у 435 больных в тропическом климате (Куба).

Полученные результаты показали, что в континентальном климате при поражении до 15% поверхности тела желудочно-кишечный тракт был поражен у 32,4% больных, а при большем ожоговом поражении, у всех больных имели место поражения желудочно-кишечного тракта в виде острых гастритов, эрозий, кровотечений и др.

В тропическом климате, при ожоговом поражении до 15% поверхности тела эти изменения имели место у 28,2% больных, а при большем ожоговом поражении они имели место у всех больных. Наши исследования показали, что в тропическом климате поражения желудочно-кишечного тракта у больных с ожогами имеют место значительно чаще и протекают значительно тяжелее.

**Ключевые слова:** желудочно-кишечный тракт, эрозии, язвы, кровотечения

### Introducere

Un rol deosebit în patogenia bolii combustionale îi revine sistemului gastrointestinal. Toată materia primă necesară pentru funcția normală a organismului se datorează funcției sistemului gastrointestinal, care, în normă, este adecvată necesităților organismului. Dinamica funcției sistemului gastrointestinal este în deplină dependență de starea generală a organismului și de condițiile mediului înconjurător. Ea poate fi mărită sau scăzută funcțional fiziologic, sau dereglată patologic. Datele științifice contemporane au dovedit că condițiile climaterice au o influență directă asupra funcției sistemului gastrointestinal. În condiții continentale, fiziologic ea este mult mai accelerată în raport cu funcția ei în condiții tropicale.

S-a dovedit că secreția sucului gastric este scăzută, iar funcția intestinală este mai redusă în condiții tropicale în comparație cu cele continentale. Asta se manifestă, în primul rând, prin reducerea poftei de mâncare, refuz la folosirea grăsimii, limitarea proteinelor în alimentație (carne etc.), refuz de a lua masa în diapazonul hipertermic al zilei, apariția gustului amar în gură, simptome inițiale de sublimație a mucozității în cavitatea bucală și senzație de greutate în stomac, care iradiază în toată zona epigastrică după orice hiperalimentație. Se manifestă frecvent și procesele fermentative alterate, în legătură cu monofagismul în rația alimentară (hiperalimentare vegetală). În așa condiții, tractul intestinal poate fi ușor afectat prin produsele alimentare (iritare de la țesuturile vegetale nefermentate).

Mucoasa poate fi ușor descuamată și pot apărea eroziuni, în care deja se manifestă și invazia microbiană. Este constatat că hipertermia în condiții tropicale foarte des duce la dispepsii toxice, îndeosebi la copii.

La pacienții cu arsuri, acest fond în sistemul gastrointestinal este extrem de nefavorabil în dinamica bolii combustionale.

### Material și metode

Studiile au fost efectuate prin examenul clinic și cel de laborator, prin gastroscopie și histologie.

Studiile noastre la pacienții cu arsuri au arătat că, în condiții continentale, afectările sistemului gastrointestinal poartă un caracter funcțional, când afectările sunt de până la 5% din suprafața corpului la maturi și până la 2–3% la copii. La afectări de până la 15%, din 120 de pacienți, dereglări gastrointestinale s-au constatat la

32,4%. Clinic la ei s-au manifestat grețuri, vomă, la gastroscopie –eroziuni, la 2 pacienți – hemoragie gastroduodenală din zonele ulcerelor acute, diaree, iar la unii – pareze intestinale. La afectări de până la 25% (144 pacienți), aceste dereglări s-au constatat la 29% din pacienți. Mai grave au fost afectările la cei cu arsuri de peste 25–35% din suprafața corpului. În acest grup, afectările sistemului gastrointestinal s-au manifestat la 57 de pacienți din 103, sau la 55,3% din ei.

Cu totul alt tablou prezintă pacienții cu arsuri în condiții tropicale. Din 435 de adulți și 132 de copii cu afectări de până la 15% din suprafața corpului, la 123 (28,2%) maturi s-au depistat afectări gastrointestinale. Clinic s-au constatat grețuri, dureri în zona epigastriacă, pareză intestinală. Clinic s-au manifestat prin grețuri, vomă, anorexie, pareză intestinală sau diaree.

La afectări de peste 25% din suprafața corpului, aceste dereglări s-au constatat la toți pacienții. La afectări mai mari de 45–50% din suprafața corpului, conținutul vomei a fost de culoare gri-întunecată, cu conținut de sânge.

Aceste schimbări grave sunt întotdeauna asociate cu leziuni organice, care au fost confirmate histologic. Studiile histologice efectuate au stabilit că mucoasa tractului gastrointestinal din primele ore după traumă este supusă unui proces de autoliză. Pe tot parcursul tractului gastrointestinal se determină eroziuni multiple. Zonele intacte ale mucoasei sunt de culoare roz-cianotică. Pe tot parcursul tractului gastrointestinal se determină microhemoragii punctiforme în cantități mari. În unele cazuri, ele au dimensiuni considerabile.

La toți acești pacienți, mucoasa are un caracter lis, cu edem marcat și sistemul vascular dilatat. În cavitatea vasculară se determină globule roșii distruse și multiple tromboze. În multe zone se atestă necroză parțială sau totală a mucoasei intestinale. Afectările mucoasei stomacale sunt asociate și cu afectări grave în stratul submucozitar al stomacului (figura 1).

Afectări considerabile se constată și în tractul intestinal. În aceste zone se determină hiperemie, vase sangvine dilatate, microhemoragii, edem marcat.

Pe alocuri, hemoragiile se asociază cu microabcese. Zona epitelială în aceste locuri ori lipsește complet, ori este supusă unui proces degenerativ, sau autolizei. Proces degenerativ se determină și în stratul propriu-zis al mucoasei intestinale, unde deseori este imposibil de apreciat structura criptelor (figura 2).

În zonele unde este păstrată mucoasa intestinală nu se determină structura celulară, îndeosebi a criptelor. În tractul submucoasei intestinului subțire se determină edem marcat, structură degenerativă, dilatarea vaselor sangvine.

În intestinul gros, aceste schimbări sunt mai puțin marcate. Mucoasa este mai puțin afectată, edemul este moderat. Vasele sangvine și aici sunt dilatate. Criptele sunt afectate parțial (figura 3).

În unele cazuri, aceste schimbări patologice aproape că nu se deosebesc de cele ale intestinului subțire (figura 4).

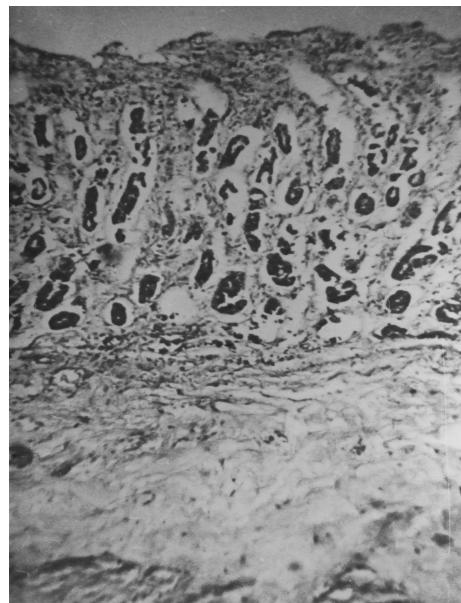


Figura 1. Afectările mucoasei, edemul și afectările degenerative în stratul submucoasei stomacului

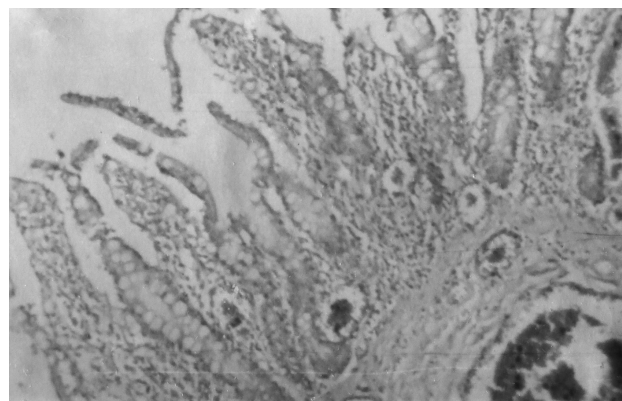


Figura 2. Distrucția mucoasei intestinale

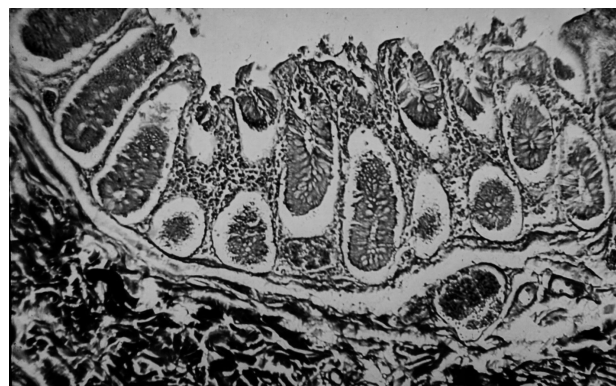


Figura 3. Edemul și afectările criptelor intestinului gros

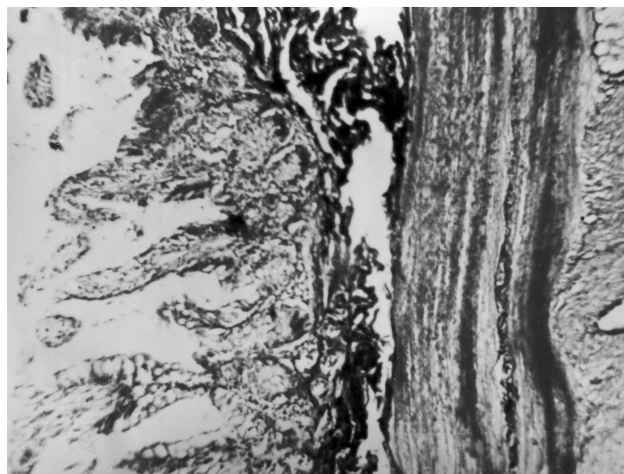


Figura 4. Distrucția completă a mucoasei intestinului gros

În dinamica bolii combustionale, paralel cu ameliorarea stării generale, aceste afectări patologice se reduc treptat și în zonele afectate se determină microcicatrice nou-formate. Aceste schimbări patologice deseori duc la formarea ulcerelor acute în tractul gastrointestinal, cu hemoragii și multe alte complicații, care deseori duc la eșec în tratamentul bolnavului și la deces.

Toate aceste dereglări constatate de noi prin studiile clinice, investigații de laborator, studii paraclinice și histologice efectuate în diferite condiții climaterice, demonstrează caracterul extrem de grav al afectării organelor și sistemelor de organe interne la pacienții cu arsuri, îndeosebi în condiții tropicale.

### Concluzii

1. La pacienții cu arsuri, afectările sistemului gastrointestinal sunt frecvente și foarte grave.

2. Cele mai frecvente afectări sunt eroziile în zona mucoasei intestinale și micronecroze multiple pe întregul tract digestiv.

3. În scurt timp după traumatism, toate structurile tractului digestiv sunt intens edemate.

4. Se determină edem marcat în zona paravasculară pe tot tractul digestiv.

5. În condiții climaterice tropicale, toate aceste modificări patologice la pacienții cu arsuri sunt mult mai frecvente și mai grave, în comparație cu cele ale pacienților din zona continentală.

### Bibliografie

1. Арьев Т. *Термические поражения*. Ленинград, 1966.
2. Babiuc V. *Le transport des malades brules en etate de choc*. In: 8<sup>em</sup> Congres de L'AOLF, Bucharest, 2002, p. 140.
3. Burd A. *Fluid resuscitation in burn*. In: *Burns*, 2010, № 36(8), p. 1116-1317.
4. Carvajal H., Parks D. *Burns in children*. Chicago, London, Boca Raton, 1990.
5. Carvajal F., Parks H. *Efect of burn depth upon edema formation and albumin extravasation in rats*. In: *Burns*, 1980, nr. 7, p. 79-83.
6. Chen F. *Experimental study on early multiple organ failure after severe burns*. In: *Chinece Journ. of plastic Surgery Curn.*, nr. 8(1), p. 16-21, 84-85; 1992.
7. Fujita T. J. *Fluid resuscitation for burn patients at risk for abdominal complications*. In: *Jurnal of the American College of Surgeons*, 2013, № 216(5), p. 1027.
8. Григорьев М. *Нарушение микроциркуляции при ожогах*. Горький, 1989.
9. *1<sup>th</sup> International Congress on Burn Injuries*. In: *Burns*, 1986, v. 12, nr. 3, p. 200-2005.
10. Kumar P. *Clinical forensic evidence in burns: Rescuer burns, 2007*. In: *Burns*, № 33(8), p. 1071.
11. Parkes A. *Taxie shock syndrome in an adult burn patient*. In: *Burns*, 2008, nr. 34(7), p. 1057.
12. Спиридонова Т. Г. и соавт. *Системный воспалительный ответ у обожженных*. В: *Медицина критических состояний*, 2006, № 6, с. 22-30.
13. Шень Н.П. *Инфузионная терапия ожогового шока у детей*. В: *Анестезиология и реаниматология*, 2006, № 1, с. 43.45.
14. Zanii S. R. *Thermal burns and scalds: Clinical complication in the elderly*. In: *Consultant Pharmacist*, 2012, nr. 27(1), p. 16-22.

Prezentat la 14.09.2015

**Vasile Babiuc,**

e-mail: [babiucv@yahoo.fr](mailto:babiucv@yahoo.fr)

## DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

„Un medic conștiincios trebuie să moară cu bolnavul, dacă nu se pot însănătoși ambii. Căpitanul unui vas moare împreună cu corabia”

(E. Ionesco)

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКО-ИММУНОЛОГИЧЕСКИХ И КОЖНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПРИ ДЕМОДЕКОЗЕ

Жанетта РЕВЕНКО,

Высшее государственное учебное заведение Украины  
«Буковинский государственный медицинский университет», город Черновцы

### Rezumat

#### Particularitățile manifestărilor clinico-imunologice și cutanate în demodcoză

În lucrare sunt determinate legitățile modificărilor și caracterul dinamicii indicilor clinico-imunologici care, nefiind specifici, lărgesc cunoștințele privind patogeneza demodcozei. Totodată, ele creează premise pentru corectarea direcționată a posibilităților adaptive ale organismului uman și oferă perspective de perfecționare a tratamentului demodcozei.

**Cuvinte-cheie:** demodcoză, manifestări clinice, imunitate celulară, imunitate umorală

### Summary

#### Peculiarities clinical-immunological and skin manifestations of demodcosis

The regularities of changes in the nature and dynamics of clinical – immunological parametres are revealed in this research that are not being specific they expand knowledge of the pathogenesis of demodcosis and create certain conditions for the directed correction of compensatory and adaptive capabilities of the humary and open up prospect for improvement patliogenetic treatment of demodcosis and its complicarions.

**Keywords:** demodcosis, clinical manifestations, cell-mediated immunity, gumaralhy immunity

### Введение

В последние десятилетия активно обсуждается вопрос о важной роли клещей рода *Demodex* в развитии акне и акнеподобных дерматозов, отличающихся выраженным полиморфизмом клинических проявлений, что обусловлено развитием воспалительных и невоспалительных высыпаний на участках кожи, богатых сальными железами [1]. Демодекоз широко распространен во всех странах мира, в том числе и в Украине (по статистическим данным, 15% заболеваний кожи и глаз обусловлено паразитированием в организме человека клещей рода *Demodex*). Заболеванию подвержены около 85% лиц в возрасте от 12 до 24 лет, а в возрастных группах 25-34 и 35-44 лет заболеваемость составляет 8% и 3% соответственно [2]. Тенденция «взросления» этой патологии в настоящее время, ее значительное влияние на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больных также обуславливают актуальность данной проблемы, необходимость разработки новых эффективных средств и схем лечения [6].

Заболевание распространено во всех странах и во все времена года. Носительство паразита обнаружено у 89% больных. В возрасте 30-44 лет заболевание выявляется у 42,6% обследуемых, средний возраст женщин составляет 44,5±2 года, а мужчин – 38,3±5,4 года [3]. Носительство клеща-железницы у здоровых лиц в разные возрастные периоды составляет 19,3-61,2%. Заражение происходит от человека-носителя, однако не исключена возможность заражения от домашних животных [4].

Имеются терминологические вопросы о первопричинности и роли *Демодекса* при разных заболеваниях кожи в связи с многообразием проявления клинических форм и хроническим, нередко рецидивирующим течением [5]. Одни считают демодекоз распространенным хроническим паразитарным заболеванием кожи, другие – что демодекоз может быть и самостоятельным заболеванием и симптомом, в зависимости от состояния иммунной системы человека [2].

Клинические проявления демодекоза в первую очередь зависят от исходного состояния кожи и реактивности организма. Некоторые авторы считают основными элементами сыпи рассеянные эритематозные пятна, сопровождающиеся различным шелушением. В зоне эритемы располагаются фолликулярные папулы розового или красного цвета с конической верхушкой и наличием сероватых чешуек на поверхности, папуло-везикулы, папуло-пустулы. При запущенных формах болезни наблюдаются очаговое или диффузное утолщение кожи, чувство стягивания, уменьшение эластичности кожи. В случае присоединения вторичной инфекции, чаще стафилококковой, возникают более крупные пустулы, микроабсцессы [6].

Поражения обычно локализуются на лице, особенно в периоральной, параорбитальной и носо-щечной областях, крайне редко на волосистой части головы, туловище. Субъективно пациенты могут предъявлять жалобы на зуд, в виде «ползания мурашек» или «прикосновения пера», усиливающийся в ночное время [7].

Клещи проникают в толщу дермы через поврежденную стенку сально-волосяного фолликула, вызывая тем самым воспаление, и под-

держивают его выделением продуктов своего метаболизма [8]. В результате жизнедеятельности клещей происходит механическое разрушение клеточных стенок фолликулов и сальных желез хелицерами клещей, что способствует деструкции клеток, кератинизации, пигментации и формированию в дерме гранулем и воспалительных инфильтратов [1]. Одни авторы указывают, что при попадании в сальные железы, клещи паразитируют в них не вызывая клинических проявлений [5]. Тогда, как другие указывают на то, что *Демодекс* интенсивно размножается в волосяных луковицах, сальных железах и вызывает атрофию и нарушение физиологической функции кожи [3].

### Материалы и методы

Для решения поставленных задач нами было обследовано 109 больных демодекозом в возрасте от 20 до 60 лет (средний возраст –  $37,70 \pm 0,18$  лет). Распределение больных по полу характеризовалось преобладанием числа мужчин – 63 (57,7%) над числом женщин – 46 (42,2%).

Для исключения гельминтных микст-инвазий все больные обследовались на наличие антител к антигенам аскарид, лямблий, описторхов, трихинелл с помощью иммуноферментного анализа. У всех наблюдавшихся больных трехкратно исследовался кал на яйца гельминтов.

Длительность заболевания демодекозом на день обследования, согласно полученным от больных данным, колебалась от нескольких месяцев до 2-15 лет и более, чаще всего пациенты сомневались в достоверности определения начала инвазии.

Обследование больных демодекозом проводилось путем подробного опроса и тщательного осмотра. Это позволило выявить, на первый взгляд, даже незначительные симптомы, которые сразу не привлекают внимания, и больные не придавали им значения.

В связи с мнением о важности роли печени в обмене гормонов, о существовании функциональной взаимосвязи между гипофизом и печенью, а также учитывая данные о развитии гипоталамо-гипофизарной дисфункции при заболеваниях печени, больные были разделены на 2 группы: к 1-й группе были отнесены больные без функциональных нарушений печени, а ко 2-й – больные с функциональными нарушениями печени.

### Результаты и их обсуждение

До начала обследования на кафедре 53 пациента лечились у дерматологов, получали длительным курсом акарицидные препараты контактного

действия, витаминотерапию с незначительным, кратковременным эффектом. Некоторые пациенты по рекомендации дерматологов длительно (в течение года и более) использовали спиртовые рецептурные прописи с левомецетином. Шести пациентам неоднократно назначались системные антибиотики с кратковременным улучшением состояния кожи. 72 человека применяли противоугревые косметические средства без или с недостаточным эффектом, а 28 женщин пользовались декоративной, тонирующей косметикой для маскировки акне-элементов.

При обследовании до лечения больные предъявляли многочисленные жалобы на зуд, жжение, стягивание кожи, уменьшение эластичности и мягкости, чувство вбуравливания в кожу или ползания под ней паразитов и т.д. Жалобы на повышенное салоотделение предъявляли 100% пациентов.

При клиническом осмотре у 30,4% (14 чел.) пациенток был выявлен прогрессирующий гирсутизм, у 39,1% (18 чел.) – андронидный тип телосложения, у 15,2% (7 чел.) – высокорослость. При осмотре выраженных признаков вирилизации наружных половых органов выявлено не было.

У 17,4% (8 чел.) наблюдалось сочетание атрофических стрий и избыточного оволосения. У 23,9% (11 чел.) пациенток отсутствовали признаки гипертрихоза или гирсутизма при наличии стрий, а у 19,6% (9 чел.) девушек с гипертрихозом или гирсутизмом не обнаруживались стрии. Полученные данные свидетельствуют о разнообразии дисгормональных проявлений у пациенток с демодекозом. Наибольшую группу составили пациентки с сочетанными клиническими формами андрогенных дерматопатий – 76,0% (35 чел.). У 32,6% (15 чел.) – с гирсутизмом, у 10,8% (5 чел.) – с признаками алопеции по мужскому типу, у 4,6% (10 чел.) – с фолликулярным гиперкератозом на разгибательных поверхностях конечностей.

При осмотре лиц мужского пола были выявлены признаки андрогенетической алопеции – до 95%.

В клинических наблюдениях за больными демодекозом отмечалось, что внешне проявления демодекоза характеризовались возникновением на коже эритематозных пятен, очаговой или диффузной инфильтрации, мелкофолликулярного или грубопластинчатого шелушения, образованием фолликулярных папул розового или красного цвета различной величины, папуловезикул, папуло-пустул, а также самостоятельных макропустул.

По степени тяжести больные были распределены согласно классификации Американской

академии дерматологии. В нашем исследовании преобладали пациенты с умеренной степенью тяжести акне (2 – 5,5 баллов по шкале Allen and Smith), которые составляли 50%.

Тяжелые формы высыпаний чаще наблюдались у пациентов мужского пола и чаще были представлены в возрастной группе старше 20 лет. Высыпания характеризовались наличием распространенных на лице и спине глубоких воспалительных элементов. У женщин тяжелые формы высыпаний чаще наблюдались в возрасте после 40 лет.

Несмотря на значительное разнообразие клинических проявлений демодекоза, в целом все высыпания можно было разделить на 2 типа: невоспалительный и воспалительный. К первому типу относят комедонные, ко второму – папуло-пустулезные и нодуло-кистозные формы. У больных при комедонном типе высыпаний превалировали открытые и закрытые комедоны при наличии небольшого количества (не более 10) папулезных элементов [9]. Эта форма обычно начиналась в пубертатном периоде с характерных высыпаний на носу, затем на лбу, постепенно спускаясь на подбородок. Процесс распространения высыпаний занимал много месяцев.

Папуло-пустулезные высыпания – наиболее часто встречающийся тип: начинается также с преобладания комедонов и воспалительных высыпаний, которые в дальнейшем трансформируются в папулы и пустулы. Чем больше папуло-пустулезных элементов, тем выше степень тяжести демодекоза.

Кожные проявления сопровождались психологическими проблемами у 56% обследованных больных из-за существующих высыпаний. Субъективная оценка больными степени тяжести поражения кожи была прямо взаимосвязана с выраженностью кожных проявлений и, в большинстве случаев, существенно завышена по отношению к объективной степени тяжести демодекоза.

При пальпациях в верхних отделах живота определялось напряжение мышц, болезненность. У 76,5% больных отмечалась локальная болезненность в правом подреберье, иррадиирующая в правое плечо, под лопатку и в поясничную область. У 34,13% больных ограниченная болезненность при перкуссии и пальпации определялась преимущественно в эпигастральной области, реже (11,3%) вокруг пупка и в левом подреберье (3,03%).

При пальпации в правом подреберье печень определялась у края реберной дуги у 24,5% больных, а у 11,3% – нижний край печени выступал из-под края реберной дуги на 2-3 см.

При исследовании морфологического состава периферической крови было установлено, что средние показатели основных элементов крови находились в пределах нормы (таблица 1).

Таблица 1

Показатели периферической крови у больных демодекозом (X+S<sub>x</sub>)

Показатели	Больные демодекозом		Контроль
	1	2	
Эритроциты (x10 <sup>12</sup> /л)	4.64±0.0	4.36±0.15	4.55±0.51
Гемоглобин (г/л)	147.03±2.31	142.63±1.13	130.0±1.15
Лейкоциты (x10 <sup>9</sup> /л)	6.37±0.43	5.43±0.37	5.61±0.21
Лимфоциты (%)	32.35±2.19	29.85±2.35	29.21±11.13
Эозинофилы (%)	5.14±1.30	4.70±0.92	2.04±0.03
Моноциты (%)	11.57±3.17	7.30±0.79	6.21±0.64
СОЭ (мм/ч)	6.51 ±2.15	8.65±3.05	5.54±1.07

Примечание: 1 – больные с нормальной функцией печени; 2 – больные с печеночной дисфункцией.

В результате проведенных исследований было установлено, что средние значения биохимических показателей крови колебались в пределах нормы.

Ультразвуковое сканирование проведено у 39 больных демодекозом. Анализ результатов исследования показал, что диффузное увеличение размеров печени имелось у 44,12% пациентов, а у 7,51% – преимущественно была увеличена левая доля печени. Акустическая плотность паренхимы печени была повышена у 37,48% больных. Акустическая структура паренхимы печени была диффузно изменена у 72,15%. У большинства больных (59,18%) структура паренхимы печени была крупнозернистой. У 23,82% больных демодекозом на фоне гомогенной или мелкозернистой структуры паренхимы печени определялись мелкие гиперэхогенные очаги. На фоне выраженной крупнозернистой акустической структуры печени у 11 (28,2%) больных отмечалось изменение сосудистого рисунка, преимущественно по периферии. Расширение печеночно-желчных ходов до лечения не было выявлено.

Таким образом, совокупность клинико-лабораторных показателей позволила выявить у 55,96% больных демодекозом дисфункцию печени. Частота развития дисфункции печени нарастала по мере увеличения продолжительности демодекоза.

Проведено исследование иммунологических реакций у 109 больных в возрасте от 20 до 60 лет в фазе обострения заболевания. В таблице 2 представлены средние значения показателей клеточного и гуморального иммунитета больных демодекозом.

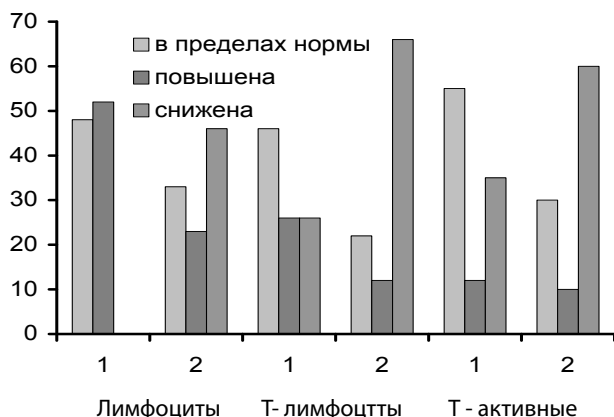
**Таблица 2**

Показатели клеточного иммунитета больных демодекозом до лечения

Показатель	Больные демодекозом		Контроль
	1	2	
Лимфоциты (%)	32,35±2,49	29,85±2,35	29,20±11,13
Эозинофилы (%)	5,14±1,30	4,70±0,92	2,02±0,03
Моноциты (%)	11,57±3,17	7,30±0,79	6,21±0,64
CD3+ (%)	43,6±3,15	40,20±2,97	54,11±11,91
CD20+ (%)	21,31±2,37	19,35±2,05	32,29±2,70
CD4+ (%)	32,20±3,36	35,85±2,80	24,62±0,91
CD8+ (%)	24,07±1,06	23,95±0,79	26,11±1,01
Lif	0.75±0.12	1.19±0.22	1,00

Примечание: 1 – больные с нормальной функцией печени (n=48); 2 – больные с дисфункцией печени (n=61).

Количественная оценка абсолютного и относительного числа циркулирующих лимфоцитов у больных демодекозом до лечения показала, что этот интегральный показатель функционирования иммунной системы достоверно не отличался от контроля. Однако, при анализе частоты встречаемости изменений по отношению к норме (рисунок 1) установлено, что у больных 1-й группы число лимфоцитов превышало норму или находилось в ее пределах. У больных же с дисфункцией печени чаще имела место лимфопения (P<0.05).

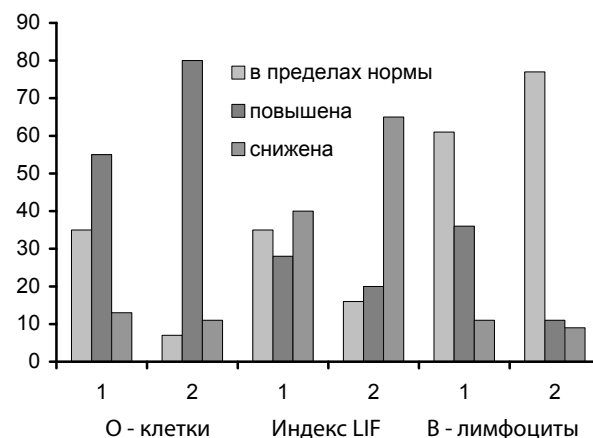


Примечание: 1 – больные с нормальной функцией печени; 2 – больные с дисфункцией печени.

Рисунок 1. Частота изменяемости (%) показателей клеточного и гуморального иммунитета больных демодекозом до лечения

Среднее количество Т-лимфоцитов в периферической крови больных демодекозом достоверно не отличалось от контроля (P>0,05). Однако при анализе частоты встречаемости изменений в сравнении с нормой было обнаружено,

что у больных 2-й группы снижение процента Е-розеткообразующих клеток отмечалось в 2,4 раза чаще, чем у больных 1-й группы (рисунок 2).



Примечание: 1 – больные с нормальной функцией печени; 2 – больные с дисфункцией печени.

Рисунок 2. Частота изменяемости (%) показателей клеточного и гуморального иммунитета больных демодекозом до лечения

Таким образом, результаты исследования клеточного иммунитета позволяют заключить, что при демодекозе происходят изменения содержания в крови лимфоцитов и их активности, изменяется соотношение Т- и В-лимфоцитов. Степень и частота нарушений иммунитета была выше у больных с ДП: чаще наблюдалось снижение числа лимфоцитов, активности Т-лимфоцитов, угнетения реакции торможения лейкоцитов.

Исследования гуморального иммунитета показали, что концентрация иммуноглобулинов (Ig) основных трех классов (А, М и G) у больных демодекозом изменялась по-разному (таблица 3). Это согласуется и с частотой изменяемости уровня Ig по-сравнению с нормой (рисунок 3).

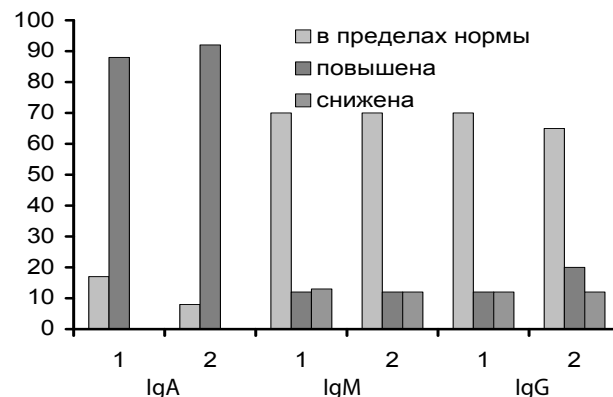


Рисунок 3. Частота изменяемости (%) иммуноглобулинов у больных демодекозом до лечения

Концентрация Ig А чаще была повышена, а Ig М и Ig G – находилась в пределах нормы. Суммарное содержание указанных Ig было ниже нормы (P≥0,05). Изменялось процентное соотношение



уровня Ig. При этом соотношение Ig G/ Ig A у больных более, чем в 2 раза было ниже нормы. Выявленные изменения свидетельствуют о дисбалансе сывороточных Ig, что может быть одним из признаков иммунодепрессии [10].

**Таблица 3**

*Показатели гуморального иммунитета больных демодекозом до лечения*

Показатель	Результаты исследования (M±m)		
	Больные демодекозом		Контроль (n=25)
	1	2	
Ig A, %	3,44 ± 0,18	3,51 ± 0,14	2,26 ± 0,15
Ig M, %	1,54 ± 0,12	1,59 ± 0,11	1,46 ± 0,30
Ig G, %	9,13 ± 0,47	8,92 ± 0,32	12,53 ± 0,42
IgG/IgA ум.од.	2,65±0,34	2,54 ± 0,36	5,54±0,25
Суммарные иммуноглобулины	14,11±0,19	14,02 ± 0,14	16,25±0,15
Ig E (кЕ/л)	42,71±5,30	47,35±7,20	40,90±3,40

*Примечание:* 1 – больные с нормальной функцией печени (n=48); 2 – больные с дисфункцией печени (n=61).

Преимущественное повышение Ig A при статистически неотличающемся от нормы содержания Ig M и Ig G у больных демодекозом может быть обусловлено не только интенсивностью его синтеза плазматическими клетками, но, по-видимому, за счет нарушения скорости его метаболизма в печени [10].

### Выводы

Общие клинические проявления у больных демодекозом были весьма разнообразны. Изменения клеточного и гуморального иммунитета, развивающиеся при демодекозе являются основой нарушений иммунной реактивности и свидетельствуют о снижении резистентности организма и развитии иммунной недостаточности при демодекозе.

Выявленные закономерности изменений и характер динамики клинико-иммунологических

связей не являются специфическими, но расширяют знания о патогенезе демодекоза и развития разнообразной патологии при этом, а также создают определенные предпосылки для направленной коррекции приспособительных возможностей организма и открывают перспективы для совершенствования патогенетической терапии демодекоза.

### Литература

1. М.С. Васильева, А.Б. Лани. *Популяции клещей-железниц при пероральном дерматите и розацеа*. М., 2006, с. 135.
2. Л.Л. Елистратова, Н.И. Попатуркина-Нестерова, А.С. Нестеров. *Современное состояние проблемы демодекоза*. В: *Фундаментальные исследования*, 2011, № 9, с. 67–69.
3. Сюч Н.И. *Паразитарные болезни кожи. Демодекоз: этиология, патогенез, клиника, лабораторная диагностика: Consilium medicum*. В: *Дерматология*, 2004, т. 6, № 3, с. 191–194.
4. O.O. Barriga, N.W. Al-khalidi, S. Martin S. and M. Wyman. *Videnge of immunosuppression by Demodex caris*. In: *Veter. Immunology and Immunopathology*, 1992, p. 37–46.
5. О.Ю. Олисова, М.И. Додина. *Современные представления о патогенезе розацеа*. В: *Экспериментальная и клиническая дерматокосметология*, 2010, № 6, с. 18–22.
6. *Клинические рекомендации: дерматовенерология*. Под ред. А.А. Кубаковой. 2007, с. 45–52.
7. Проценко Т.В. *Розацеа* [Текст]: учеб. пособие. К., [б. в], 2005, 56 с.
8. Елистратова Л.Л. *Особенности микробиоты кожи лица при розацеа, осложненной демодекозом, в зависимости от формы розацеа*. В: *Современные исследования области естественных и технических наук: междисциплинарный поиск и интеграция. Материалы научно-практической всероссийской конференции (школы-семинара) молодых ученых*, Тальяти, 2012, с. 138–144.
9. Иванов О.Л. *Кожные и венерические болезни*. М.: Шико, 2006, с. 302–303.
10. Дронник Г.Н. *Современные представления о строении и функции иммунной системы. Лекция № 1. Врожденный неспецифический (естественный) иммунитет*. В: *Сучасні інфекції*, 2000, № 2, с. 85–101.

*Prezentat la 20.09.2015*



## DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

*„Medicul trebuie să aibă privirea șoimului, mâinile domnișoarei, înțelegerea șarpelui și inima leului”*

(Avicenna)

PAGINI DIN ISTORIA  
FONDĂRII ȘI DEZVOLTĂRII  
ȘTIINȚEI OBSTETRICAL-  
GINECOLOGICE ÎN USMF NICOLAE  
TESTEMIȚANU LA 70 ANI DE ACTIVITATE

Ludmila EȚCO,  
IMSP Institutul Mamei și Copilului

### Summary

#### **Pages of history of obstetrical and gynecological science creation and development of SMPU "Nicolae Testemitanu" during the 70 years of activity**

According to the analysis of PhD theses, sustained by Department's of Obstetrics and Gynecology collaborators, from SUMP "Nicolae Testemitanu" during 70 years of activity (1945-2015), it has been found that these works were focused on the most urgent problems in maternal and child health. They had a theoretical and practical contribution in the development of obstetrical, gynecological, perinatal, pediatric (somatic and surgical) and the other fields.

Results of the studies served as a basis for the development of methods in diagnosis, treatment and disease prevention of the mother and child. Their implementation in practice of care contributes to further reducing of maternal, perinatal and infant morbidity and mortality and child disability.

**Keywords:** State Medical and Pharmaceutical University "Nicolae Testemitanu", 70 years of activity, dissertations in obstetrics, dissertation in gynecology, research direction

### Резюме

#### **Страницы истории создания и развития акушерско-гинекологической науки на протяжении 70-летней деятельности ГУМФ имени Николая Тестемицану**

При анализе кандидатских и докторских диссертаций, защищенных сотрудниками кафедр Акушерства и Гинекологии ГУМФ имени Николая Тестемицану на протяжении 70-ти лет деятельности (1945-2015), было установлено, что данные работы были направлены на решение наиболее актуальных и приоритетных вопросов здоровья матери и ребенка. Они внесли важный теоретический и практический вклад в развитие отечественной науки в области акушерства, гинекологии, перинатологии и педиатрии (соматической и хирургической) и других специальностей.

Результаты исследований послужили основой для разработки и усовершенствования различных методов диагностики, лечения и профилактики заболеваний матери и ребенка. Их внедрение в повседневную практику способствует дальнейшему снижению материнской, перинатальной, младенческой заболеваемости и смертности, а также детской инвалидности.

**Ключевые слова:** Государственный Университет Медицины и Фармации имени Николая Тестемицану, 70 лет деятельности, диссертационные работы в акушерстве, диссертационные работы в гинекологии, тематическая направленность

Din primul an de fondare a Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (octombrie, 1945), în paralel cu procesul de instruire a cadrelor profesionale, grație potențialului său intelectual, s-a pus temelia unei activități științifice prodigioase, s-au creat principalele direcții de cercetare științifică. Domeniile de interes se orientau spre problemele stringente de sănătate a populației din regiune, printre care prioritare erau sănătatea mamei și a copilului, cercetările fiind efectuate de colaboratorii Catedrelor *Obstetrică* și *Ginecologie*, viitorii conferențieri, profesori, cercetători științifici, academicieni – fondatori al științei autohtone. Deoarece lucrările au fost scrise și susținute în limba rusă, le vom prezenta în varianta respectivă (tabelul 1).

La numai o jumătate de an de la fondarea Institutului, a fost convocată prima conferință științifică a colaboratorilor.

Se întreprind măsuri concrete de atragere la studiul a tineretului băștinaș, este susținută și stimulată activitatea științifică, sunt create comisiile pentru susținerea tezelor de candidat în științe medicale. Prima teză de candidat în științe medicale a fost susținută de către chirurgul Natalia Gheorghiu în anul 1948. Începând cu anul 1951, se practica formarea cadrelor didactice – prin aspirantură și studii de doctorat. Consiliului științific i se acordă dreptul de a atesta tezele de candidat în științe medicale în domeniul a 16 specialități. În anul 1953 are loc susținerea primei teze de doctor habilitat în medicină, de asemenea de către Natalia Gheorghiu.

Pe parcursul a doar primului deceniu de activitate a Institutului (1945-1955) a fost susținută o teză de doctor habilitat și 70 de teze de candidat în științe medicale [1].

Activitatea de cercetare a fost impulsivă prin fondarea, în anul 1962, a Laboratorului Central de Cercetare Științifică, unde s-au creat noi premise și condiții de formare și dezvoltare a școlilor științifice.

În perioada 1971-2001, colaboratorii Catedrelor *Obstetrică* și *Ginecologie* au susținut cu succes un șir de teze, ce au contribuit considerabil la dezvoltarea continuă a științei autohtone (tabelul 2).

**Tabelul 1**

Tezele de doctorat susținute de colaboratorii Catedrelor „Obstetrică” și „Ginecologie” în primii 25 de ani de la fondarea Institutului de Stat de Medicină din Chișinău (1945-1970)

<i>Anul, autorul</i>	<i>Denumirea tezei și rezultatele obținute</i>
1951 Билинкис С.Я.	<b>Тканевая терапия острых и подострых форм воспалительных заболеваний женской половой сферы.</b> Канд. дис. Показано, что при введении автоклавирующей плаценты в подкожный карман на боковой поверхности грудной клетки на уровне 9-10-го ребра, при острых и подострых формах гинекологических воспалительных заболеваниях, в 81,67% случаев наблюдается выздоровление, в то время как в контрольной группе (без тканевой терапии) выздоровление наступает только в 58% случаев.
1952 Беляева Е.А.	<b>Материалы о мертворождаемости по некоторым родовспомогательным учреждениям Молдавской ССР и факторы, способствующие ее снижению.</b> Канд. дис. Основными причинами мертворождаемости, по мнению диссертанта, являются аномалии пуповины, пороки развития плода, поперечные и тазовые предлежания плода. Мертворождаемость с невыясненной этиологией составила 5,58%, затяжные роды – 5,43%. Предотвращение мертворождаемости должно основываться на комплексности организационно-методических и лечебно-профилактических мероприятий.
1954 Луценко Г.Е.	<b>Родовые повреждения центральной нервной системы плодов и новорожденных.</b> Канд. дис. Показано, что кислородная недостаточность является основной причиной расстройства кровообращения в центральной нервной системе плодов и новорожденных. Для снижения мертворождаемости и ранней смертности новорожденных необходимо рациональное ведение родов, предупреждение внутриутробной асфиксии и широкое применение кислородной терапии.
1955 Слепых А.С.	<b>Развитие иннервации маточных труб.</b> Канд. дис. Установлено, что маточные трубы, яичники и матка иннервируются позже других органов – сердца, желудка и др., поэтому не всегда дифференцировка нервного аппарата половых органов совпадает с моментом половой зрелости и является причиной случаев инфантилизма и бесплодия.
1956 Мозжухина Л.А.	<b>Сравнительная оценка методов лечения эрозий и хронических воспалительных заболеваний шейки матки.</b> Канд. дис. Установлено, что консервативные методы лечения заболеваний шейки матки в виде смазывания, ванночек и спринцеваний дезинфицирующими и прижигающими лекарственными препаратами мало эффективны и составляют 20% при учете ближайших и 17% – отдаленных результатов. При применении диатермокоагуляции % выздоровления составил 97,5% и 85,6%, соответственно.
1957 Паллади Г.А.	<b>Обмен фосфора у матери и плода.</b> (Экспериментальное исследование). Канд. дис. Установлено, что с увеличением срока беременности содержание фосфора в костной и мышечной ткани снижается до минимума в конце беременности, то есть они являются основными источниками, из которых мобилизуются фосфорные соединения, переходящие из плаценты к плоду, что обосновывает необходимость усиленного снабжения фосфором организма матери во время беременности.
1957 Штемберг М.И.	<b>Опыт работы по организации акушерско-гинекологической помощи в сельском районе.</b> Канд. дис. Изложены основные принципы организации акушерско-гинекологической помощи в сельском районе, показана ведущая роль районного акушера-гинеколога. Выработаны рекомендации по рациональному трудоустройству женщин, страдающих хроническими заболеваниями.
1958 Диордица А.Г.	<b>Электрокардиографические изменения у женщин в конце беременности, во время родов и после родов.</b> Канд. дис. Установлена хорошая функциональная приспособляемость сердечно-сосудистой системы у здоровых женщин к акту родов, в отличие от женщин с митральными пороками сердца.
1961 Бацак А.И.	<b>Пресакральная пенициллино-новокаиновая блокада в комплексном лечении гинекологических больных.</b> Канд. дис. Описан положительный опыт применения новокаиновой блокады по методике, предложенной автором, при лечении гинекологических воспалительных заболеваний.
1964 Марку Г.А.	<b>Влияние соляно-кислого бреликолина на сократительную деятельность матки.</b> Канд. дис. Изучено влияние на сократительную деятельность матки нового алкалоида, полученного из осоки парвской, произрастающей в лесах Молдавии. Препарат дал положительный родоускоряющий эффект в 85,6% случаев при первичной слабости родовой деятельности.
1964 Яковлева И.А.	<b>Эпителий шейки матки при некоторых физиологических и патологических состояниях.</b> Докт. дис. В работе представлены материалы, отражающие изменения эпителия шейки матки в различные возрастные периоды, начиная от 4 месяцев внутриутробного развития. Показано, что для каждого возрастного периода характерны определенные функции эпителиальных тканей.

1965 Паша С.П.	<p><b>Клиника нейроэндокринных нарушений, наступающих после массивной кровопотери в родах.</b> Канд. дис.</p> <p>У обследованных больных, потерявших при родах от 800 до 3000 мл крови, отмечено развитие в 52,2% случаев нарушений в виде изменений нейро-вегетативного характера, у 7,4% – тяжелые эндокринные нарушения типа синдрома Шихана. Исходя из этого, рекомендовано, чтобы женщины, перенесшие массивные кровотечения при родах, обязательно находились под наблюдением не только акушера-гинеколога, но и эндокринолога.</p>
1966 Герман М.С.	<p><b>Комплексное обследование больных с предраковыми и раковыми заболеваниями шейки матки.</b> Канд. дис.</p> <p>Показано, что сочетанное применение цитодиагностики, кольпоскопии, кольпомикроскопии дает возможность обнаружить рак шейки матки в 97,4% наблюдений. Рекомендуется использовать кольпоскопию и цитодиагностику при обычном обследовании гинекологических больных. Кольпомикроскопию и радиоизотопную диагностику следует применять у больных с подозрением на рак шейки матки, выявленный при кольпоскопии и цитодиагностике.</p>
1966 Дука А.Д.	<p><b>Нисходящие влияния ретикулярной формации ствола головного мозга и их роль в становлении некоторых функций новорожденного.</b> Канд. дис.</p> <p>Показано, что у детей, родившихся в асфиксии, значительно повышена активность ретикулярной формации среднего мозга, что приводит к различным периферическим эффектам (изменения мышечного тонуса, дыхания, рефлексов и т.д.).</p>
1966 Паллади Г.А.	<p><b>Диагностика и лечение токсоплазмоза в акушерстве.</b> Докт. дис.</p> <p>Изучены роль токсоплазменной инфекции в возникновении акушерской патологии, разработаны критерии обязательного проведения профилактического антитоксоплазменного лечения. Беременным при наличии положительной внутрикожной аллергической пробы с токсоплазмином и положительных серологических реакциях в низких титрах, не нарастающих в динамике, что указывает на инфицированность организма, лечение не проводится.</p>
1967 Продан Т.В.	<p><b>Опыт работы по диагностике и лечению туберкулеза женских половых органов.</b> Канд. дис.</p> <p>Установлено, что в 86% случаев заболевание протекает с выраженными клиническими симптомами и с положительными аллергическими реакциями, что позволяет установить правильный диагноз при всестороннем обследовании больных. Применение интенсивного комплексного и длительного лечения по предложенной автором схеме способствовало выздоровлению в 55,5% случаев и улучшению состояния больных в 32,1% случаев.</p>
1967 Мошняга М.С.	<p><b>Функциональное состояние яичников у больных инфекционным гепатитом.</b> Канд. дис.</p> <p>У 76,4% женщин в острый период заболевания методами функциональной диагностики выявлены нарушения овариально-менструального цикла, частота которых находится в прямой зависимости от тяжести течения инфекционного гепатита: при тяжелой форме выявлены у всех больных, при среднетяжелой – у 77,9%, при легкой – у 69,0% больных. При диспансерном наблюдении за женщинами, перенесшими инфекционный гепатит в сроки от 6 месяцев до 4 лет, расстройства менструального цикла выявлены у 54,8%.</p>
1967 Мякушева-Френкель Н.Г.	<p><b>Кольпоскопическая диагностика доброкачественных, предопухолевых и злокачественных заболеваний шейки матки.</b> Канд. дис.</p> <p>Автор, обследовав кольпоскопически 1364 женщин, установила совпадение в 100% случаев результатов кольпоскопических и гистологических исследований у больных с доброкачественными заболеваниями шейки матки и в 76,8% – у больных с предопухолевыми заболеваниями. Повторные кольпоскопические наблюдения позволяют судить об эффективности проведенного лечения.</p>
1968 Кукутэ Б.Г.	<p><b>Дисплазия и рак in situ шейки матки.</b> Канд. дис.</p> <p>На основании морфологического анализа выработана новая классификация дисплазических процессов шейки матки. Доказано, что источником развития этих процессов, кроме многослойного эпителия, могут стать резервные клетки призматического эпителия эндоцервикозов и полипов. Знание этих фактов важно не только для патологоанатома, но и для клинициста при выборе метода лечения.</p>
1968 Синицина Л.Я.	<p><b>Электрофоретические исследования белков сыворотки крови при позднем токсикозе беременных.</b> Канд. дис.</p> <p>Работа посвящена изучению простых и сложных белков в сыворотке крови у беременных, рожениц, родильниц, здоровых и больных поздним токсикозом и их детей. Установлено, что степень выраженности этих изменений зависит от тяжести течения позднего токсикоза.</p>
1969 Гладун Е.В.	<p><b>Применение гетероперитонеального шовного материала в акушерско-гинекологической практике.</b> Канд. дис.</p> <p>Изыскивались новые материалы для хирургических швов в восстановительной хирургии половых органов у женщин. Обнаружено преимущество неокетгута (шовная нить из брюшины слепой кишки крупного рогатого скота) по сравнению со стандартным кетгутом и шелком, который с успехом применяется в акушерско-гинекологической практике.</p>

**Tabelul 2**

Tezele de doctorat susținute de colaboratorii Catedrelor „Obstetrică” și „Ginecologie” ale USMF „Nicolae Testemițanu” în anii 1971-2001

Anul, autorul	Denumirea tezei
1971 Елени Е.Л.	<b>Влияние поздних токсикозов беременных и перенашивания на некоторые обменные процессы у плодов и новорожденных.</b> Канд. дис.
1971 Корлэтяну О.А.	<b>Применение трихлорэтилена для обезболивания родов и при некоторых акушерско-гинекологических операциях.</b> Канд. дис.
1971 Куча Т.Г.	<b>Сравнительная оценка трансабдоминального и трансцервикального интраамниального введения 20%-ного раствора хлористого натрия при прерывании беременности больших сроков.</b> Канд. дис.
1971 Молдован М.Н.	<b>О терапевтическом влиянии секрета надпочечных желез жаб при острой асфиксии у щенков в постнатальном периоде.</b> Канд. дис.
1971 Рошка П.Д.	<b>Родовспоможение в МССР (состояние и перспективы).</b> Канд. дис.
1971 Самойлова О.Г.	<b>К вопросу диагностики, терапии и профилактики переносенной беременности.</b> Канд. дис.
1972 Мукуцэ Э.В.	<b>Обмен глюкокортикоидных гормонов между матерью и плодом во время беременности и родов.</b> Канд. дис.
1972 Поклитарь М.Г.	<b>Белковый обмен и глюкокортикоидная функция коры надпочечников при нормальных и осложненных слабостью родах.</b> Канд. дис.
1972 Сорочан Э.А.	<b>Состояние функции печени и тактика ведения больных с воспалительными заболеваниями внутренних женских половых органов.</b> Канд. дис.
1973 Банарь Н.П.	<b>Состояние водно-электролитного обмена и кислотно-щелочного равновесия у женщин с пороками сердца во время беременности.</b> Канд. дис.
1973 Букатарь Л.Г.	<b>Об эндокринной функции яичников и коры надпочечников при дисфункциональных маточных кровотечениях и влияние на них гормонотерапии.</b> Канд. дис.
1973 Компанеец В.Н.	<b>Лечение хронических воспалительных заболеваний женских половых органов на курорте Сергеевка.</b> Канд. дис.

1974 Литинская Б.Г.	<b>Лечебное и профилактическое использование электростимуляции шейки матки при расстройствах овуляции.</b> Канд. дис.
1980 Мустьяца А.В.	<b>Некоторые показатели гомеостаза в системе «мать-околоплодные воды-плод» при железодефицитной анемии у беременных.</b> Канд. дис.
1981 Ткаченко-Херару В.Т.	<b>Комплексная консервативная терапия больных миомой матки.</b> Канд. дис.
1981 Моряк М.Г.	<b>Трансперитонеальное кесарево сечение в нижнем маточном сегменте с временной изоляцией брюшной полости.</b> Канд. дис. (Санкт-Петербург, Россия)
1983 Гладун Е.В.	<b>Использование шивающих аппаратов в оперативной гинекологии.</b> Докт. дис. (Санкт-Петербург, Россия)
1984 Корчмару В.И.	<b>Влияние комплексного лечения первичной недостаточности (с применением электроанестезии) на функциональное состояние симпат-адреналиновой и гипофизо-щитовидных систем.</b> Канд. дис. (Санкт-Петербург, Россия)
1984 Фрипту В.Г.	<b>Гинекологическая заболеваемость женщин-табаководов и методы ее профилактики.</b> Канд. дис. (Харьков, Украина)
1984 Ецко Л.А.	<b>Сравнительная оценка интра- и экстраперитонеального кесарева сечения.</b> Канд. дис. (Санкт-Петербург, Россия)
1984 Белюсова Т.И.	<b>Клинико-лабораторное прогнозирование и профилактика послеродовых септических заболеваний.</b> Канд. дис. (Москва, Россия)
1986 Брежнева Н.В.	<b>Лечение больных миомой матки синтетическими прогестинами и их влияние на некоторые показатели функционального состояния печени.</b> Канд. дис.
1986 Довганский Г.А.	<b>Клинико-эндокринологическая характеристика женщин в климактерическом периоде.</b> Канд. дис.
1987 Дюг В.М.	<b>Ближайшие и отдаленные результаты после миомэктомии.</b> Канд. дис. (Санкт-Петербург, Россия)
1989 Ротару М.В.	<b>Клинико-иммунологические особенности течения беременности и родов у женщин, перенесших гестозы при предыдущих беременностях.</b> Канд. дис. (Харьков, Украина)
1990 Чернецкая О.С.	<b>Тактика завершения родов у беременных с тяжелыми формами поздних гестозов.</b> Канд. дис. (Минск, Беларусь)

1990 Дондюк Ю.В.	<i>Влияние операции кесарева сечения на механизмы адаптации матери и плода в условиях родового стресса.</i> Канд. дис.
1990 Попушой О.И.	<i>Дородовая подготовка шейки матки местным (интравагинальным и интрацервикальным) применением простогландина F<sub>2α</sub> у первородящих в возрасте 28 лет и старше.</i> Канд. дис.
1990 Королькова Н.М.	<i>Отдаленные результаты кесарева сечения для матери и ребенка.</i> Канд. дис. (Москва, Россия)
1991 Ешану-Мельник Т.И.	<i>Неспецифические (бактериальные) кольпиты и беременность.</i> Канд. дис.
1991 Сербенко А.	<i>Изменение содержания некоторых биометаллов в фето-материнской системе и антиоксидительная активность крови матери и плода при нормальной и осложненной и железодефицитной анемией беременности.</i> Канд. дис. (Минск, Беларусь)
1992 Ротару М.В.	<i>Оптимизация методов лечения женщин с повторными гестозами, прогнозирование исхода беременности.</i> Докт. дис. (Харьков, Украина)
1994 Сербенко А.	<i>Состояние системы мать–плацента–плод у беременных женщин табаководов.</i> Докт. дис.
2001 Чернецкая О.	<i>Современные аспекты диагностики и лечение пациенток с внематочной беременностью.</i> Докт. дис. (Киев, Украина)

În anul 1990, Institutului de Stat de Medicină din Chișinău i se conferă numele ilustrului savant, organizatorului ocrotirii sănătății, profesorului universitar Nicolae Testemițanu. La 28 iunie 1991, printr-o hotărâre a guvernului, Institutul este reorganizat în Universitatea de Stat de Medicină Nicolae Testemițanu, din 1996 – Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu.

Anii '90 au însemnat democratizarea societății, au apărut noi perspective de dezvoltare a științei medicale și a sistemului de pregătire a cadrelor.

În baza Centrului Republican de Ocrotire a Sănătății Mamei și Copilului, în anul 1988, prin decizia guvernului, a fost creat Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului al Republicii Moldova (astăzi – IMSP Institutul Mamei și Copilului). În funcția de director-fondator al IMSP Institutul Mamei și Copilului a fost numit Eugen Gladun, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, ulterior membru corespondent al Academiei de Științe a Republicii Moldova.

În 1993, pe lângă Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului a fost constituit Consiliul Științific Specializat pentru susținerea tezelor de doctor habilitat și doctor în medicină (DH 14.93.37) în domeniul *Obstetrică și Ginecologie. Pediatrie* (președinte – profesorul universitar Eugen Gladun), în anul 2003 fiind acceptate 2 consilii: Consiliul Științific Specializat (DH 53 14.00.01) la specialitatea *Obstetrică și Ginecologie* (președinte – profesorul-cercetător Ludmila Ețco) și Consiliul Științific Specializat (DH 53 14.00.09) la specialitatea *Pediatrie* (președinte – profesorul universitar Petru Stratulat).

Astăzi, IMSP Institutul Mamei și Copilului reprezintă o instituție republicană științifică și curativ-profilactică de frunte în domeniile obstetricii, ginecologiei, neonatologiei și pediatriei (somatice și chirurgicale) și are misiunea de a ameliora starea sănătății mamelor și a copiilor, a reduce la minim mortalitatea și morbiditatea maternă, perinatală, infantilă și invaliditatea la copii în Republica Moldova.

O contribuție considerabilă la îndeplinirea planului de cercetări și la realizarea programelor științifice în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului în Republica Moldova este adusă prin tezele de doctor și de doctor habilitat în medicină.

Pe parcursul anilor 1993-2015, la specialitatea *Obstetrică și Ginecologie* au fost susținute 48 de teze, la specialitatea *Oncologie* – 1 [2, 7, 8]. Tezele de doctor habilitat în științe medicale a profesorilor universitari ai Catedrelor *Obstetrică și Ginecologie* ale USMF Nicolae Testemițanu V. Friptu, Ludmila Ețco, V. Moșin au fost susținute în acest Consiliu, pe când ei îndeplineau funcția de cercetător științific al secției *Obstetrică* a ICȘDOSMC. Informația amplă a fost prezentată anterior [8].

Nemijlocit, colaboratorii USMF Nicolae Testemițanu (asistenții universitari și doctoranzii) au susținut 33 de teze de doctor în științe medicale.

Susținerea tezelor de doctorat în Consiliul Științific Specializat DH 14.93.37 *Obstetrică și Ginecologie* s-a desfășurat într-o atmosferă creativă și într-o ritmicitate permanentă, reflectând principalele direcții ale cercetărilor științifice fundamentale și de inițiativă ale Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului și ale Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu.

O etapă importantă în dezvoltarea științei în Moldova, în general, și a celei medicale, în special, s-a început odată cu adoptarea de către Parlamentul Republicii a Hotărârii din 25 decembrie 2003 *Cu privire la aprobarea priorităților strategice ale cercetării-dezvoltării*. A urmat apoi adoptarea Codului cu privire la știință și inovare al Republicii Moldova din 2004 și a Codului Educației din 2014 [3, 4, 5].

Analiza tezelor susținute în ultimii 23 de ani (1993-2015) în cadrul ședințelor acestui Consiliu scoate în evidență rezultatele de bază și perspectivele de dezvoltare a obstetricii, ginecologiei, peri-

natologiei și pediatriei (somatice și chirurgicale) în Republica Moldova [7].

Teza de doctorat elaborată de Bologan I.S. (1993) *Laseroterapia intrauterină și irigarea cu antiseptice în prevenirea și tratarea endometriței post-partum* (conducător științific – prof. E. Gladun) abordează terapia cuantică (intrauterină) în combinație cu irigarea cavității uterine cu antiseptice, metodă ce a dus la reducerea post-partum a frecvenței bolilor septice la lăuzele din grupa cu risc înalt de infectare, inclusiv a endometriței, până la 10 ori.

Teza în domeniul ginecologiei *Particularitățile tehnicii operatorii și ale îngrijirii postoperatorii a pacientelor cu prolaps al uterului* (conducător științific – prof. E. Gladun) a fost susținută, în 1994, de către Târșu V.V. În lucrare sunt reflectate problemele privind perfecționarea tehnicii operatorii și a îngrijirii postoperatorii a bolnavelor cu prolaps al organelor genitale interne.

În teza de doctor elaborată de Comendant R.C. (1996) – *Utilizarea autocrioplasmei în corecția dereglărilor hemostazei și în prevenirea hemoragiilor la gravide cu gestoze tardive* (conducători științifici – prof. P. Roșca și acad., prof. I. Corcimaru) – s-a determinat că la gravide cu gestoze tardive, la sfârșitul trimestrului III de graviditate au loc dereglări ale hemostazei, care pot duce la apariția hemoragiilor masive post-partum. A fost cercetată eficacitatea aplicării în travaliu a autocrioplasmei, obținute prin plasmoforeză la sfârșitul primei etape a travaliului la acest contingent de gravide. Metoda propusă duce la micșorarea mortalității materne, determinate de hemoragii severe, la păstrarea donatorilor de sânge.

Baltag V., în teza *Prognostarea și prevenirea gestozelor tardive în baza determinării anticoagulantului lupoid* (conducător științific – prof. M. Rotaru), a cercetat influența anticorpilor autoimuni antifosfolipidici de tip lupoid asupra decurgerii gravidității și a travaliului. S-a demonstrat că testul pozitiv la anticoagulantul lupoid, deja în primele 12 săptămâni de graviditate, constituie un indiciu important al prognosticării gestozelor tardive, anemiei, întreruperii premature a gravidității, hipotrofiei fătului. Autorul a propus o metodă eficientă de prevenire a gestozelor tardive bazată pe suprimarea anticoagulantului lupoid cu doze mici de dexametazon și aspirină.

În teza de doctor în științe medicale a dnei Otilia Șalari (1998) *Reabilitarea sănătății reproductive la primigestele cu avort provocat* (conducător – acad. Gh. Paladi) a fost elaborat un program complex de reabilitare pentru femeile care au avortat binevol prima sarcină, program ce a permis reducerea complicațiilor de după intervenție de 2-6 ori, minimizarea agresiunii lor în sarcinile ulterioare și în travaliu, diminuarea dereglărilor vegetoemoționale și ameliorarea capacităților productive.

În teza de dr. în medicină elaborată de Ana Mișină (1998) – *Aplicarea adezivului fibrinic în operațiile reconstructive ale uterului* (conducător – prof. E. Gladun) – este efectuată o comparație prospectivă a

rezultatelor eficacității utilizării adezivului fibrinic și a remediilor hemostatice locale tradiționale în cazul chirurgiei transabdominale a uterului. Indicațiile pentru intervențiile chirurgicale au fost miomul uterin și anomaliile congenitale de dezvoltare a uterului. S-a stabilit că aplicarea locală a adezivului fibrinic în operațiile reconstructive ale uterului permite reducerea volumului hemoragiei intraoperatorii, micșorează durata operației, reducând de trei ori complicațiile postoperatorii. Autorul a propus utilizarea adezivului fibrinic în intervențiile chirurgicale de acest gen: efectuarea hemostazei definitive pe suprafața sacului endometrial în timpul mio-metrectomiei, ermetizarea liniei de sutură în cazul deschiderii cavității uterine pe parcursul efectuării diferitelor variante ale operațiilor reconstructive ale uterului, protejarea liniei de sutură la efectuarea reconstrucțiilor uterine și a operațiilor la anexe, mai ales în rezecțiile ovariene, ameliorarea proceselor de regenerare în cicatricea uterină și micșorarea aderențelor în bazinul mic. Sunt bine-venite și recomandările practice: la efectuarea operațiilor reconstructive ale uterului, autorul recomandă folosirea materialelor de sutură monofilamente resorbabile – polidioxanonul, iar pentru miometrectomii – material neresorbabil – prolene. Totodată, se atrage atenția asupra faptului că pentru realizarea acțiunii antiaderențiale în operațiile reconstructive ale uterului este necesară aplicarea adezivului fibrinic numai pe linia de sutură, și nu a bazinului mic.

În teza *Argumentarea clinico-morfologică a mio-metrectomiei subtotale, cu păstrarea vascularizării endometriului în chirurgia funcțională a miomului uterin* (conducător – prof. E. Gladun), Dnul Victor Ciobanu (1998) a elaborat manevre tehnice în miometrectomia subtotală, menite să păstreze vascularizarea endometriului uterului operat. Modificarea propusă a miometrectomei subtotale ameliorează decurgerea perioadei postoperatorii timpurii (micșorează valorile și durata perioadei subfebrile, a complicațiilor septico-purulente, necrozei endometriaie și spitalizării, fără a mări riscul complicațiilor trombo-embolice), având următoarele avantaje postoperatorii tardive: menstruațiile se normalizează începând cu a treia lună postoperatorie la 97,3% paciente; proeminările vegeto-neurotice lipsesc la 99,1%. S-a constatat dispariția schimbărilor patologice preoperatorii ale endometriului la 92,98% paciente, confirmată clinic, histologic, histeroscopic, ultrasonografic, flebografic.

În teza de doctor în științe medicale a dnei Stela Popov (2001) *Prognostarea, diagnosticul și corecția timpurie a hipogalactiei pe baza evaluării metabolismului azotat și corelațiilor hormonale* (conducător – dr. hab. șt. med. V. Friptu, consultant – prof. E. Gudumac) s-a stabilit că o importanță deosebită trebuie să se acorde determinării conținutului de triptofan, care este un aminoacid esențial pentru funcția de lactogeneză. Administrarea L-triptofanului în 3 doze zilnice a câte 500 mg, asociată cu sol. Vit. B<sub>6</sub> câte 1ml

i/m și acid ascorbic 0,3 g pe zi, din a treia până în a opta zi delăuzie, ameliorează starea neuropsihică a lăuzei, reglează somnul, duce la creșterea volumului de secreție lactică diurnă și a laptelui în general, normalizează indicii metabolismului azotat. După cura de tratament, în plasmă crescuse de 2,6 ori (160%) concentrația triptofanului, comparativ cu lăuzele hipogalactice nemedicate și de 1,3 ori (30%) comparativ cu lăuzele cu lactație normală.

În teza dnei Nadejda Codreanu (2001) *Undele electromagnetice cu diapazon milimetric în tratamentul complex al adenomiozei* (conducător – prof. M. Rotaru) s-a constatat redresarea homeostazei endocrine, biochimic-metabolice celulare trasate pe parcursul monoterapiei cu Un (mm), iar datele clinice obținute permit utilizarea ei ca metodă de alternativă a tratamentului adenomiozei la pacientele tinere cu maladii extragenitale, diminuând indicațiile pentru tratamentul chirurgical. Restabilirea fertilității fiind un indice major al eficacității unui tratament, soldat cu nașteri fiziologice la 56% din pacientele supuse tratamentului complex, permite tratarea sterilității în endometrioza genitală.

Prin studiul științific efectuat de dna Zinaida Sârbu (2001) – *Reabilitarea pacienților după corecția endoscopică a sterilității tubar-peritoneale* (conducător – conf. P. Roșca, consultant – dr. hab. șt. med. L. Spinei) – s-a determinat eficacitatea metodelor de reabilitare, constatându-se că mai rezultativă este metoda ce include laparoscopia repetată timpurie (frecvența restabilirii fertilității – 52,2%), urmată de metoda medicamentoasă de prevenire a aderențelor (frecvența restabilirii fertilității – 30,5%) și cea tradițională (frecvența restabilirii fertilității – 19,7%).

Rezultatele studiului dlui Stelian Hodoroșea (2003) *Utilizarea autocioplasmei în corecția dereglărilor hemostazei în operația cezariană* (conducător – acad. Gh. Paladi) au demonstrat că operația cezariană induce modificări de hemostază caracteristice fazei hipercoagulatorii a sindromului CID.

Folosirea autoplasmei cu scop de corijare a dereglărilor de hemostază din operația cezariană reduce statistic concludent incidența hemoragiilor masive.

În teza dnei Uliana Tabuica (2003) *Profilaxia hemoragiilor coagulopatie la pacientele cu moarte intrauterină a fătului* (conducător – acad. Gh. Paladi, consultant – membru-corespondent al AȘM I. Corcimaru), la evaluarea pre-, intra- și postnatală a parametrilor hemostazei la pacientele cu moarte intrauterină a fătului s-a stabilit că cele mai profunde tulburări coagulopatie, caracteristice pentru sindromul CID cronic, se instalează în momentul decolării placentei, fapt confirmat prin creșterea frecvenței pozitivării testelor paracoagulante (la 84,8% femei), micșorarea activității AT-III (mai jos de 80%) și scăderea conținutului unor factori de coagulare. În scopul aprecierii stării inițiale a sistemului de hemostază și a dinamicii lui pe parcursul travaliului, la toate gra-

videle cu sarcină oprită în evoluție este obligatorie evaluarea parametrilor sistemului de hemostază și, în special, a activității antitrombinei III. Pacientele cu nivelul AT-III sub 80% trebuie incluse în grupul de risc major de dezvoltare a hemoragiilor coagulopatie.

Teza dlui Gheorghe Langa (competitor din România) cu tema *Valoarea predictivă și de diagnostic a fibronectinei serice și rolul aspirinei în hipertensiunea indusă de sarcină și complicațiile sale* (conducător – acad. Gh. Paladi, susținută în anul 2004) a avut ca scop aprecierea valorii de diagnostic a metaboliților biologici (acidul uric, ureea, creatinina și proteinuria), a valorii predictive și de diagnostic a fibronectinei (FN) serice și evaluarea rolului profilactic al aspirinei în hipertensiunea arterială indusă de sarcină (HIS) și complicațiile sale.

Valoarea predictivă a FN serice s-a dovedit a fi peste 5 ng/ml la gravidele cu predispoziție de a dezvolta HIS începând cu 14-16 săptămâni gestaționale. Mecanismele patogenetice ale HIS fiind cunoscute, aspirina s-a folosit între 14-16 până la 34-36 săptămâni gestaționale, în doză de 75 mg/zi (peste doza de 60 mg/zi folosită anterior). Folosirea profilactică, timpurie și de lungă durată a aspirinei (în doză de 75 mg/zi, la gravidele predispușe la HIS) a permis prevenirea formelor severe ale gestozelor tardive și îmbunătățirea rezultatelor materne și perinatale (scăderea frecvenței hipotrofiei de 4 ori și creșterea scorului Apgar).

În teza dnei Corina Cardaniuc (2005) *Particularitățile clinico-experimentale ale modificărilor fluxului sangvin regional în miomul uterin simptomatic* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – dr. șt. med. M. Todiraș) s-a demonstrat că miomul uterin simptomatic se caracterizează printr-o hemodinamică regională modificată, cu creșterea fluxului sangvin către organul afectat de tumoră. Indicii fluxului sangvin în artera uterină scad progresiv (IP cu 45-67%; IR cu 26-53%, S/D cu 48-71%) odată cu creșterea dimensiunilor miomului. Aceste modificări reprezintă circumstanțe favorizante care accelerează evoluția tumorii. Pentru pacientele cu miom uterin simptomatic s-a propus tratamentul cu Izoturon supozitoare vaginale, ce reprezintă o alternativă medicamentoasă eficientă de reducere a hemoragiilor uterine patologice și a simptomului algic, asociate tumorii. Metoda a avut un succes de 87,8% în stoparea sângerărilor uterine și o rată a succesului de 100% în ameliorarea simptomului dolor.

În teza dnei Liliana Profire (2005) *Corelațiile declinului hormonal și dereglărilor psihovegetative în menopauză* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – prof. I. Moldovan) s-a constatat că vârsta de apariție a menopauzei, evoluția și severitatea sunt influențate de factorii socioculturali, demografici, reproductivi și ai mediului ambiant. Estimarea manifestărilor clinice imediate în menopauză se va efectua în funcție de fluctuațiile secreției centrale de hormoni hipofizari (HFS, HL) și steroizilor sexuali (E, progesteron). Deci-



zia opțiunilor terapeutice la bolnavele cu sindromul de menopauză va fi luată în funcție de relațiile reciproce ale hormonilor studiați cu simptomele vegetative, afectivo-emoționale, determinate de afectarea sistemului hipotalamo-limbicoreticulat.

Veronica Dorogoi (2006), în teza sa *Screeningul, profilaxia și tratamentul hipotiroidismului în sarcină* (conducător – prof. Ludmila Ețco, consultant – prof. Zinaida Anestiadi), a elaborat în premieră un algoritm de screening, monitoring și tratament al hipotiroidismului în sarcină, adaptat la posibilitățile reale ale sistemului ocrotirii sănătății bazat pe asigurări din Republica Moldova. Metoda de tratament al hipotiroidismului în sarcină, incluzând complexul *kaliu iodid+levothyroxină+berlamin-modular*, este recomandată pentru utilizare datorită eficacității, accesibilității și inofensivității ei. Rezultatele studiului au permis stabilirea principiilor de screening și tratament al hipotiroidismului în sarcină, însoțită de recomandarea utilizării tratamentului pe scară largă, având scopul de a reduce complicațiile severe materne și fetale în lotul de gravide care suferă de această patologie. Pentru elaborarea metodei de tratament al hipotiroidismului în sarcină, autorului i-a fost decernată Medalia de Aur (2006) a Academiei Internaționale de Endoecologie și Limfologie Clinică.

În studiul științific (2006) *Rolul patologiei genitale și extragenitale în riscul apariției hiperplaziilor dishormonale ale glandelor mamare* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – prof. N. Godoroja), dnul Mihail Surguci demonstrează frecvența înaltă a hiperplaziilor dishormonale ale glandelor mamare în populația feminină rurală, atingând cifra de 25,8%. Frecvența înaltă a hiperplaziilor dishormonale ale glandelor mamare la pacientele cu diferite afecțiuni ale organelor genitale (74,3%) și patologiei glandei tiroide (19,7%), confirmă complexitatea aspectelor etiopatogenice ale acestei infirmități, iar studiile de laborator efectuate au probat o scădere a nivelului de enterolactonă – substanță antiestrogenică (blocator de receptori estrogenici) la pacientele cu hiperplazii dishormonale ale glandelor mamare, asociate cu patologii ale organelor genitale și extragenitale (norma 118,45-135,45 nmol/l). Determinarea nivelului de enterolactonă serice și administrarea fitoestrogenilor constituie o alternativă avantajoasă în profilaxia proceselor hiperplazice ale organelor de reproducere și, în consecință, a cancerului acestora.

În baza studiului realizat de dna Valentina Șmugurov (2007) *Aspecte clinico-epidemiologice și pronosticul individual al cuplului steril în Republica Moldova* (conducător – dr. hab. șt. med. O. Cernetchi, consultant – prof. L. Spinei), a fost stabilită structura sterilității. În cuplurile sterile este caracteristică ponderea majoră a sterilității feminine (52,2%), combinate (feminină+masculină) (36,9%), cu prevalarea formei tubaro-peritoneal-endocrine (45,5%) în componența sterilității combinate. În baza rezultatelor

obținute au fost determinate modificările anatomice și funcționale care au contribuit la apariția sterilității. S-a stabilit că maladiile inflamatorii ale organelor genitale și procesele aderențiale pregnante în bazinul mic sunt cauza sterilității feminine primare în 48,8%, secundare – în 81,5% și la bărbați – în 85,4% cazuri. În scopul fortificării sănătății reproductive, este necesară adoptarea unui program de activități orientate spre prevenirea și tratarea infertilității în contingentele de populație de vârstă reproductivă.

În teza dnei Alina Hotineanu (2008) – *Infertilitatea tubară: particularitățile clinico-imunologice și tratamentul prin reproducerea asistată* (conducător – prof. V. Moșin) – sunt prezentate aspectele patogeniei diagnosticului și ale tratamentului infertilității tubare cu ajutorul metodelor reproducerii asistate. Dezechilibrul imunologic și biochimic al secretului tubar a determinat un efect spermatotoxic accentuat asupra migrației spermatozoizilor în culturile biologice. Clemarea tubară proximală înainte de procedura FIV la pacientele cu impermeabilitate tubară amputară și, în special, la cele cu formare de hidrosalpinx ameliorează pronosticul pentru survenirea și evoluția cu succes a sarcinii. În rezultatul studiului efectuat au fost elaborate algoritme de optimizare a diagnosticului și a conduitei pacientelor cu infertilitate tubară, incluse în programul de reproducere asistată.

În teza dlui Igor Peltec (2008) *Profilaxia deficitului de fier în timpul sarcinii* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – membrul corespondent al AȘM I. Corcimaru) s-a demonstrat că prevalența deficitului de fier în lotul fără supliment de fier pe parcursul sarcinii se majorează, atingând nivelul de 50,8% la naștere, în timp ce în sublotul cu folosirea dozei de 200 mg/zi de fier elementar se atestă restabilirea completă a rezervelor de fier la naștere, scăzând riscul de anemizare ulterioară după naștere, creându-se premisa ca următoarea sarcină să survină pe un fundal mai favorabil.

În teza de doctorat elaborată de Corina Iliadi-Tulbure (2008) *Retardul de dezvoltare intrauterină (RDIU) al fătului: aspecte contemporane de diagnostic și metoda optimă de finalizare a sarcinii* (conducător – acad. Gh. Paladi, consultant – prof. E. Gudumac) a fost constatată o majorare a incidenței nașterii copiilor cu RDIU de la 3,19±1,1013% (1993) până la 6,99±0,069% (2011). Rezultatele cercetării au permis ierarhizarea metodelor de apreciere a RDIU al fătului, întâietatea fiind deținută de examenul USG, urmat de velocimetria Doppler, care reprezintă o metodă complementară, dar importantă și necesară. A fost subliniată necesitatea utilizării curbelor de creștere *in utero* a fătului și a noțiunii de *percentilă*. A fost demonstrată cert valoarea de diagnostic și corelația înaltă a metodelor paraclinice de diagnostic. Iar nivelul markerilor biologici (NO, AL) au reflectat gradul de severitate a RDIU al fătului. În baza rezultatelor aprecierii stării nou-născutului după scorul Apgar, a nivelului indicilor perinatali și a markerilor

biologici, s-a concluzionat că operația cezariană este modalitatea de preferință în finalizarea sarcinii cu RDIU al fătului.

Teza dlui Constantin Ostrofeț (2009) *Corecția funcției reproductive la pacientele cu sterilitate dezvoltată după intervențiile chirurgicale la organele bazinului mic* (conducător – dr. hab. med. O. Cernețchi, consultant – prof. V. Ghicavâi) este consacrată unei probleme majore din ginecologia contemporană – sterilității peritoneal-tubare la pacientele cu intervenții chirurgicale în antecedente. Rezultatele studiului au evidențiat că sterilitatea peritoneal-tubară la femeile cu laparotomie în anamneză este cauzată de prezența unei (45,7%) sau câtorva (54,3%) intervenții chirurgicale în anamneză, combinate cu boala inflamatorie pelvină (59,8%), întreruperea artificială sau spontană a sarcinii (46,8%), care au condus la formarea procesului aderențial de gradul I în 32,2% cazuri, de gradul II – în 46,4% și de gradul III – în 21,4% cazuri. Au fost perfecționate și argumentate metodele inofensive de corecție chirurgicală a patologiei peritoneal-tubare, după efectuarea prin abord laparoscopic a operației de bază. În regiunea țesuturilor lizate prin termocoagulare, s-a aplicat *regesanul* – preparat medicamentos cu efecte citoprotectoare și regeneratoare, care condiționează prevenirea formării noilor aderențe și influențează pozitiv restabilirea funcției salpingelor. Astfel, a fost implementat un complex de reabilitare după corecția endoscopică a sterilității tubo-peritoneale la pacientele cu intervenții chirurgicale în anamneză, care a majorat frecvența restabilirii fertilității până la 50,5% cazuri.

În teza dnei Ludmila Railean (2009) *Optimizarea eficacității implementării avortului medicamentos în Republica Moldova* (conducător – dr. hab. șt. med. O. Cernețchi, consultant – V. Ghicavâi) s-a constatat că regimul simplificat *mifepristone/izoturon* (per os) este sigur, eficient pentru întreruperea sarcinii cu termenul < 56 zile și constituie o alternativă dezirabilă pentru avortul chirurgical. Rata succesului a constituit  $95,23 \pm 3,29\%$  izoturon, cu reducerea simptomelor psihovegetative și adaptarea mai adecvată a organismului feminin la procesul avortului medicamentos. Noul algoritm de exercițiu specific se poate practica cu succes pacientelor ce întrunesc condițiile.

În teza dlui Sergiu Gladun (2009) *Utilizarea preparatului BIO-R în pregătirea pentru operațiile plastice pe perineu și vagin* (conducător – membrul corespondent al AȘM E. Gladun), pentru prima dată a fost dovedită posibilitatea folosirii preparatului autohton BIO-R preoperatoriu la bolnavele cu prolaps genital, demonstrând științific acțiunea imunomodulatoare, de normalizare a biocenozei și de stimulare a regenerării epiteliului vaginal. Preparatul BIO-R se recomandă în condițiile de ambulatoriu femeilor de vârstă avansată cu prolaps genital pentru pregătire înainte de operațiile plastice pe perineu și vagin. Metoda propusă nu are efecte adverse și contraindicații.

Teza dlui Gheorghe Feghiu (2010) *Tratamentul incontinenței urinare de efort asociată cu prolaps genital* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – prof. A. Tănase) a vizat elaborarea unui procedeu chirurgical de restabilire a continenței urinare la pacientele cu incontinență urinară de efort (IUE), asociată prolapsului genital. Evaluarea rezultatelor postoperatorii la interval de 3 ani după intervenție a demonstrat eficiența: 1) procedeele Stoeckel și Kelly – 77,4%; 2) procedeu Pereyra – 80%; 3) uretrocistopexia retropubiană cu utilizare de lambou din peretele vaginal anterior – 88%; 4) colpo- sau cervicopexia retropubiană la aponevroza dreptilor abdominali cu plasă sau fire din polipropilenă – 83,4%; 5) procedeele de tip *Sling* puburetral cu plasă din polipropilenă – 82,4%. Cercetarea prezintă valoare aplicativă semnificativă, datorită rezultatelor comparabil mai înalte versus procedeu Pereyra (1982).

În teza dnei Luminița Mihalcean (2010) *Sarcina oprită în evoluție: aspecte medico-sociale* (conducător – acad. Gh. Paladi, prof. D. Tintiu) s-a demonstrat că cele mai frecvente cauze care au condiționat stagnarea sarcinii în primul trimestru au fost patologia cromozomială – 81,9 cazuri, infecțiile – 10,4%, patologia imună – 7,7% și bolile endocrine – 5,5% cazuri. În trimestrul II, pe locul I s-au situat cel mai frecvent procesele infecțioase – 54,1%, urmate de modificările statutului imun – 36,1% cazuri și malformațiile congenitale ale fătului – 13,19% cazuri. În ierarhia factorilor sociali cu risc pentru sarcina stagnată, pe locul I se plasează stresul cronic, pe locul II – condițiile nocive de muncă, iar pe locul III – vârsta mamei >40 de ani. Folosirea complexului individual de reabilitare elaborat în cadrul prezentului studiu a favorizat instalarea sarcinii uterine la 94,1% de paciente cu sarcină oprită în evoluție în anamneză și excluderea sarcinilor stagnante.

Rodica Catrinici (2011), în teza *Rolul oxidului nitric în procesul de maturare a colului uterin la gestantele cu sarcină prelungată* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – prof. E. Gudumac), a urmărit rezolvarea problemei maturației colului uterin în sarcina prelungată. Rezultatele studiului confirmă că sarcina prelungată evoluează cu deficit de NO la nivelul cervixului, care prin administrarea nitroglicerinei este înlăturat și astfel se realizează maturația cervicală. Se obțin condiții favorabile pentru inițierea travaliului la gestantele cu sarcină prelungată, în scopul diminuării morbidității și mortalității perinatale și al reducerii ratei operațiilor cezariene.

În teza dlui Aldiabat Mohammad (2012) *Deficitul de fier ca factor de risc în dezvoltarea hipogalactiei* (conducător – prof. V. Friptu), în baza studiului integral al indicatorilor sistemului endocrin și hematologic, s-a stabilit rolul anemiei feriprive în dezvoltarea hipogalactiei. A fost dovedită eficiența lactogenică a tratamentului complex al anemiei feriprive cu fier și acid folic în timpul sarcinii și în post-partum. A fost elaborat algoritmul de conduită a femeilor gravide ce

suferă de anemie feriprivă în ultimul trimestru al sarcinii, recomandat medicilor-obstetricieni și medicilor de familie în scopul profilaxiei hipogalactiei.

Teza dnei Silvia Agop (2013) *Particularitățile clinico-imunologice și optimizarea conduitei la gravide cu herpes genital* (conducător – prof. O. Cernețchi, consultant – C. Spînu) scoate în evidență particularitățile evoluției sarcinii, nașterii și rezultatele perinatale îndepărtate la gravidele cu HG. Convingătoare rămân metodele noi de diagnostic al HG la gravide – IgGp și IH congenitale – celule polinucleate Unna și eficacitatea tratamentului antiviral. A fost elaborat un algoritm de diagnostic al IH la gravide și al infecției herpetice congenitale, conduita terapeutică în sarcină și în travaliu.

Teza dnei Irina Castraveț (2013) *Aspectele evolutiv-clinice și optimizarea conduitei sarcinii și nașterii la gravidele cu hepatită B cronică* (conducător – prof. O. Cernețchi, consultant – prof. V. Pântea) constă în evaluarea particularităților evolutiv-clinice, elaborarea unui algoritm de diagnostic al hepatitei virale B la gravide cu AgHBs pozitiv, în scopul stabilirii grupelor de risc, optimizării conduitei sarcinii și nașterii, atât pentru sectorul primar, cât și pentru instituțiile medicale de nivelele II și III.

În teza dnei Ala Reajeva (2013) *Modalități de optimizare a tratamentului la pacientele cu boală inflamatorie pelvină acută* (conducător – prof. V. Friptu) au fost estimate criteriile de diagnostic și informativitatea acestora în BIP acută. S-a urmărit aprecierea clinică în grupurile studiate cu tratament tradițional și tratament în complex cu preparate antihomotoxice, în corelație cu dinamica indicatorilor stresului oxidativ și gradul de intoxicație endogenă. A fost optimizat un algoritm de diagnostic și tratament al BIP acute cu utilizarea terapiei antihomotoxice.

Teza dnei Ludmila Tăutu (2014) *Evoluția sarcinii și nașterii multiple survenite spontan sau asistat* (conducător – acad. Gh. Paladi) a constatat în determinarea incidenței sarcinilor multiple în R. Moldova (2005-2012), studierea particularităților anamnestic-co-clinice ale evoluției sarcinii și nașterii multiple în raport cu modul de concepere și corionicitate. Au fost elaborați și implimentați algoritmi de acțiune în conduita sarcinilor și nașterilor multiple.

În teza dnei Hristiana Caproș (2014) *Malformațiile embriofetale în structura pierderilor reproductive* (conducător – prof. V. Friptu, consultant – dr. med. Roland Jeny, Franța, a fost evaluată eficiența diagnosticului prenatal de malformații embriofetale (MEF) și impactul lor în structura pierderilor reproductive la gravide cu factori de risc clinici, anamnestici în baza markerilor serici materni, datelor ecografice și citogenetice. A fost relevată performanța protocolului ultrasonografic pentru evaluarea morfologică a fătului în I trimestru de detecție antenatală și estimarea riscului integrat în argumentarea aplicării diagnosticului invaziv.

În teza dnei Ludmila Tihon (2015) *Aspectele clinice și medico-sociale ale stărilor de urgență ginecologică în Republica Moldova* (conducător – prof. O. Cernețchi, consultant – prof. L. Spinei) au fost determinați factorii de risc care duc la dezvoltarea și progresarea urgențelor ginecologice, cu elaborarea recomandărilor practice la nivelul Ministerului Sănătății, la nivelul medicilor specialiști obstetricieni-ginecologi și al nivelului medicilor de familie, pentru optimizarea conduitei pacientelor cu patologie urgentă ginecologică.

## Concluzie

Actualmente, misiunea Universității de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu este definită de rolul-cheie pe care îl va deține în organizarea școlilor de doctorat, conform Hotărârii Guvernului nr. 1007 din 10.12.2014 [6].

Este și firesc, căci Universitatea este instituția abilitată să continue premisa absolut necesară – colaborarea dintre cele 2 sisteme: de învățământ și de sănătate – în scopul declarat al excelenței în educație, în cercetare și în majorarea calității vieții populației.

Realizarea acestor obiective este posibilă doar prin spiritul de echipă și prin conlucrarea dintre generații.

## Bibliografie

1. *Аннотированный указатель диссертаций сотрудников КГМИ (1946-1970 г.)*, под редакцией доц. к. м. н. Б. В. Голя. Кишинэу, 1973, 234 с.
2. Тестеміцану Н.А., Зорькин А.А., Попушой Е.П., Ецко К.П., Йокса В.А. *Кишиневский Государственный Медицинский Институт* (под редакцией акад. Лазарева А.М.). Кишинэу, 1984, 320 с.
3. *Codul cu privire la știință și inovare al Republicii Moldova*, nr. 259-XV din 15.07.2014. În: Monitorul Oficial, 2004, nr. 125-129.
4. Hotărârea Guvernului nr. 152 din 17.07.2014 *Codul educației al Republicii Moldova*. În: Monitorul Oficial, 2014, nr. 319-324.
5. Hotărârea Guvernului nr. 944 din 14.11.2014 *Strategia de cercetare-dezvoltare până în 2020*. În: Monitorul Oficial, 2014, nr. 345-351.
6. Hotărârea Guvernului nr. 1007 din 10.12.2014 *Regulamentul privind organizarea studiilor superioare de doctorat, ciclul III*. În: Monitorul Oficial, 2004, nr. 386-396.
7. Paladi Gh., Roșca P., Dondiu Iu. *Rolul Catedrelor de Obstetrică și Ginecologie ale USMF „Nicolae Testemițanu” în dezvoltarea științei obstetricale și ocrotirii sănătății mamei și copilului în Republica Moldova*. În: Buletinul de Perinatologie, 2010, nr. 4(48), p. 17-22.
8. Ețco L. *Revista tezelor de doctorat, susținute de cercetătorii Departamentului științific al IMSP Institutul Mamei și Copilului la specialitatea 321.15 (14.00.01) „Obstetrică și Ginecologie” (1994-2014)*. În: Buletinul de Perinatologie, 2015, nr. 2(66), p. 34-40.

Prezentat la 01.07.2015

**Ludmila Ețco**, tel.: 060 345 601

MECANISMELE IMUNOLOGICE  
ÎN RECURENȚELE RESPIRATORII  
ACUTE LA COPII

Ala DONOS,  
Departamentul Pediatrie, USMF Nicolae Testemițanu

### Summary

#### **Immune mechanisms in acute respiratory recurrences in children**

The purpose of this article is highlighting the pathogenic mechanisms in respiratory recurrences in children in the context of the morpho-functional peculiarities of this system in children, in acute viral infections - key factors in triggering acute respiratory relapses. As a result of frequent respiratory infections there are hypersensitivity, new allergic states, exacerbation of chronic disease and the formation of new ones at various sites. Respiratory recurrences manifestation requires differentiation from primary immunodeficiency in children. Defense system in children aged up to 5 years, unlike adults, is immature and is manifested by transient immunocompetence: quantitative and functional deficit of T-cell, cytokine synthesis deficit, immunoglobulin A, M, and G transient deficit, granulocyte, and mononuclear chemo taxis deficit. However, at those frequently ill, certain changes intercellular interaction of immune system maintain, increase the level of cytokines IL-2, IL-4 and IL-6, IL-8 accompanied by the decrease in cell cytotoxicity, immunoglobulin disorder, increase expressing cells receptors, with the interferon genesis depletion and maintaining a latent inflammation in the absence of clinical signs. The increased incidence of respiratory morbidity in children, in most cases, is generated by reducing the body's immune response capacity against the background of unfavorable antenatal and postnatal factors.

**Keywords:** recurrent respiratory infections (IRR) in children, risk factors, immune status changes mechanisms, T-, B-lymphocytes, cytokines, interferon genesis

### Резюме

#### **Иммунологические механизмы у часто болеющих детей**

Целью данной статьи стало определение значимости патогенетических механизмов у часто болеющих детей острыми респираторными заболеваниями, в контексте возрастных морфофункциональных особенностей защитной системы у детей при острых вирусных инфекциях – решающие факторы в провоцировании острых респираторных рецидивов. В результате частых респираторных инфекций формируется гиперчувствительность, новые аллергические состояния, обострения хронического заболевания и формирование новых с различными локализациями. Проявление респираторных рецидивов требует дифференцировки от первичного иммунодефицита у детей. Защитная система у ребенка до 5 лет, в отличие от взрослого, недоразвита и проявляется транзиторными изменениями: количественный и функциональный дефицит Т-клеток, дефицит синтеза цитокинов, транзиторный дефицит иммуноглобулинов А, М, и G, гранулоцитарный дефицит и мононуклеарный хемотаксис. Но у часто болеющих детей поддерживаются четкие нарушения межклеточного взаимоотношения иммунной системы, рост уровня цитокинов IL-2, IL-4 и IL-6, IL-8, сопровождающийся уменьшением клеточной цитотоксичности, дисглобулинемии, рост уровня клеток представляющих рецепторы, истощение резервов интерфероногенеза и поддержание латентного воспаления при отсутствии клинических симптомов. Повышенная респираторная заболеваемость у детей, чаще всего, основана на снижении способности иммунного ответа организма на фоне неблагоприятных анте- и постнатальных факторов.

**Ключевые слова:** рецидивирующие инфекции дыхательных путей у детей, факторы риска, механизмы изменений иммунного статуса, Т-, В-лимфоциты, цитокины, интерфероногенез

### Introducere

Afecțiunile respiratorii acute sunt cele mai răspândite forme de îmbolnăviri la copii și sunt unul dintre principalele motive de morbiditate și mortalitate în perioada copilăriei. Până la 2/3 din afecțiunile respiratorii sunt cele ale căilor respiratorii superioare, urechii, sinusurilor nazale.

La copii cu anamneză alergologică familială pozitivă, afecțiunile respiratorii acute sunt adesea însoțite de prezența sindromului obstructiv, acutizarea patologiilor alergologice, se perindă recurențele acute respiratorii cu diferite manifestări clinice. Toate la un loc au un impact negativ asupra sănătății copilului, contribuind direct la diminuarea activității funcționale a sistemului imun, îndeosebi implicând sistemul fagocitar, interferonogeneza etc.

Ca urmare a infecțiilor respiratorii frecvente se formează hipersensibilitatea, noi stări alergice. Complicațiile acestora sunt afecțiunile căilor respiratorii inferioare până la 1/3 din pacienți și/sau acutizarea afecțiunilor respiratorii cornice, cardiovasculară, renale, digestive, nervoase etc.

Scopul acestui articol este evidențierea mecanismelor patogene în recurențele respiratorii la copii, în contextul particularităților morfofuncționale de vârstă ale acestui sistem la copii, în infecțiile virale acute – factori

decisivi în declanșarea recurențelor respiratorii acute. Manifestarea recurențelor respiratorii necesită diferențiere de imunodificiența primară la copii. Sistemul de apărare la micuțul cu vârsta de până la 5 ani, spre deosebire de adult, este imatur și se manifestă prin imunocompetență tranzitorie: deficit cantitativ și funcțional al T-celulelor, deficitul sintezei de citokine, deficit tranzitoriu de imunoglobuline A, M și G, deficit granulocitar și al hemotaxisului mononuclear. Însă, la cei frecvent bolnavi se mențin schimbările certe de interacțiune intercelulară ale sistemului imun, crește conținutul citokinelor IL-2, IL-4, precum și IL-6, IL-8, însoțite de micșorarea citotoxicității celulare, disimunoglobulinemie, creșterea nivelului celulelor de expresie a receptorilor, cu epuizarea rezervelor de interferonogeneză și menținerea unei inflamații latente, în lipsa semnelor clinice.

### Rezultate și discuții

Incidența crescută a morbidității respiratorii la copii, în cele mai frecvente cazuri, este generată de diminuarea capacității de răspuns imun a organismului pe fundalul factorilor nefavorabili antenatali și postnatali. La cei din urmă se referă dezechilibrul, deficiența imună secundară, care apare la copilul cu o genetică în normă sub acțiunea factorilor din perioada de sarcină și naștere: prematuritatea, retardul în dezvoltarea intrauterină, hipoxia intrauterină, anemia și/sau gestozele materne, traumele natale, boala hemolitică și incompatibilitatea de rezus factor sau de grupă sangvină.

La factorii de risc importanți se mai atribuie: perioada de adaptare la frecventarea colectivităților, contactul larg din afara familiei și din familie, administrarea neargumentată, frecventă a antibioticilor și antipireticilor, defecte în îngrijirea copiilor, precum și condiții nefavorabile socioeconomice.

Rezultatele multor studii confirmă prezența populației de copii cu infecții respiratorii recurente (IRR) cu o largă marjă (de la 15% până la 75%), fără a avea tendințe de micșorare. Criteriile de folosire în determinarea acestu-i grup sunt obiectivele multor studii științifice, reflectate în *tabelul 1*.

Copiii cu afecțiuni acute respiratorii recurente, reieșind din experiența proprie și în conformitate cu datele din literatură [23, 47], sunt un grup de copii speciali, care necesită o atitudine de supraveghere și management aparte, pentru că diminuarea stării de sănătate este condiționată de multiple dereglări funcționale ale mai multor organe și sisteme, dar îndeosebi de dezechilibrul din sistemul de apărare antiinfecțios. Cele mai veridice semne de dereglare a sistemului imun la acești copii este expunerea crescută la factorul infecțios, pe de o parte, și capacitățile scăzute de răspuns al indicilor statutului imun, pe de

altă parte. În contextul acestui dezechilibru este certă necesitatea intervenirii terapeutice în acest sens.

**Tabelul 1**

*Criteriile de atribuire a recurențelor respiratorii*

Criterii		Autorul	Anul
Vârsta	Frecvența IRR		
Până la 1 an 1-3 ani 4-5 ani Peste 5 ani	4 și mai multe ori/an 6 și mai multe ori/an 5 și mai multe ori/an 4 și mai multe ori/an	Albițki Iu.V. Baranov A. A.	1986
Pentru toate vârstele	de la 6 până la 12-15 ori/an	Markova T. P. Ciuvirov D. G.	2004 2001
Pentru toate vârstele	lunar	Uciaikin V. F. Kladova O. V.	2002
1-3 ani	8 și mai multe ori/an	Bartlett J. G. Tatocenko V. K. Iarțev M. N.	2001 2001 2006
Absența dereglărilor organice stabilite în sistemul de apărare al organismului		Korovina N. A. Zaplatnikov A. L. Berejnaia V. V.	2003 2005

Sunt diferite opinii vizavi de atribuirea sănătății copilului a calificativului de recurență respiratorie. Pentru obiectivizarea acestei caracteristici se calculează indicele infecțios în acest grup de copii, care se determină prin suma tuturor cazurilor de infecții respiratorii acute pe parcursul unui an raportată la vârsta copilului. La copiii cu afecțiuni respiratorii recurente, indicele infecțios este de la 1,1 până la 3,5, pe când la cei bolnavi episodic acest indice alternează de la 0,2 până la 0,3. Dacă supravegherea copilului este de o durată până la 1 an, atunci se calculează indicele de rezistență – reprezintă raportul dintre numărul afecțiunilor acute suportate pe perioada dată și numărul lunilor de supraveghere. Se consideră copil cu îmbolnăviri recurente dacă indicele de rezistență constituie 0,33 și mai mult [10, 26, 28, 36, 38, 45, 46, 48].

Așadar, la acest grup de copii se vor referi cei care au morbiditate crescută viral-bacteriană respiratorie, fără apartenență respiratorie stabilă a stării de sănătate de ordin genetic și ereditar, dar este generată de stări tranzitorii, de dereglări funcționale ale mecanismelor de apărare ale organismului. Aceștia sunt copii cu morbiditate acută respiratorie crescută pe motive epidemiologice, copii cu stări tranzitorii de imunodeficiență motivată atât de particularitățile anatomice, fiziologice de vârstă, cât și de rețineri în maturizarea anumitor compartimente ale sistemului de apărare al organismului, pacienți cu afecțiuni cronice virale oportuniste: infecții virale herpetice, cu micoplasmă, chlamidii și alte infecții condiționat patogene, copii cu disbioze intestinale de etiologii diferite. La moment, pe plan internațional, recurența acută respiratorie este considerată de la

6 episoade pe an și mai multe, pentru că, la copilul cu vârsta până la 5 ani, incidența până la 6 episoade anual e considerată o normă (figura 1).

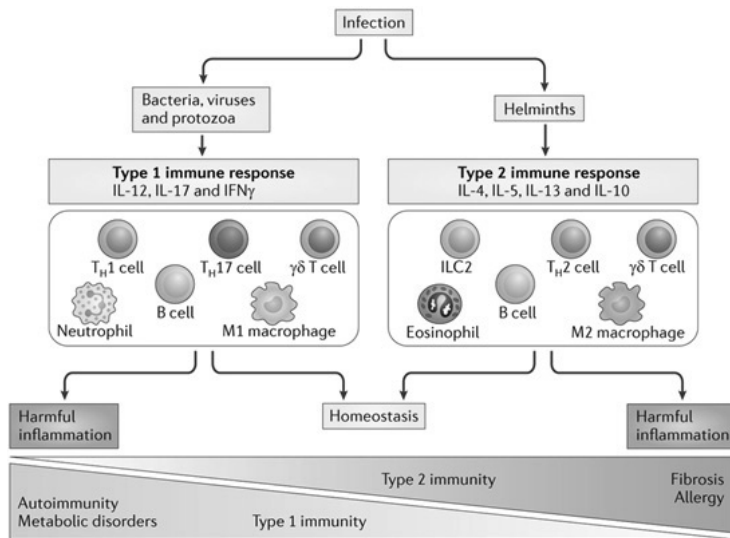


Figura 1. Schema generală a particularităților răspunsului imun la copii [13]

Totodată, sistemul de apărare morfologic și funcțional, după particularitățile sale de vârstă, în primul an de viață formează un răspuns antiinfecțios de tip Th2 și numai la finele acestui an, pe parcursul anului doi de viață răspunsul imun antiinfecțios trece de la tipul Th2 dominant de răspuns spre tipul de răspuns Th1 tipic antiinfecțios la maturi. Această particularitate a sistemului imun la copii explică sensibilitatea crescută a organismului la vârste mici față de infecții și un răspuns imun imatur, nediferențiat (comparativ cu al maturului) al sistemului de apărare față de infecții în general (figurile 1, 2).

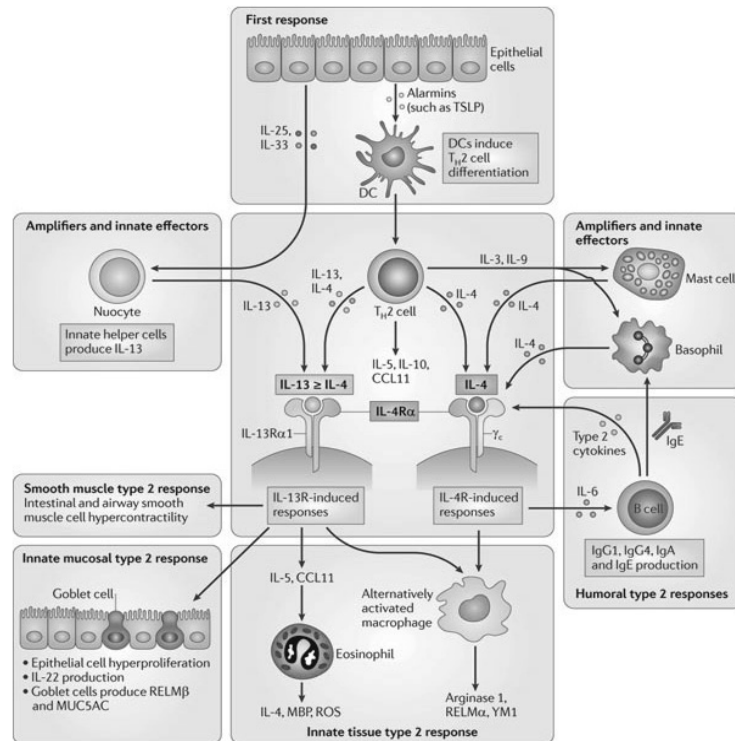


Figura 2. Particularitățile citotoxice ale răspunsului imun la copii [13]

Receptivitatea copilului față de agenții infecțioși respiratori este înaltă și mai este însoțită de lipsa memoriei imune la experiențele lărgite de contact cu patogene. Totodată, este neadecvată restabilirea capacităților funcționale ale sistemului imun după infecțiile precedente repetate de afecțiune respiratorie acută [13, 20, 24, 26, 29, 32, 34].

Datele din literatură sunt contradictorii referitor la schimbările din sistemul imun în cadrul recurențelor respiratorii la copii. Adesea, dereglările imunologice în acest caz sunt calificate ca imunodeficiențe primare. La stările de imunodeficiență primară referim un complex de simptome apărute în urma unor leziuni sub acțiunea factorilor de mediu externi și/sau interni, ce deteriorează funcțiile sistemului imun, care provoacă diferite manifestări ale imunodeficienței: moartea celulelor imunocompetente, blocarea receptorilor lor, dereglarea metabolismului acestor celule, dezechilibrul subpopulațiilor de limfocite, citokine și al altor substanțe biologice active, care provoacă manifestarea imunodeficienței secundare de diferit grad, durată și diverse grade de implicare a diferitor compartimente ale sistemului imun de apărare [3, 4, 7, 9, 10, 26, 27].

Imunodeficiențele primare se manifestă atât la copii, cât și la adulți prin infecții ce recidivează frecvent și care în general răspund greu la tratament. Pentru copii, semnele sugestive clinice în suspectarea unei imunodeficiențe primare sunt prezența a cel puțin 2 și mai multe din cele 10 semne prezentate de Jeffrey Modell Foundation 2009 (aprobate de CDC, National Institute of Allergy and Infectious Diseases – NIAID, National Institute of Child Health and Human Development – NICHD, 2009):

1. Două sau mai multe otite într-un an.
2. Două sau mai multe sinuzite severe într-un an.
3. Antibioticoterapie orală cu durată de peste 2 luni și cu efect minim.
4. Două sau mai multe pneumonii într-un an.
5. Creștere insuficientă.
6. Infecții cutanate profunde sau abcese de organ, recurente.
7. Afte bucale sau infecții fungice cutanate persistente.

8. Necesitatea tratamentului cu antibiotic intravenos, pentru a vindeca infecțiile.
9. Două sau mai multe infecții profunde, inclusiv septicemii.
10. Istoric familial pozitiv pentru imunodeficiențe primare.

Din cele relatate mai sus, copilul cu recurențe respiratorii se aseamănă mult cu imunodeficiențele primare, situație ce ne impune nevoia de a efectua un diagnostic în trepte pentru confirmarea sau infirmarea imunodeficienței primare:

I. Istoric. Examinare fizică, înălțime, greutate. Hemograma completă. Determinarea nivelului de imunoglobuline IgA, IgG, IgM.

II. Determinarea anticorpilor la vaccinare pentru tetanos, difterie, pneumococ (pre-/postvaccinare), doar la cei cu vârsta peste 3 ani.

III. Teste cutanate pentru Candida și Tetanos. Subpopulații limfocitare: CD3, CD4, CD8, CD19, CD16, CD56. Statutul proliferării limfocitelor la mitogene și antigene. Determinarea capacității oxidative a neutrofilelor (dacă este indicat).

IV. Teste screening pentru sistemul complement: CH50, C3, C4.

V. Determinări enzimatică (adenozindeaminaza, purinnucleozid fosforilaza).

VI. Studiul fagocitelor (glucoproteinelor de suprafață, mobilitate, fagocitoză).

VII. Studiul citotoxicității celulelor NK.

VIII. Cercetarea căii alternative a sistemului complement – AH50. Producția de anticorpi la un neoantigen.

IX. Studiul altor molecule de suprafață sau citoplasmice.

X. Cercetarea receptorilor pentru citokine.

XI. Studii genetice familiale.

Spre deosebire de maturi, la copii o însemnătate covârșitoare o are și imaturitatea de vârstă a sistemului de apărare, care se poate manifesta sub diferite forme de imunocompetență tranzitorie (care, de fapt, stă la baza diminuării stării de sănătate la copilul sub 5 ani) [13]:

I. Deficit al T-limfocitelor cantitativ și funcțional;

II. Deficit de sinteză a citokinelor;

III. Deficit tranzitoriu al imunoglobulinelor claselor A, M și G;

IV. Deficitul granulocitelor și al hemotaxisului mononuclear-macrofagal și alte dereglări.

Insuficiența fiziologică a sistemului imun se aprofundează după suferința infecției respiratorii acute și frecvente, în special în recurențele respiratorii și/sau la prezența altor patogeni viral-bacterieni creează situații ce nu pot fi acoperite funcțional de mecanismele imune de apărare, astfel formând un cerc vicios [4, 12, 29, 32, 35, 40, 43, 46, 48].

Celulele epiteliale ale sistemului respirator reacționează ușor la infecția virală prin producerea de alfa și gama interferon (IFN), interleukine 1 și 6, factorul de necroză tumoral (FNT) alfa la nivel scăzut ca răspuns la acțiunea patogenă (figurile 1, 2). Acest fapt poate fi folosit ca explicație a tropismului pulmonar gripal și a altor virusuri respiratori. La diminuarea funcției de apărare a epitelului pulmonar, a mecanismelor de apărare și producere a citokinelor se activează sistemul monocitar-macrofagal și, respectiv, al macrofagilor alveolari.

O contribuție importantă în infecție o are inelul limfocitar Waldeyer la trecerea infecției prin lezarea celulelor epiteliale ale mucoasei nazofaringelui, crește considerabil numărul antigenilor virotico-bacterieni în țesutul limfoid, proliferarea pentru un răspuns imun adecvat, fapt ce contribuie la creșterea în volum a țesutului adenoid și a structurilor morfologice ale amigdalelor.

Studierea în ultimii ani a rolului citokinelor, în special a grupului de interferoni, în patogenia infecțiilor respiratorii acute este esențială pentru explicația motivelor severității și complicațiilor acestor afecțiuni, precum și pentru stabilirea motivelor de formare a grupului de copii cu afecțiuni respiratorii recurente. Dezvoltarea procesului inflamator în infecția respiratorie acută se realizează în situația de sinteză deficitară a interferonilor și a altor citokine care sunt produse umorale ale celulelor imunocompetente (figura 3). Sistemul imun la copii se caracterizează și prin activitate proliferativă intensă a limfocitelor, cu prevalarea fracției nediferențiate, micșorarea activității citotoxice și interferon produse de celulele imunocompetente.

Este dovedit faptul că la 76,4–90,0% din pacienții cu comorbidități, cu afecțiuni respiratorii recurente cercetați este prezentă anamneza alergologică și/sau focare cronice de infecții, ca urmare are loc micșorarea activității tuturor indicilor statutului interferonic.

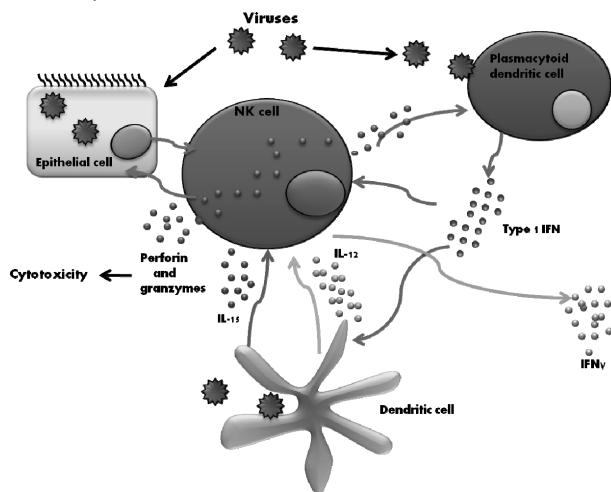


Figura 3. Răspunsul imun schematic în patogenia infecțiilor respiratorii virale acute la copii [24]

La copiii frecvent bolnavi cu afecțiuni acute recurente, în perioada clinic favorabilă (perioada în afara stărilor acute) se depistează schimbări certe de interacțiune intercelulară a sistemului imun, crește conținutul citokinelor proinflamatoare (interleukinele 2 și 4), dar și al citokinelor ce sunt parte a proceselor inflamatorii de cronicizare (interleukinele 6 și 8), însoțite de micșorarea citotoxicității celulare, disimunoglobulinemie, creșterea nivelului celular de expresie a receptorilor care induc apoptoza. Se atestă epuizarea rezervelor de interferonogeneză, în special a sintezei de interferoni cu o activitate antivirală înaltă, iar în recurențele respiratorii prezența virală e prioritară. Astfel, avem argumentarea de menținere a inflamației latente în organism chiar dacă lipsesc semne clinice de infecție respiratorie acută. Așadar, este argumentată patogenetic necesitatea de imunomodulare după caz.

La copii cu afecțiuni respiratorii recurente și de durată, procesele imune de răspuns sunt tensionate de capacitățile de rezervă insuficiente. Toate la un loc fac posibilă acțiunea antigenică masivă și de durată asupra organismului. Cercetarea conținutului celular al imunogramelor pe perioadele intermorbide arată că la circa 63% din copiii cu afecțiuni respiratorii recurente acute se apreciază micșorarea subpopulațiilor CD3, CD4, CD8, CD20 ale limfocitelor, comparativ cu norma de vârstă. La 40% din acești copii se atestă afectarea combinată în sistemele T- și B-limfocite ale sistemului imun. Se micșorează producerea de către leucocite a alfa-interferonului (40%), gama-interferonului (la 20%) și asocierea producerii acestor citokine se atestă la 16% din contingentul dat de copii. această stare a sistemului imun creează un risc major de evoluție a complicațiilor locale (inflamație bacteriană de diferit nivel a căilor respiratorii), precum și la nivel general (formarea patologiei imune în complex) [12, 13, 22, 24, 26, 43].

Totodată, deoarece acești copii au vârstă fragedă, iar biocenoza căilor respiratorii se află în proces de formare, afecțiunile respiratorii adesea au etiologie mixtă viral-bacteriană, motiv pentru care frecvent se prescriu preparate antibacteriene. O bună parte din ei suferă de afecțiuni cronice nazofaringiene. Dereglările profunde ale căilor respiratorii și nazofaringiene diminuează rezistența organismului față de agenții patogeni, susțin procesele inflamatorii de durată, contribuie la dereglarea integrității barierei epiteliale, cresc incidența și agresivitatea antigenică, formând o stare de intoxicație cronică.

## Concluzii

1. Cele relatate mai sus implică patogenia schimbărilor din sistemul imun de apărare al copiilor cu afecțiuni respiratorii recurente frecvente și de

durată în contextul particularităților de vârstă ale sistemului imun.

2. La această categorie de copii, în urma modificărilor citokinelor proinflamatoare (IL-2 și IL-4), precum și a celor de inflamație cronică (IL-6 și IL-8), a diminuării citotoxicității celulare, interferonogenezei, a disimunoglobulinemiei, sistemului fagocitar etc., este posibilă prezența infecției mixte acute și a infecțiilor persistente virale și bacteriene cu diferite localizări, formând un cerc vicios.

3. Copiii cu recurențe acute respiratorii necesită tratament și pe perioada intermorbida în diferite programe de recuperare, direcționate spre sanarea focarelor de infecții, ajustarea alimentației, a regimului zilei și tratamentul comorbidităților.

4. Schimbările din sistemul imun argumentează necesitatea includerii în programele de supraveghere, în perioadele intermorbide, a preparatelor de imunocorecție în funcție de problemă.

5. În scopul diminuării morbidității crescute la acești copii, este nevoie de imunoprofilaxie sezonieră obligatorie față de infecțiile virale acute, inclusă în calendarul național de vaccinare.

## Bibliografie

1. Boyton R.J., Openshaw P.J. *Pulmonary defenses to acute respiratory infection*. In: Br. Med. Bull., 2002; nr. 61, p. 1-112.
2. Chicha L., Jarrossay D., Manz M.G. *Clonal type I interferon-producing and dendritic cell precursors are contained in both human lymphoid and myeloid progenitor populations*. In: J. Exp. Med., 2004; nr. 200, p. 1519-1524.
3. Cîrîmpeanu L., Stratulat P., Ghinda S. *Imunodeficiențele primare la copii*. Chișinău, 2013, 86 p.
4. Donos A. *Pneumonia comunitară și afecțiunile respiratorii recurente la copii*. Chișinău, 2015, 288 p.
5. Donos A. *Pneumonia comunitară*. Chișinău, 2015, 108 p.
6. Drannik G.N. *Preparate imunotrope*. In: *Imunologia clinică și alergologia*, 2003, p. 320-391.
7. Dubalari V., Spînu C. *Efectul „asaltului citokinic” în pandemia gripei*. În: *Materialele Conferinței științifico-practice cu participare internațională “CMP Chișinău – trecut, prezent și viitor”*, Chișinău, 23 octombrie 2009, p. 194-195.
8. Eder V. *Caracteristica antigenică și genotipică a virurilor gripale identificate în perioadele prepandemică, pandemică și postpandemică în Republica Moldova*. În: *Scientific Medical Journal – Curierul Medical*, Chișinău, 2014, vol. 57, nr. 2, p. 50-59. Categoria B.
9. Epștein O.I., Ștarc M.B., Dîgai A.M. *Efectele biologice ale reglatorilor funcțiilor fiziologice. Gama-interferon*. În: *Farmacologia în doze extrem de mici de anticorpi – reglatori endogeni de funcție*. Moscova, 2005.
10. Eršov F.I. ș.a. *Reacții citotoxice precoce în infecțiile virale*. In: *Citokinele și inflamația*, 2004, nr. 1, p. 1-7.
11. Eršov F.I. *Imunomodulatorii*. În: *Preparate antivirale*. Moscova, 2006.
12. Fleisher T.A. *Back to basics: primary immune deficiencies: windows into the immune system*. In: *Pediatr Rev.*, 2006; nr. 27, p. 363.



13. Gause W.C., Wyn T.A., Allen J.E. *Type 2 immunity and wound healing: evolutionary refinement of adaptive immunity by helminths*. In: Nature Reviews Immunology, 2013, nr. 13, p. 607–614. Doi:10.1038/nri3476
14. Haitov R.M., Pineghin B.V. *Imunomodulatorii*. În: Cuches V.G. Farmacologia clinică, 2004, 620 p.
15. Hoffmann J., Rabezanaary H., Randriamarotia M., Ratsimbaoa A., Najjar J., et al. (2012). *Viral and Atypical Bacterial Etiology of Acute Respiratory Infections in Children under 5 Years Old Living in a Rural Tropical Area of Madagascar*. PLoS ONE 7(8): e43666. doi:10.1371/journal.pone.0043666
16. Jeleznikov G.F. *Imunitatea și infecția respiratorie virală la copii*. In: Pediatria, 2005, nr. 5, p. 85-93.
17. Jeleznikov G.F. *Mecanismele răspunsului imun în infecția respiratorie virală acută*. In: Voprosi virusologhii, 2007, nr. 4, p. 153-157.
18. Jonuleit H., Schmitt E. *The regulatory T cell family: distinct subsets and their interrelations*. In: J. Immunol., 2003; nr. 171, p. 6323–6327.
19. Kadowaki N. et al. *Natural type I interferon-producing cells as a link between innate and adaptive immunity*. In: Hum. Immunol., 2002, nr. 63, p. 1126-1132.
20. Kiseliou O.I. ș.a. *Rolul limfokinelor în răspunsul imun în infecția respirator-virală*. In: Microbiologia, 2002, nr. 3, p. 84-92.
21. Kurz H., Gopfrich H., Wabnegger L. et al. *Role of Chlamydomydia pneumoniae in children hospitalized for community-acquired pneumonia in Vienna, Austria*. Pediatr. Pulmonol., 2009; nr. 44, p. 873–876.
22. Lewis D.E., Harriman G.R., Blutt S.E. *Organization of the immune system*. Chapter 2 in book: Clinical immunology: Principles and Practice. Third edition. Written by Rich R.R. 2008, p. 17-38.
23. Makarova Z.C., Ciuvirov D.G. *Profilaxia infecțiilor respiratorii*. In: Revista Medicală Rusă, 2004, nr. 1
24. Manjarrez-Zavala M. E., Rosete-Olvera D. P., Gutiérrez-González L. H., Ocadiz-Delgado R. and Cabello-Gutiérrez C. *Pathogenesis of Viral Respiratory Infection in book: Respiratory Disease and Infection - A New Insight*. 2013. Doi: 10.5772/54287
25. Mircea Nanulescu. *Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie*. Editura medicală „Amaltea”, 2014.
26. Moraru E., Rugină A., Murgu A. *Boli imune la copii: bazele teoretice și practice*. Iași: Ars Longa, 2015.
27. Newberry R.D., Lorenz R.G. *Organizing a mucosal defense*. In: Immunol. Rev., 2005; nr. 206, p. 6–21.
28. Nicola Principi, Susanna Esposito. *Management of severe community-acquired pneumonia of children in developing and developed countries*. In: Thorax, 2011; nr. 66, p. 815–822. doi:10.1136/thx.2010.142604
29. Rich R.R. *The human immune response*. Chapter 1 in book: Clinical immunology: Principles and Practice. Third edition. Written by Rich R.R. 2008, p. 3-16.
30. Romanțov M.G. *Afecțiunile respiratorii la copii*. Moscova, 2007.
31. Rudic V. *Bior: studii biomedicale și clinice*. Chișinău, 2007, 376 p.
32. Samsîghina G.A. *Copiii frecvent bolnavi: probleme de patogeneză, diagnostic și terapie*. In: Pediatria, 2005, nr. 1.
33. *Summary of the first post-pandemic influenza season in the WHO European region: 2010-2011*. WHO, 2011.
34. Uciakin V.F. ș.a. *Bazele imunoprofilaxiei și imunoreabilității*. Moscova, 2003.
35. Volodin D.A. *Disbacterioza și procesul imunopatologic*. In: Microbiologia, 2005, nr. 2.
36. WHO. *Weekly epidemiological record*. No. 10, 2012, p. 81-96 <http://www.who.int/wer/2012/wer8710.pdf?ua=1>
37. Wolf D.G., Greenberg D., Shemer-Avni Y. et al. *Association of human metapneumovirus with radiologically diagnosed community-acquired alveolar pneumonia in young children*. In: J. Pediatr., 2010; nr. 156, p. 115–120.
38. Альбицкий Б.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А. *Часто болеющие дети*. Н. Новгород, 2003.
39. Баранова И.П. *Актуальные вопросы инфекционной патологии у детей*. В: Материалы конгресса педиатров-инфекционистов. Москва, 2003.
40. Геппе Н.А. и др. *Внебольничная пневмония у детей*. 2012, 68 с.
41. Донос А. А. и др. *Эпидемиологическая оценка младенческой смертности при внебольничной пневмонии у детей в возрасте до 5 лет в Республике Молдова*. В: Пульмонология детского возраста: проблемы и решения, под редакцией Мизерницкий Ю.Л., Царегородцев А.Д. Выпуск 11, М.: ИД «Медпрактика-М», 2011, 312 с.
42. Ершов Ф.И., Киселев О.И. *Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств)*. Москва, 2005.
43. Заплатников А.Л. *Клинико-патогенетическое обоснование иммунотерапии и иммунопрофилактики вирусных и бактериальных инфекций у детей*. Автореферат дисс. доктора мед. наук. Москва, 2003.
44. Зинченко А.И., Паруль Д.А. *Основы молекулярной биологии вирусов и антивирусной терапии*. Минск, 2005.
45. Зрячкин Н.И., Поляков К.А. *Часто болеющие дети (причины частой заболеваемости и оздоровление)*. Саратов, 2005.
46. К. И. Спыну, П. Г. Скоферца, И. К. Спыну. *Паковирин – новый отечественный медикаментозный продукт для профилактики гриппа и ОРВИ*. В: Международная научно-практическая конференция “Проблемы совершенствования межгосударственного взаимодействия в подготовке к пандемии гриппа”. Новосибирск, Россия, 9-10 октября, 2008, с. 60- 62.
47. Макарова З.С., Голубева Л.С. *Оздоровление и реабилитация часто болеющих детей*. Москва, 2004.
48. Мизерницкий Ю.Л. *Пульмонология детского возраста: достижения, задачи и перспективы*. В: Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2014, № 2, с. 4-12.

Prezentat la 2.11.2015

#### Ala Donos,

dr. în științe medicale, conf. univ.,

e-mail: aladonos@rambler.ru

tel. 069266225

## ROLUL MASS-MEDIEI ÎN PROMOVAREA PROCESULUI DE INTEGRARE EUROPEANĂ A REPUBLICII MOLDOVA

Angela TONJOC,  
Academia de Administrare Publică  
din Republica Moldova

### Summary

#### *Investigation and analysis of the media's role in promoting European integration of Moldova*

*This work includes analysis and argumentation importance of the media factor in creating and promoting European integration of Moldova*

*Media plays a crucial role in promoting European integration of Moldova, just that this is not capitalized; on the contrary, the media most often used as a tool to promote individual political personalities, without taking into consideration the interests of neither the citizens nor our country's future.*

**Keywords:** *European integration, process, media, promotion, Moldova, European Union*

### Резюме

#### *Исследование и анализ роли средств массовой информации (СМИ) в продвижении европейской интеграции Республики Молдова*

*Эта работа включает анализ и аргументации важности фактора СМИ в создании и продвижении европейской интеграции Республики Молдова.*

*Медиа играет решающую роль в продвижении европейской интеграции Республики Молдова, только это не капитализируется; наоборот, средства массовой информации наиболее часто используются в качестве инструмента для продвижения отдельных политических деятелей, не принимая во внимание ни интересы граждан, ни будущее нашего государства.*

**Ключевые слова:** *процесс европейской интеграции, средства массовой информации, продвижение, Республика Молдова, Европейский союз*

### Introducere

Pe parcursul ultimilor ani, problema aderării la Uniunea Europeană tinde să devină obiectul unui consens politic mai larg și în Republica Moldova. În virtutea importanței sale strategice, acest subiect este în atenția mai multor politicieni și analiști. *Integrarea europeană* a țării noastre este unul din obiectivele prioritare ale guvernării, în special din 2010 încoace. Sintagma este tot mai des folosită de liderii politici de la Chișinău, care o introduc în discursurile lor ori de câte ori au nevoie. În ultimii 2-3 ani au fost realizate mai multe progrese semnificative în domeniul integrării europene. Un șir de oficiali europeni au vizitat țara noastră, a fost parafat, la Vilnius, Acordul de Asociere RM – UE, a fost liberalizată circulația cetățenilor moldoveni în spațiul european. Desigur, în urma atâtor evenimente importante pentru țara noastră, presa a avut marea posibilitate de a relata concret, obiectiv și real acest fapt, ba chiar promovând intens acest proces.

Mass-media secolului al XXI-lea reprezintă un instrument puternic, prin care se pot reflecta echilibrat, dar și modifica, distruge, ameliora sau înrăutăți anumite realități dintr-un stat sau altul. În consecință, relevăm, în particular, oportunitatea promovării parcursului european al Republicii Moldova în mass-media națională. Or problematica europeană, sub toate aspectele ei, este interpretată ca o temă actuală și predilectă a țării noastre. Subiectele referitoare la integrarea europeană ocupă primele poziții pe agendele autorităților, de aceea ar fi bine ca paginile ziarelor, buletinele informative să aibă în prim-plan subiecte ce țin de făgașul european al țării noastre. Integrarea Republicii Moldova în Uniunea Europeană apare, în context, ca un domeniu actual de preocupare științifică, mass-mediei revenindu-i un rol decisiv în acest sens.

Scopul studiului constă în investigarea și analiza rolului mass-mediei în promovarea integrării europene a Republicii Moldova.

### Materiale și metode

Perioada de timp studiată a fost determinată de evenimentele majore din țara noastră la capitolul integrare europeană, și anume perioada de guvernare a Alianței pentru Integrare Europeană 2, care a început la 14 ianuarie 2011, până la Guvernul Gaburici, februarie 2015. Alegerea respectivă este motivată de faptul că în această perioadă Republica Moldova a înregistrat progrese esențiale pe calea integrării europene, a fost văzută și apreciată de către oficialii europeni drept un exemplu de urmat și pentru ceilalți parteneri din cadrul Parteneriatului Estic. Guvernul Leancă a făcut progrese semnificative în parcursul nostru european. Pentru analiza cantitativă și calitativă a fost utilizată metoda analizei de conținut. Astfel, în această perioadă am analizat aproximativ 312 materiale jurnalistice din ediția de vineri a ziarelor *Timputul* și *Moldova Suverană*. Cotidienele au fost alese în urma criteriilor: audiența, forma de proprietate, unghi de abordare diferit.

Drept bază teoretico-științifică în redactarea cercetării au servit investigațiile consacrate integrării europene și întreg procesului, efec-

tuat de savanții din Franța, Marea Britanie, România, Rusia, Spania, SUA. Baza factologică a fost formată de materialele presei naționale cu arie de răspândire internă din perioada 2011-2015.

## Rezultate și discuții

Independența media are o importanță majoră în implementarea cu succes a Acordului de Asociere UE – Moldova și – mai mult decât atât – a strategiei de comunicare și informare a populației. Situația media în Moldova este încă un subiect al dezvoltării și îmbunătățirii profesionale, în special ceea ce se referă la eforturile din partea autorităților de a asigura condiții echitabile pieței de activitate media și un mediu favorabil pentru activitatea jurnaliștilor (transparență și acces la informație).

Prin articolele prezente în ziarul *Timpul* și *Moldova Suverană* realizăm faptul că există un interes din partea publicațiilor față de acest subiect, deoarece găsim articole de orice gen, iar procesul integrării europene este prezentat din punct de vedere politic, dar și economic, cultural, social, fapt care demonstrează populației cititoare aspectele integraționiste. Astfel, cetățenii sunt mai aproape de noțiunea de integrare europeană, sunt plasate miturile cele mai des întâlnite în societate cu privire la Uniunea Europeană, din considerentul că aceste aspecte discutate și demonstrate răspund necesităților pe care le au oamenii față de un popor, față de un grup sau comunitate, dar și față de așteptările pe care le au de la actorii politici. Interesul presei față de tematica integrării europene a apărut odată cu evenimentele proeuropene din Republica Moldova și odată cu aspirațiile cetățenilor de a se alătura marii familii europene, preluând, pe alocuri, din spiritul de viață pe care îl au europenii.

Dacă e să ne referim la spațiul pe care îl ocupă articolele cu privire la integrarea europeană a Republicii Moldova, atunci este de menționat faptul că ziarul *Timpul* își permite mai mult spațiu pentru a analiza evenimentele ce țin de tematica abordată. Astfel, noutățile ce apar în acest sens sunt plasate, de cele mai multe ori, în partea dreaptă de sus a paginii a 3-a, loc ușor de sesizat pentru cititori, totodată, un spațiu aparte este rezervat și pentru fotografiile care însoțesc articolul respectiv și care-l încarcă cu o doză mai mare de încredere în fața cititorilor. Ziarul *Moldova Suverană* alocă mai puțin spațiu pentru articolele ce țin de integrarea europeană, iar locul amplasării în ziar este, de cele mai multe ori, pagina 2 a ziarului, în partea de jos.

După cum vom demonstra în cele ce urmează, noțiunea de „integrare europeană” nu este utilizată permanent în materialele studiate, însă întâlnim alte subiecte cu același conținut sau conținut asemănător,

cum ar fi: „parcurs european”, „negocierea Acordului de Asociere”, „proeuropean”, „înfrățire cu Uniunea Europeană”, „Parteneriatul Estic”. Aceste sintagme sunt strâns legate de noțiunea de *integrare europeană*. De faptul cum este reflectat un eveniment într-un articol dat depind concluziile care vor fi făcute ulterior de către cititori. Aici ne referim la faptul că așa cum sunt descrise etapele sau procesele întreprinse pe calea integrării europene, așa percep cetățenii avantajele și dezavantajele aderării țării noastre la UE, precum și motivația politicianilor de a lupta în acest sens.

Trebuie să recunoaștem că ziarele respective au un tiraj de care trebuie ținut cont, mai ales că ajung în toate colțurile Republicii Moldova. Pentru a ne crea o imagine mai clară despre procesul de integrare europeană și factorii care îl influențează direct, am studiat atât articolele care folosesc direct sintagma *integrare europeană*, cât și articolele care ne vorbesc indirect despre factorii care ne ajută în acest sens. Aici ne referim la ajutorul României în susținerea țării noastre pe parcursul european, totodată, vorbim despre evenimentele politice majore din Republica Moldova care influențează direct imaginea țării în fața oficialilor europeni.

Un alt aspect foarte important este faptul că ziarul *Timpul* are rubrici special dedicate informațiilor directe sau indirecte despre Uniunea Europeană. Putem enumera un șir de denumiri de rubrici, care ne fac o imagine clară despre ceea ce urmează a fi abordat în spațiul respectiv. Exemplificăm următoarele: *RM – UE*, *Direcția Vest*, *Între Est și Vest*, *Pro-UE*. O atenție mai specială vom atrage rubricii *După Vilnius*, care a fost introdusă începând cu data de 13.12.2013, mai exact după parafarea Acordului de Asociere. Rubrica conține informații foarte relevante despre Acord și este pe înțelesul tuturor, ceea ce dovedește clar că este promovat procesul de integrare europeană. Această rubrică o putem găsi în orice ediție a ziarului *Timpul*, începând cu 13.12.2013 până la 08.08.2014, și ea cuprinde toate cele 465 de articole din Acord. Deducem că, timp de aproape 9 luni, redacția și-a permis să aloce o pagină din ziar (pag. 20) pentru a prezenta cititorilor Acordul de Asociere, adică de a fi pe înțelesul tuturor, fapt ce este demn de admirație.

În ziarul *Moldova Suverană* descoperim lucruri foarte utile și interesante pe parcursul cercetării. Astfel, dacă din 2011 până în 2013, cele mai multe expresii și informații despre Uniunea Europeană sunt vagi și preluate de undeva, apoi, începând cu luna aprilie 2013, redacția își modifică încet, dar sigur, politica editorială. Încep să apară un șir de editoriale realizate de jurnaliștii cotidianului care promovează parcursul european al țării noastre, ba chiar critică dur vectorul îndreptat spre Uniunea Vamală, care este

susținut intens de către liderii Partidului Socialiștilor din Republica Moldova. Unele articole pot totuși cădea sub incidența de a fi supuse legitimității – se pare că sunt scrise la comandă, intenționat pentru un anumit lider sau partid politic, astfel promovându-se imaginea unui partid și neținând cont de interesele primordiale ale cetățenilor.

Materialele jurnalistice consacrate tematicii integrării europene au fost executate în patru genuri jurnalistice: știrea, articolul, reportajul și interviul. În urma cercetărilor, am determinat că știrea reprezintă genul jurnalistic cel mai des folosit în mass-media analizată. Este de menționat aici că majoritatea știrilor plasate sunt preluate de la agenții de știri, deci articolul care se plasează pe locul doi, de cele mai multe ori, este redactat de către un jurnalist din cadrul redacției. Totodată, cantitativ vorbind, materialele informative sunt într-un număr mai mare decât cele analitice. Reportajele elaborate la fața locului nu sunt, de cele mai multe ori, executate atunci când are loc un eveniment important pentru țara noastră la capitolul integrare europeană.

### Concluzii

În urma cercetării efectuate, am ajuns la concluzia că mass-media are un rol primordial în promovarea procesului de integrare europeană a Republicii Moldova, doar că acest lucru nu este valorificat, ba din contra, mass-media de cele mai multe ori este folosită ca un instrument de promovare individuală a unor personalități politice, neluându-se în considerație interesele cetățenilor și nici viitorul țării noastre.

Deocamdată, mass-media de la noi se implică nesemnificativ în informarea asupra realităților din Uniunea Europeană și în formarea opiniei publice privind integrarea europeană ca principiu de funcționare internă a societății naționale și de construcție a sferei publice europene. Până la acest moment, în Republica Moldova nu putem descoperi un grup de profesioniști în mass-media ori specialiști în cunoașterea profundă a instituțiilor europene. Ne-am pomenit într-o situație curioasă: jurnaliștii nu îndeplinesc toate condițiile pentru a face o presă anume în slujba publicului, în schimb mass-media este printre puținele instituții din țară în care publicul are încredere.

### Bibliografie

1. *Acordul de Asociere RM – UE*, ratificat la 29 noiembrie 2013 la Vilnius (Lituania). În: Monitorul Oficial al R. Moldova nr. 185-199/442 din 18.07.2014, 147 p.
2. Bărbulescu I.G. *Uniunea Europeană. Aprofundare și extindere*. Cartea I. În: De la Comunitățile Europene la Uniunea Europeană. București: Editura Trei, 2001, 437 p.
3. Bognoux D. *La fonction des médias dans la démocratie*. În: Cahiers français, no. 338, mai-juin 2007, p. 3-7.
4. Burian A. *Geopolitica lumii contemporane*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2003, 456 p.
5. Coman M. *Introducere în sistemul mass-media*. București: Editura Polirom, 1999, 175 p.
6. Moraru V. *Identitate națională și comunicare*. Chișinău: Presa, 1997, 90 p.
7. Schulze H. *Stat și națiune în istoria europeană* (traducere coordonată de Hans Neumann). Iași: Polirom, 2003, 201 p.

Prezentat la 09.09.2015

**Angela Tojoc**

Tel.: 069 617 943

## DIN ÎNȚELEPCIUNEA TIMPURILOR

- „Adevărata compasiune începe doar atunci când te pui imagină în locul suferindului și simți într-adevăr suferința”  
(L. Tolstoi)
- „Câtă bunătate este în om, tot atâta viață este în el”  
(R. W. Emerson)
- „Medicul are trei instrumente de combatere a maladiei: cuvântul, plantele, cuțitul”  
(Avicenna)



CONGRESUL XXVI ALASS

În orașul Ancona, Italia, între 3 și 6 septembrie 2015 a avut loc al 26-lea Congres al Asociației Latine de Analiză a Sistemului de Sănătate (ALASS).

Această Asociație este o organizație obștească cu aspect științific, care a fost creată în 1989 de un grup de savanți din Franța, Brazilia, Italia și Elveția. Calitatea de membru al ALASS o au peste 30 de instituții și organizații neguvernamentale științifice din 19 țări.

ALASS organizează anual congrese consacrate diferitor probleme actuale ale ocrotirii sănătății. Tematica, de obicei, este diversă și reflectă experiența din domeniu a diferitor țări. Până în prezent, ALASS a organizat și a desfășurat congrese în mai multe state, cum ar fi: Franța (3 ori), Italia (2 ori), Brazilia (2 ori), Elveția (2 ori), Spania (2 ori), Portugalia, Mexic, Belgia, Canada și altele.

Din 2007, în componența ALASS intră și Republica Moldova, fiind prezentată ca membru colectiv de Asociația Economie, Management și Psihologie în Medicină (AEM-PM). Reprezentanți ai țării noastre participă la lucrările congreselor ALASS începând cu anul 2003. Mai mulți ani, Republica Moldova a fost prezentată de dl **Constantin Ețco**, dr. hab. în medicină, profesor universitar, președintele asociației; dna **Tamara Țurcan**, dr. în medicină; **Dumitru Șișcanu**, dr. în medicină; **Svetlana Șișcanu**; **Valeriu Oglindă**; **Ludmila Ețco**, dr. hab. în medicină, profesor cercetător; **Galina Buta**, dr. în medicină.

Anul acesta, Congresul a fost organizat de italieni (3–6 septembrie) și la el au participat 256 de persoane (membri ai ALASS). La cele 2 ședințe în plen și 48 de sesiuni au fost prezentate 193 de rapoarte și 63 de postere de reprezentanți din 17 țări, inclusiv 2 rapoarte din Republica Moldova (C. Ețco, G. Buta și I. Țurcan).

ALASS, de asemenea, organizează anual 2-3 ateliere de lucru, unde se pun în discuție, într-un cerc mai restrâns, probleme concrete de sănătate. Un asemenea atelier a fost organizat de Asociația Economie, Management și Psihologie în Medicină din RM la Chișinău, în 2012 cu genericul *Malpraxisul medical: actualități și perspective*, la lucrările căruia au participat peste 30 de savanți, conducători și medici, inclusiv 8 din Italia, România și Brazilia.

La al 26-lea Congres ALASS, majoritatea prezentărilor au fost consacrate tehnologiilor noi folosite în diferite activități din domeniul sănătății, o altă parte din rapoarte au redat experiența unor țări în pregătirea și instruirea continuă a cadrelor, celelalte au abordat unele probleme privind sănătatea publică și modul sănătos de viață etc.

Pentru a deveni membru al ALASS, vă puteți adresa la AEMPM, pentru a primi o consultație.

**Constantin Ețco**,  
profesor universitar, președinte al AEMPM

CUTEZANȚĂ ÎN PEDAGOGIE  
ȘI ÎN CERCETARE

Omagiu la 70 de ani



**„Cele mai importante lucruri în lume au fost realizate de oameni care au continuat să încerce chiar și când se părea că nu mai este nicio speranță” (Dale Carnegie)**

**Lilia Groza** s-a născut la 8 august 1945, în comuna Dominteni, r-l Drochia, într-o familie de muncitori. Copilăria și-a petrecut-o și a înșușit primele cunoștințe în comuna natală, fiind călăuzită mereu de sfaturile și îndemnulurile părinților.

Interesul său pentru studii s-a evidențiat la o vârstă fragedă, urmând apoi studiile în școala medie din or. Drochia, pe care a absolvit-o cu brio în anul 1961. A manifestat un interes deosebit pentru științele exacte încă din adolescență, când a luat decizia să se consacre medicinei.

Setea de cunoaștere, controlată de un spirit critic, delicatețea inimii împletită cu o bună educație, înțelegerea suferinței umane au condus-o pe absolventă spre alegerea nobilei profesii de medic. Astfel, în anul 1967, după absolvirea cu mențiune a Facultății de Medicină din Chișinău, a urmat doctorantura la Catedra *Igienă Generală*.

Sub conducerea savantului-igienist, profesorului universitar, doctorului habilitat în științe medicale, Om Emerit al Republicii Moldova, Iacob Reznic,

doctoranda Lilia Groza, în anul 1970, a susținut cu succes teza de doctor în medicină cu tema: **Носительство ДДТ среди населения Молдавии, не контактирующего с пестицидами, и некоторые стороны его неблагоприятного действия.**

Dar meritul științific al d-nei Lilia Groza nu s-a oprit aici, dumneai desfășurând asiduă activitatea de cercetător. Cercetările efectuate au demonstrat profunzimea cunoștințelor acumulate, spiritul enciclopedic și dorința de a realiza noi studii științifice. Lilia Groza este autor a circa 150 de lucrări și monografii științifice. De asemenea, este autor a cinci manuale, care au fost și sunt apreciate până în prezent de savanți, colegii de breaslă și de studenți.

Activitatea didactică a dnei Lilia Groza se exprimă în prelegeri expuse cu claritate, cu mare forță de convigere și seriozitate, reușind să însufle studenților dragostea pentru disciplina preferată. Din anul 1990 este conferențiar al Catedrei *Igienă Generală*. Își are stilul propriu al activității științifice și pedagogice, pus la punct cu o chibzuință demnă de înaltă admirație, aceasta aducându-i, pe parcursul întregii cariere profesionale, o autoritate binemeritată.

De-a lungul activității, doamna Lilia Groza face investigații, rezultatele cărora constituie baza științifică și metodologică a numeroaselor regulamente și norme igienice. Acestea din urmă vin să îmbunătățească starea de sănătate a populației și să educe modul sănătos de viață.

Întreaga muncă dedicată cercetărilor, dar și universului pedagogic poate fi caracterizată ca fructuoasă și utilă. Fiind un profesor iscusit și competent, educă și formează multe generații de medici, rezidenți, pentru care a fost o bună călăuză, oferindu-le prelegerile și sfaturile practice, bazate pe experiența bogată de pedagog și de cercetător științific.

Ajunsa la această treaptă a experienței profesionale, dna Lilia Groza consideră că la baza unui destin împlinit stau simțul responsabilității, onestitatea, receptivitatea, interesul, devotamentul, voința. Aceste principii și norme le aplică statornic în activitatea pe care o desfășoară zi de zi.

Dna Lilia Groza își are locul bine meritat în cadrul catedrei, precum și în inimile colegilor de serviciu – alături de unii dumneai activează practic întraga viață. Faptul că dna Lilia Groza își continuă activitatea cu același ritm și abilitate profesională, chiar și la cei 70 de ani, este pe măsură să provoace respectul, dar și invidia multora dintre colegii săi tineri. Vremea nu are influențe asupra acestei distinse Doamne, ea continuând să rămână la fel de energică, muncitoare, prietenoasă atât cu cei care o cunosc, cât și cu cei care o văd pentru întâia oară.

Aniversarea acestei date este un prilej de bucurie și de un bun augur pentru cea care a izbutit străbateră arcușului vieții cu toate obstacolele și bucuriile ei, precum și pentru cei care zi de zi îi sunt aproape: familie, prieteni, colegi, discipoli. Apreciind aportul Domniei Sale la dezvoltarea Igienii în Republica Moldova, colectivul Catedrei *Igienă Generală* o felicită călduros cu frumoasa aniversare, dorindu-i mulți ani, sănătate și noi succese.

Din numele Catedrei *Igienă Generală*, șeful catedrei, dr. hab. med., prof. univ. **Ion Bahnarel**



- „Pentru cel bolnav medicul trebuie să fie tată, pentru cel sănătos – prieten”  
(V. Danilevski)
- „Doctorului îi trebuie tot atâta știință ca să nu prescrie și nu o dată arta lui constă tocmai în neaplicarea unor remedii”  
(A. Gracian)
- „Medicul începător prescrie câte 20 de medicamente pentru fiecare boală; medicul experimentat – un medicament pentru 20 de boli”  
(W. Osler)
- „Policlinica: cursuri rapide de schimb de experiență între bolnavi”  
(Autor necunoscut)
- „Sănătatea este mai prețioasă decât aurul”  
(W. Shakespeare)
- „De sănătate depind nouă zecimi din fericirea noastră”  
(A. Schopenhauer)
- „Cel mai important lucru pentru sănătatea fizică este vigoarea spiritului. Declinul spiritului este echivalent cu moartea”  
(W. Godwin)
- „Sănătatea depinde cu mult mai mult de obiceiurile și de alimentația noastră decât de arta medicală”  
(J. Lubbock)
- „Una dintre condițiile însănătoșirii este dorința de a te însănătoși”  
(Seneca cel Tânăr)
- „Când veți privi înapoi, veți constata că momentele cele mai semnificative ale vieții sunt acelea în care i-ați ajutat pe alții”  
(H. Drummond)
- „Există mii de boli, dar numai o sănătate”  
(K. Ludwig Borne)
- „Nu mori pentru că ești bolnav, mori pentru că ești viu”  
(Montaigne)
- „Înțeleptul preferă să evite bolile, nu să caute remedii contra lor”  
(Th. Morus)
- „După cum există boala corpului, există și boala modului de viață”  
(Democrit)
- „Trebuie să-ți mai aducă Dumnezeu câte o boală din când în când sau o acută neplăcere fizică, pentru a prețui ca o fericire fără margini bucuria de a deveni sănătos”  
(G. Mihăescu)
- „Preinfarct: Dumnezeu mi-a arătat primul cartonaș galben”  
(V. Butulescu)
- „Scopul suprem al sacrificiilor rămâne Binele”  
(G. Bataille)
- „Cine așteaptă să fie rugat micșorează binefacerea”  
(P. Syrus)
- „Bunătatea este limbajul pe care surdul îl poate auzi și orbul îl poate vedea”  
(M. Twain)
- „Cinstea mea este viața mea; ambele cresc din aceeași rădăcină. Luați-mi cinstea și vieții mele îi va veni sfârșitul”  
(W. Shakespeare)
- „Ochiul incoruptibil al omului cinstit îi neliniștește întotdeauna pe escroci”  
(J.-J. Rousseau)

- „Cultura e o formă de viață, prin care o colectivitate umană își exprimă forța creatoare”  
(M. Preda)
- „Omenirea se întărește în monocultură. Ea se pregătește să producă o civilizație în masă, asemănătoare cu sfecla. Pe masa ei zilnică va fi doar acest fel de mâncare...”  
(Cl. Levi-Strauss)
- „Adevărata cunoaștere se obține cu inima. Noi cunoaștem doar ceea ce iubim”  
(L. Tolstoi)
- „Dacă tu nu-ți asumi responsabilitatea, o va face altcineva pentru tine. Așa devii sclav”  
(Osho)
- „Se crede că succesul vine la cei care se scoală dis-de-diminează. Nu: succesul vine la cei care se scoală bine dispuși”  
(M. Ashard)
- „Fericirea este bună pentru corp, dar numai suferința dezvoltă capacitățile spiritului”  
(M. Proust)
- „Sufletul omului este un laborator de făcut minuni!”  
(M. Preda)
- „Un suflet drept și pur poate traversa toate mlaștinile fără a se murdări; va avea de sute de ori în fața ochilor cupa delicioasă a viciului fără a gusta din ea”  
(I. Hasdeu)
- „Nu este o lovitură mai mare dată onoarei ca triumful mediocrității în societate”  
(E. Bogat)
- „Nu începeți să faceți politică, dacă pielea vă este puțin mai subțire decât la rinocer”  
(F. Roosevelt)
- „Partidul este nebunia multora pentru profitul câtorva”  
(J. Swift)
- „Câteva 90% de politicieni strică reputația tuturor celorlalți”  
(H. Kissinger)
- „Psihanaliza este o spovedanie fără iertarea păcatelor”  
(G. K. Chesterton)
- „Omul trebuie să aibă puterea să fie el însuși”  
(E. Canetti)
- „Speranțele sunt cercurile care nu-i permit inimii să plesnească”  
(Th. Fuller)
- „Țara care nu-și dezvoltă știința se transformă inevitabil într-o colonie”  
(Fr. Joliot-Curie)
- „40 de ani sunt bătrânețea tinereții, 50 de ani – tinerețea bătrâneții”  
(V. Hugo)
- „Copacul bătrân arde mai bine, calul bătrân e mai puțin periculos de călărit, cărțile vechi se citesc cu mai multă plăcere, vinul vechi e mai bun la gust, prietenilor vechi poți să te încrezi mai sigur”  
(L. Wright)
- „Toți se îngrijesc nu de faptul dacă trăiesc corect, ci dacă vor trăi mult; dar a trăi corect este la îndemâna tuturor, în timp ce a trăi mult – a nimănui”  
(Seneca cel Tânăr)
- „Dacă doriți ca viața să vă surâdă, dăru-iți-i mai întâi buna voastră dispoziție”  
(B. Spinoza)

