

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

4(49)/2013

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

Dumitru Tintiuc – redactor-șef adjunct

Mihai Magdei,

Mihai Ciocanu, Mihai Moroșanu

Secretar Secretary

Ludmila Goma

Consiliul de redacție

Ion Ababii
Constantin Andriuța
Grigore Belostecinic
Mircea Buga
Eugen Diug
Emil Anton (Iași)
Ludmila Ețco
Grigore Friptuleac
Stela Gheorghiuță
Ștefan Gheorghiuță
Victor Ghicavâi
Gheorghe Ghidirim
Eva Gudumac

Vladimir Hotineanu
Constantin Iavorschi
Vladimir Kucerenko (Moscova)
Iuri Lisițân (Moscova)
Oleg Lozan
Ion Mereuță
Ion Moldovanu
Benoit Nautre (Franța)
Nicolai Opopol
Gheorghe Paladii
Valeriu Pantea
Iurie Pânzaru
Mihai Popovici

Editorial council

Viorel Prisacari
Yousif Rahim (Italia)
Andrei Roșca
Valeriu Rudic
Victor Savin
Constantin Spânu
Ion Șalaru
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 – *Rodica Fărămă*
Coperta – *Iulian Grosu*

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

Adresa redacției:

Bd. Ștefan cel Mare 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15. Fax: 24-23-44
E-mail: economiemanagement@yahoo.com

CUPRINS

SĂNĂTATE PUBLICĂ

VITALIE MOSCALU, VITALIE MINCIUNĂ, CONSTANTIN EȚCO,
MIHAIL PALANCIUC, IURIE GUZGAN, TUDOR BRANIȘTE,
MIHAIL PLOPA, ZINAIDA COBĂLEANU
Estimarea indicatorilor de mortalitate din Republica Moldova
prin prisma statisticilor europene 4

CONSTANTIN EȚCO, IVAN PUIU, EMILIA CUCURUZAC
Educația incluzivă: factori determinanți,
experiențe internaționale..... 12

ANGELA BARONCEA
Formarea prospectivă continuă a asistenților medicali 17

ANGELA BARONCEA
Rezultatele experimentării modelului pedagogic în educația
pentru sănătate promovată de asistenții medicali 21

MANAGEMENT ÎN SĂNĂTATE

OLEG GALBUR
Resursele umane ale Serviciului de supraveghere
de stat a sănătății publice din Republica Moldova 26

EVELINA LESNIC
Algoritmul de evaluare a riscului eșecului
tratamentului tuberculozei pulmonare 33

STUDII CLINICO-ȘTIINȚIFICE

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ
Экспертная оценка определения ограничения возмож-
ностей и трудоспособности при болезнях почек 37

OLGA MACAGONOVA, GRIGORE MUȘET,
ADRIAN COCIUG, VIOREL NACU
Schimbări clinico-morfologice
în pemfigusul vulgar (caz clinic) 44

EDUARD LUNGU, GHEORGHE BACIU
Caracterul morfolezional al traumelor cranio-cerebrale
produse cu obiecte contondente 48

OLGA BELIC
Variații structurale și topografice ale venei lienale..... 53

ADRIAN COCIUG
Concurența imagistică a RMN cu histologia
în diagnosticul leziunilor degenerative ale discurii
intervertebrala lombar 57

REVISTA LITERATURII

OLEG ȚURCANU, OLEG COBÎLEANSCHI
Incursiune în esența comportamentului suicidal
în schizofrenie..... 62

OLGA MACAGONOVA
Modelarea pemfigusului vulgar
pe animale experimentale 70

REZOLUȚIA CONGRESULUI SPECIALIȘTILOR DIN DOMENIUL
SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI MANAGEMENTULUI SANITAR
DIN REPUBLICA MOLDOVA 74

JUBILEE

Gheorghe Russu – ilustru organizator al ocrotirii sănătății 78
Ion Hăbășescu – ilustru igienist..... 80

IN MEMORIAM

Anatol Rotaru – savant notoriu, pedagog iscusit
și om de omenie 82

CUPRINS

PUBLIC HEALTH

VITALIE MOSCALU, VITALIE MINCIUNĂ, CONSTANTIN EȚCO,
MIHAIL PALANCIUC, IURIE GUZGAN, TUDOR BRANIȘTE,
MIHAIL PLOPA, ZINAIDA COBĂLEANU
Assessment of mortality indicators of the Republic
of Moldova in the context of european statistics..... 4

CONSTANTIN EȚCO, IVAN PUIU, EMILIA CUCURUZAC
Inclusive education: determinant factors,
international experiences..... 12

ANGELA BARONCEA
The prospective continuing formation
of the medical assistants 17

ANGELA BARONCEA
The experiment results of the pedagogical model
in the health education of the medical assistants..... 21

MANAGEMENT IN HEALTH

OLEG GALBUR
Human resources of the State Supervision Service
for Public Health from Republic of Moldova 26

EVELINA LESNIC
Algorhythm of antituberculosis treatment
failure risk evaluation..... 33

CLINICAL AND SCIENTIFIC STUDIES

И. ȚÎBÎRNĂ, V. ANDREEV
Expert Assesment of Determining The Limited
Potentialities and Working Capacities in Renal Diseases 37

OLGA MACAGONOVA, GRIGORE MUȘET,
ADRIAN COCIUG, VIOREL NACU
The clinico-morphological changes
in pemphigus vulgaris (the clinical case)..... 44

EDUARD LUNGU, GHEORGHE BACIU
Morfological-lezional aspect of cranio-cerebral
traumas due to blunt objects..... 48

OLGA BELIC
Structural and topographical aspects of the lienal vien 53

ADRIAN COCIUG
The congruence of the pathological changes by nuclear
magnetic investigation and histology in diagnosis
of the degenerative lumbar intervertebral disc lesions..... 57

REVIEW OF THE LITERATURE

OLEG ȚURCANU, OLEG COBÎLEANSCHI
Insight into the essence of suicidal behavior
in schizofrenia..... 62

OLGA MACAGONOVA
The experimental modeling of pemphigus vulgaris
in animals 70

CONGRESS RESOLUTION SPECIALISTS
IN PUBLIC HEALTH AND HEALTH MANAGEMENT
IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA..... 74

ANIVERSARIES

Gheorghe Russu – illustrious organizer of health care 78
Ion Hăbășescu – illustrious hygienist..... 80

IN MEMORIAM

Anatol Rotaru – leading scholar, skillful teacher
and good man 82

ESTIMAREA INDICATORILOR
DE MORTALITATE DIN REPUBLICA
MOLDOVA PRIN PRISMA
STATISTICILOR EUROPENE

Vitalie MOSCALU¹, Vitalie MINCIUNĂ¹,
Constantin EȚCO^{1,2}, Mihail PALANCIUC¹,
Iurie GUZGAN¹, Tudor BRANIȘTE²,
Mihail PLOPA¹, Zinaida COBĂLEANU¹

¹Spitalul Clinic Republican;

²Universitatea de Stat
de Medicină și Farmacie N. Testemițanu

Summary

Assessment of mortality indicators of the Republic of Moldova in the context of European statistics

The comparative analysis of mortality in the Republic of Moldova, the European Union and the Russian Federation, in order to identify the objective and subjective factors, which modulate the duration of life, was done. Official statistic data, which are part of annual reports of the Ministry of Health of the Republic of Moldova, EUROSTAT and ROSSTAT for 2005/2006-2010 were used.

It was found that in the Republic of Moldova the overall mortality rate for 100 000 inhabitants is 1.9 times higher than in the EU, and opposite, 1.2 times lower than in the Russian Federation. In comparison with the EU, in the Republic of Moldova it is registered a higher mortality provoked by respiratory pathology – 1.6 times, pathology of digestive system – 3.8 times, affections of cardiovascular system – 3.0 times, external causes – 2.7 times higher. Comparing with the Russian Federation, in the Republic of Moldova the standardized mortality rate has increased values in the case of deceases induced by affections of respiratory system – 1.2 times and those of digestive system – 1.9 times higher, and decreased values in the case of deceases provoked by cardiovascular pathology – 1.2 times, tumors – 1.3 times and external causes – 1.7 times lower.

Keywords: *causes of mortality, the standardized mortality rate.*

Резюме

Оценка показателей смертности в Республике Молдова через призму европейской статистики

В работе проведен сравнительный анализ показателей смертности в Республике Молдова, Европейском Союзе и Российской Федерации с целью выявления объективных и субъективных факторов, модулирующих продолжительность жизни. Для анализа были использованы официальные статистические данные, отраженные в ежегодных отчетах Министерства Здравоохранения Республики Молдова, ЕВРОСТАТА и РОССТАТА за 2005/2006–2010 года.

Было выявлено, что общая смертность на 100000 жителей в Республике Молдова в 1,9 раза выше, чем в Евросоюзе, но в 1,2 раза ниже, чем в Российской Федерации. Относительно Евросоюза, в Республике Молдова выше смертность заболеваний дыхательной системы – в 1,6 раза, внешних причин – в 2,7 раза, системы кровообращения – в 3,0 раза и заболеваний пищеварительной системы – в 3,8 раза. Относительно Российской Федерации, в Республике Молдова выше стандартизованный показатель смертности от заболеваний дыхательной системы – в 1,2 раза и пищеварительной системы – в 1,9 раз и ниже показатель смертности от заболеваний системы кровообращения – в 1,2 раза, опухолей – 1,3 раза, внешних причин – в 1,7 раза.

Ключевые слова: *причины смертности, стандартизованный показатель смертности.*

Introducere

În anul 2001, UE a aprobat *Strategia de Dezvoltare Durabilă*, axată pe soluționarea problemelor comunitare de bază: economice, sociale, ecologice, de guvernanță [1]. În 2006, *Strategia* a fost revăzută, concretizată, cu evidențierea a 10 indicatori de dezvoltare durabilă și a 11 indicatori-cheie pentru monitorizarea și aprecierea eficienței politicilor lansate [8]. Performanța pe segmentul sănătății publice, conform acestui document, se estimează prin aprecierea vectorului perturbărilor care vizează speranța de viață și anii de viață sănătoasă.

Între timp, au mai fost aprobate elementele conceptuale privind sănătatea publică comunitară (*Together for Health: A Strategic Approach for the EU, 2007*), precum și două programe (2002, 2007) ale UE în domeniul ocrotirii sănătății, care concretizează căile și mecanismele de atingere a obiectivelor asumate [6, 5, 9].

Printre obiectivele specifice schițate de comunitatea europeană în scopul creșterii speranței de viață menționăm diminuarea indicatorilor de mortalitate. Măsurile lansate de UE s-au soldat cu o descreștere cu 2% anual a mortalității generate de maladiile cronice în cazul persoanelor cu vîrsta sub 65 de ani și cu o diminuare similară a suicide-ilor printre adolescenți [7]. Pe durata anilor 2000-2009, s-a micșorat, de asemenea, cu 30% numărul deceselor în urma accidentelor rutiere și cu 10% mortalitatea indusă de cancer [4].

Scopul studiului actual a constat în evaluarea comparativă a indicatorilor de mortalitate, reflectați de Republica Moldova și UE în tendințele de accedere și integrare a țării noastre în spațiul european, de sincronizare a obiectivelor și politicilor de sănătate, de aliniere la standardele europene privind asistența medicală.

Pentru a estima și a interpreta mai corect acțiunea factorilor obiectivi și celor subiectivi ce modulează indicatorii de mortalitate, în analiză a fost inclusă și

Federația Rusă – țară din afara comunității europene, dar apropiată Republicii Moldova după esența politicilor de sănătate aplicate. De altfel, și Federația Rusă raportează tendințe constante de diminuare a mortalității generate de cauzele principale de deces, cu excepția celei induse de tumori [10].

Metodologia aplicată

A fost efectuată o evaluare comparativă a mortalității în Republica Moldova, UE și Federația Rusă, utilizând datele statistice publice, reflectate în *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Republica Moldova*, anul 2011, întocmit de Centrul Național de Management în Sănătate, plasat pe site-ul Ministerului Sănătății [2], indicatorii statistici preluați de EUROSTAT la capitolul Sănătate [3] și ROSSTAT la compartimentul Demografie [9,10].

Au fost estimate structura mortalității, dinamica indicatorilor de mortalitate generală și conform cauzelor principale de deces, analiza pe sexe. Indicatorii reflectați de Republica Moldova au fost raportați la mediana europeană, la indicatorii de mortalitate prezentați în baza de date de referință de către membrii UE (anul 2009), precum și la datele statistice de referință elucidate de Federația Rusă.

Diferența dintre indicatorii de mortalitate a fost estimată, de asemenea, prin aprecierea valorilor medii ale numărului standardizat de decese pentru durata evaluată: 5 ani în cazul UE (anii 2006-2010) și 6 ani în cazul Federației Ruse (anii 2005, 2007-2010)

Date statistice și discuții

Mortalitatea generală la 100000 de locuitori în Republica Moldova (*figura 1*) depășește de 1,9 ori nivelul mediu european, dar este de 1,2 ori mai joasă decât în Federația Rusă [2, 10, 11]. Doar că în UE și Federația Rusă se înregistrează o tendință constantă de diminuare a acestui indicator, cu 10-11% pe durata anilor 2005/2006-2010, pe când Republica Moldova reflectă doar unele fluctuații anuale ale parametrilor evaluați [3]. Ca urmare, diferența de 400 de decese la 100000 de locuitori, reflectată de Republica Moldova în raport cu indicatorii avansați de mortalitate în Federația Rusă, existentă acum câțiva ani, s-a diminuat de 2 ori către anul 2010. În același timp, menționăm, că valorile indicatorului standardizat de mortalitate raportat de Federația Rusă în ultimul an evaluat depășea media comunitară de 2,9 ori.

Indicatori apropiați după valoare celor redați de Republica Moldova, dar semnificativ mai inferiori, se atestă și în alte țări din Europa de Est: fostele republici unionale, România, Bulgaria, Republica Cehă, Slovacia (*figura 2*). Cel mai redus nivel de mortalitate

standardizat la 100000 de locuitori s-a înregistrat în UE, în anul de referință, în Italia, Franța, Spania – de 2,3-2,4 ori mai mic decât în Republica Moldova și de 2,8-2,9 ori mai mic decât în Federația Rusă.

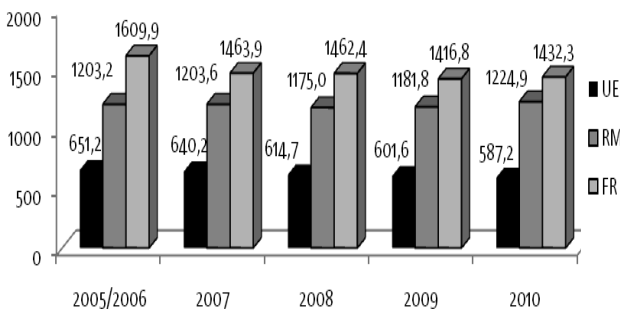


Figura 1. Mortalitatea generală a populației (la 100000 de locuitori)

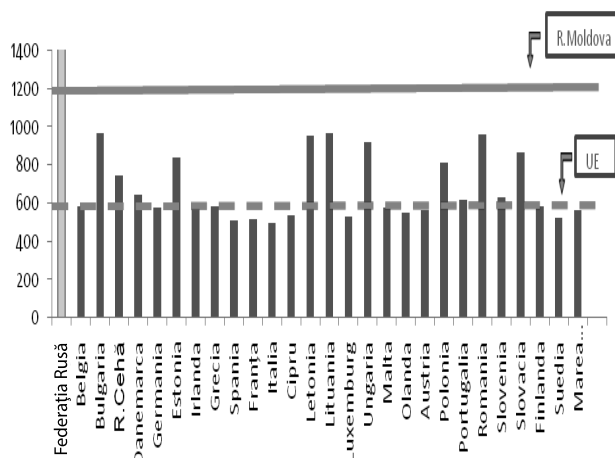


Figura 2. Mortalitatea generală (la 100000 de locuitori) separat în țările UE, Federația Rusă și Republica Moldova (2009)

Mortalitatea generală printre femeii în Republica Moldova și în Federația Rusă este de 1,2 și, respectiv, 1,3 ori mai inferioară celei stabilite la reprezentanții de sex opus (*figura 3*). În același timp, în UE numărul standardizat de decese anuale printre femeii este de 1,6 ori mai mic comparativ cu cel din lotul masculin.

În rezultatul acestor disproporționalități, mortalitatea generală în Republica Moldova este mai înaltă decât cea din UE: printre bărbați – de 1,7 ori, iar printre femeii – de 2,3 ori. Raportată la situația din Federația Rusă, mortalitatea este mai redusă în cadrul populației masculine – de 1,3 ori, iar în cea feminină – de 1,2 ori.

În UE, numărul standardizat de decese printre femeii și bărbați s-a diminuat cu 10-11% pe durata anilor 2006-2010. În Federația Rusă, tendințe pozitive mai evidente se înregistrează în rândul populației masculine, unde mortalitatea estimată la 100000 de locuitori, pe parcursul anilor 2005-2009, a descrescut cu 14%. În cazul Republicii Moldova, nici în cadrul evaluării în funcție de sex nu s-au depistat modificări

substanțiale ale parametrului apreciat pe segmentul de timp de referință.

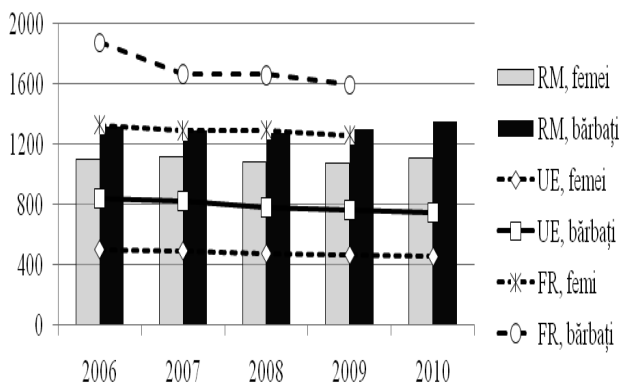


Figura 3. Mortalitatea generală, în funcție de sex

Persistă elemente comune, dar și diferențe evidente în structura mortalității generale, parametrii relativi ai cauzelor de deces reflectați de Republica Moldova asociindu-se mai mult cu cei ai Federației Ruse și doar fragmentar cu cei redați înregistrați în UE (figura 4).

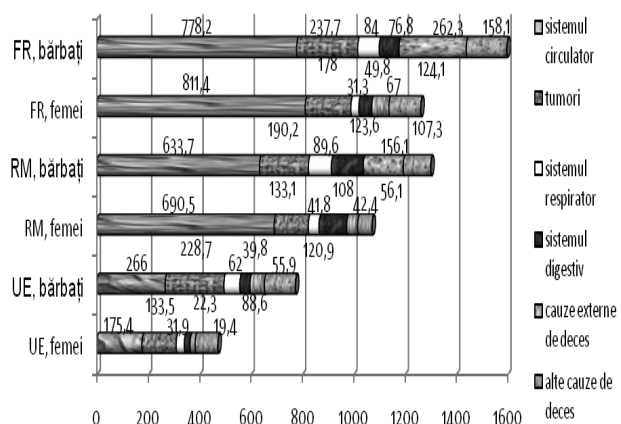


Figura 4. Mortalitatea generală, conform cauzelor de deces (2009)

Afecțiunile sistemului circulator și cancerul rămân a fi factorii modulatori determinanți în structura mortalității generale, doar că rata lor în UE și în Republica Moldova este diferită. Astfel, în UE mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului circulator constituie 36% din numărul total standardizat de decese (figura 5). Ponderea redată are o tendință generală de descreștere de la 38,0% în anul 2006 la 35,7% în anul 2010 [3], pe când în Republica Moldova și Federația Rusă rata respectivă este de 56-57% și se menține constantă pe durata ultimilor 5 ani [2, 10, 11].

De altfel, în UE timpul de diminuare a numărului de decese în urma afecțiunilor sistemului circulator devansează descreșterea mortalității generale, indicatorul reducându-se pe durata anilor 2006-2010 cu peste 15% [3].

În Republica Moldova, mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului circulator se menține la un nivel constant pe parcursul ultimilor ani și depășește

de 3,0 ori media europeană (figura 6). În Federația Rusă, mortalitatea generată de patologia sistemului circulator, estimată la 100000 de locuitori, este de 1,2 ori peste nivelul din Republica Moldova și, similar perturbărilor înregistrate în comunitatea europeană, este în descreștere (cu 11% în 6 ani).

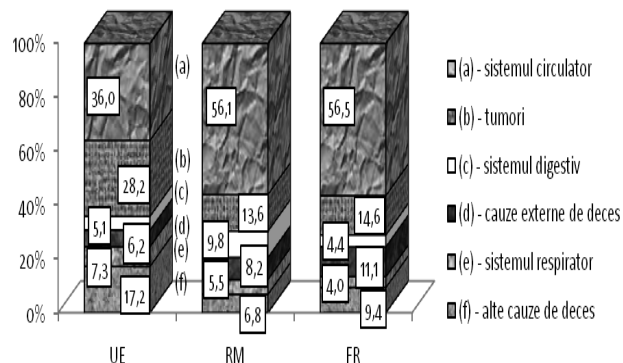


Figura 5. Structura mortalității generale în Republica Moldova și în UE (2009)

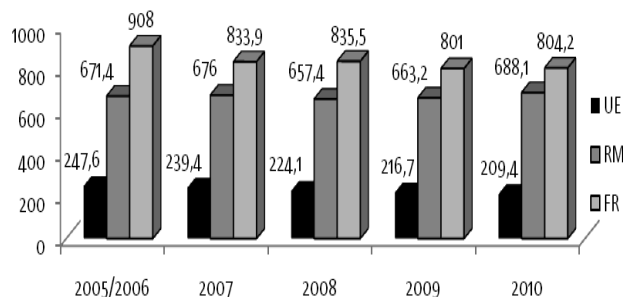


Figura 6. Mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului circulator (la 100000 de locuitori)

Cât privește mediile europene, și de această dată ele au crescut, conform indicatorilor reflectați de reprezentanții fostului lagăr socialist (figura 7). Cele mai puține decese la 100000 de locuitori, în urma afecțiunilor sistemului circulator, se înregistrează în Spania și Franța: de 4,6 și, respectiv, 5,5 ori sub nivelul reflectat de Republica Moldova sau 5,6 și 6,7 ori sub cel al Federației Ruse.

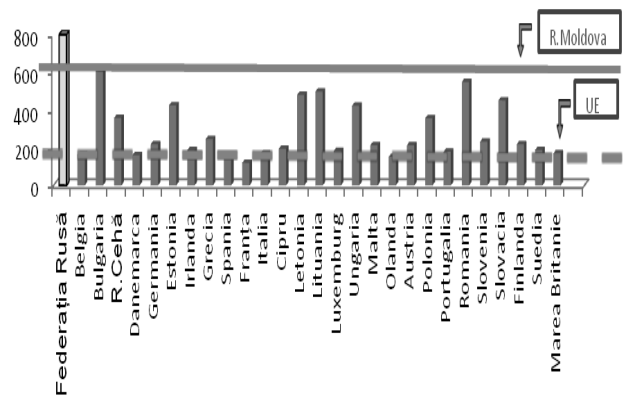


Figura 7. Mortalitatea în UE indusă de afecțiunile sistemului circulator (2009)

În UE, mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului circulator printre bărbați este de 1,5 ori mai

mare, comparativ cu cea stabilită printre femei. În același timp, în Republica Moldova și în Federația Rusă numărul standardizat al deceselor în urma acestor afecțiuni este mai mare printre femei, doar că diferența între loturi conform sexului nu este semnificativă (figura 8).

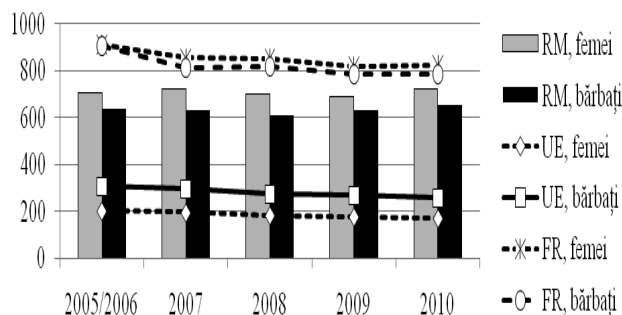


Figura 8. Mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului circulator în funcție de sex

Pe durata ultimilor ani, în Republica Moldova mortalitatea cauzată de afecțiunile sistemului circulator este superioară celei din UE de 2,3 ori printre bărbați și 3,8 ori printre femei. În raport cu Federația Rusă, diferențele în cadrul loturilor după sex sunt mai puțin semnificative, numărul standardizat de decese, în Republica Moldova, fiind cu 1,2 și 1,3 ori mai inferior printre femei și, respectiv, bărbați.

Eurostat-ul reflectă, de asemenea, o tendință europeană de descreștere, echivalentă printre bărbați și femei, a numărului deceselor în urma afecțiunilor sistemului circulator, în timp ce în Republica Moldova, în cadrul ambelor loturi, valorile indicatorului se mențin constante. Rosstat-ul reflectă o diminuare a mortalității generate de afecțiunile sistemului circulator, pe parcursul anilor evaluați, cu 15% în populația masculină și cu 10% în cea feminină.

Menționăm faptul că ponderea afecțiunilor sistemului circulator în structura mortalității populației este într-o dependență de sex mai pronunțată în cazul Republicii Moldova și Federației Ruse (figura 9).

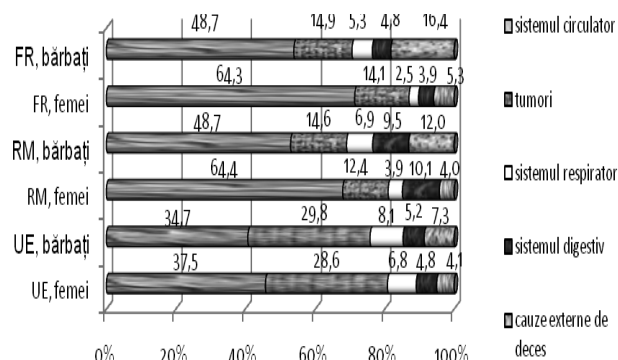


Figura 9. Ponderea cauzelor de deces în structura mortalității generale, în funcție de sex (2009)

Astfel, în UE ponderea deceselor în urma acestor patologii în lotul feminin este de 38%, iar în lotul

masculin aceasta este de 35%. În Republica Moldova și în Federația Rusă, rata deceselor generate de afecțiunile sistemului circulator în structura mortalității generale constituie 64% în populația feminină și 49% în cea masculină.

În UE, în ambele loturi de sexe, indicatorul s-a diminuat pe durata ultimilor 5 ani cu peste 2% [3]. În Federația Rusă, rata acestor cauze de deces în structura mortalității feminine s-a redus cu 4% pe această durată de timp [9, 10]. În cazul Republicii Moldova, ponderea acestor afecțiuni în structura mortalității generale se menține constantă în cadrul ambelor loturi [2].

Tumorile. În structura mortalității generale, pe poziția următoare se plasează decesele induse de tumori, printre care peste 97% sunt generate de tumorile maligne [2, 3, 9]. În UE, mortalității generate de tumori îi revin 28% decese la 100000 de locuitori, în Federația Rusă – 15%, în Republica Moldova – 14%. În R. Moldova și Federația Rusă rata mortalității generate de tumori are o tendință generală de creștere cu 1% pe parcursul ultimilor 5-6 ani.

În 2006, Republica Moldova raportează cu 29 decese induse de tumori (16%) mai puțin la 100000 de locuitori decât UE (figura 10). În raport cu Federația Rusă, diferența la acel moment era și mai substanțială – 47 decese (24%) anual. Între timp, numărul standardizat de decese s-a diminuat în UE cu 6%, în Federația Rusă a crescut cu 2%, iar în Republica Moldova a sporit cu 4%.

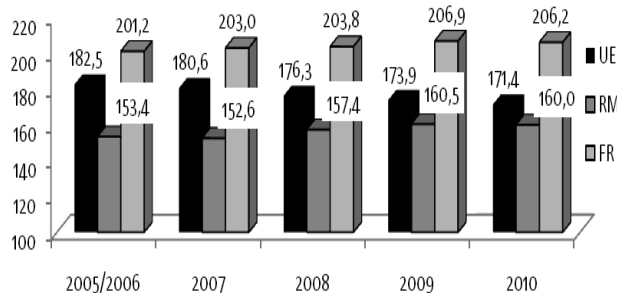


Figura 10. Mortalitatea în urma tumorilor (100000 de locuitori)

Astfel, către ultimul an evaluat, diferența parametrilor de mortalitate în raport cu UE a devenit nesemnificativă – 11 decese la 100000 de locuitori. În același timp, numărul standardizat de decese generate de tumori în Federația Rusă rămâne a fi de 1,3 ori mai înalt decât în Republica Moldova.

În UE, cele mai multe decese (la 100000 de locuitori) în urma acestor afecțiuni ale sănătății se înregistrează în Ungaria – de 1,4 ori peste mediana europeană (figura 11). Parametrii elucidați de această țară depășesc de 1,2 ori indicatorii de mortalitate reflectați de Federația Rusă.

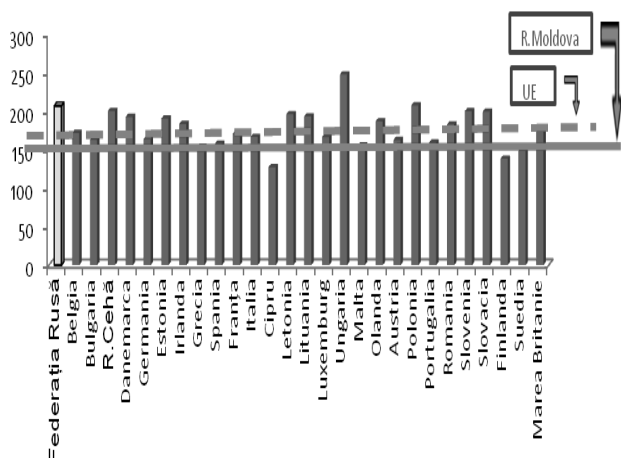


Figura 11. Mortalitatea în UE, indusă de cancer (2009)

Cele mai puține decese cauzate de tumori se înregistrează în Finlanda și Cipru – de 1,3-1,4 ori sub media europeană. Valorile indicatorului de referință în cazul Republicii Moldova, precum a fost menționat mai sus, pe parcursul ultimilor ani au sporit către mediana europeană.

Numărul standardizat de decese din cauza tumorilor printre bărbați depășește nivelul mortalității printre femei – de 1,7, 1,4 și 1,3 ori, respectiv, în UE, Republica Moldova și Federația Rusă (figura 12). Mortalitatea indusă de tumori printre femei în Republica Moldova este identică celei elucidate de UE și de 1,3 ori mai joasă decât cea raportată de Federația Rusă.

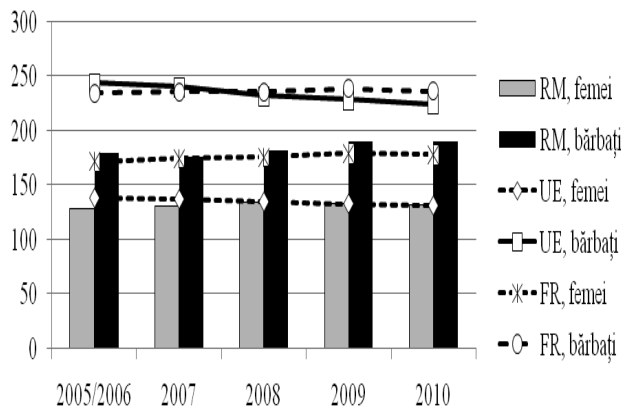


Figura 12. Mortalitatea indusă de cancer în funcție de sex

Numărul standardizat de decese cauzate de tumori printre bărbați în UE și Federația Rusă practic este identic și depășește de 1,3 ori nivelul înregistrat în cadrul populației masculine a Republicii Moldova.

În UE mortalitatea printre bărbați în urma tumorilor s-a diminuat pe durata a 5 ani cu 8%, iar printre femei – cu 5%. În același timp, în Republica Moldova se înregistrează o creștere a numărului standardizat de decese, mai evidentă printre bărbați – cu 5% în 5 ani. În Federația Rusă, mortalitatea

cauzată de tumori este într-o tendință de creștere ne semnificativă în cadrul populației feminine.

Afecțiunile sistemului respirator. Poziția III în structura mortalității în UE și V în Republica Moldova și Federația Rusă le revine deceselor cauzate de afecțiunile sistemului respirator. Ponderea acestora în UE este de 7%, în Republica Moldova – de 5-6%, iar în Federația Rusă – 4%.

Menționăm că la acest capitol Republica Moldova înregistrează cel mai mare număr de decese la 100000 de locuitori. Valorile indicatorului de referință în Moldova depășesc de 1,6 media europeană și de 1,2 ori parametrii din Federația Rusă (figura 13). Subliniem tendința generală de diminuare a numărului de decese induse de patologia sistemului respirator. Astfel, în Federația Rusă numărul acestora s-a diminuat cu 22% pe durata a 6 ani (2005-2010). În UE și în Republica Moldova, pe parcursul a 5 ani (2006-2010) indicatorul a descrescut, respectiv, cu 10% și 6%.

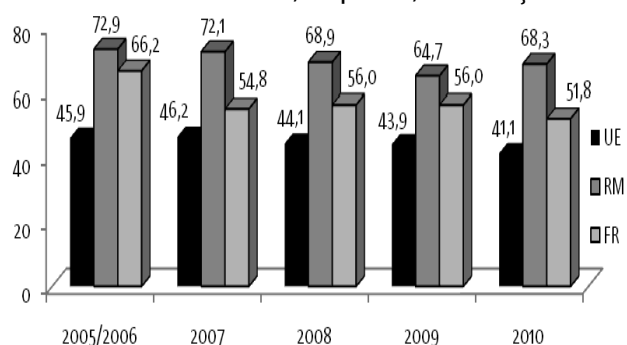


Figura 13. Mortalitatea în urma afecțiunilor aparatului respirator (la 100000 de locuitori)

Indicatori de mortalitate indusă de afecțiunile sistemului respirator, apropiați după valoare celor raportați de Republica Moldova, se înregistrează în Irlanda, Marea Britanie, Danemarca, Portugalia (figura 14). Cele mai puține decese în urma acestor patologii au raportat Letonia, Estonia, Finlanda – de 2,7 - 2,9 ori mai puține decât în Republica Moldova.

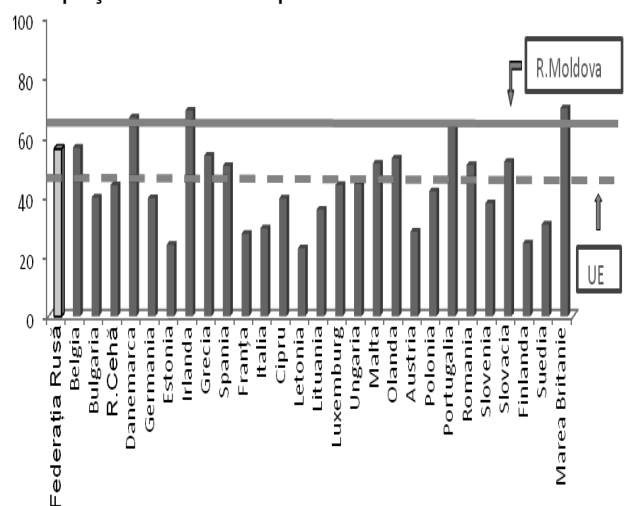


Figura 14. Mortalitatea în UE în urma afecțiunilor aparatului respirator (2009)

Mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului respirator printre bărbați în UE și în Republica Moldova depășește nivelul înregistrat la femei, respectiv de 2,0 și 2,1 ori (figura 15). În cazul Federației Ruse, numărul standardizat de decese în populația masculină este de 2,9 ori mai mare față de indicatorul de mortalitate stabilit la femei.

Numărul standardizat de decese cauzate de afecțiunile sistemului respirator printre bărbați, redat de Republica Moldova, este practic la nivelul celui din Federația Rusă și depășește de 1,5 ori nivelul înregistrat printre reprezentanții de același sex în UE. Mortalitatea printre femei în Moldova este de 1,4-1,5 ori mai superioară celei raportate de UE și Federația Rusă.

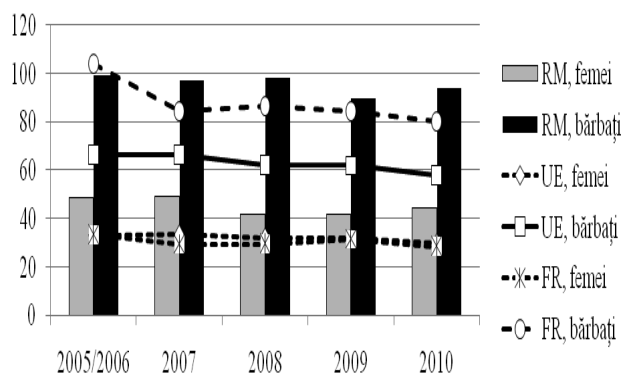


Figura 15. Mortalitatea indusă de afecțiunile aparatului respirator în funcție de sex

Cea mai semnificativă dinamică reflectă indicatorul de mortalitate în cadrul populației masculine a Federației Ruse, unde numărul de decese s-a diminuat în 6 ani cu peste 23%. În cadrul populației feminine din țara de referință numărul standardizat de decese cauzate de afecțiunile sistemului respirator a scăzut cu 15%.

În UE mortalitatea în urma acestor cauze, pe durata anilor 2006-2010, s-a micșorat printre bărbați cu 13%, iar printre femei – cu 10%. În Republica Moldova, indicatorii de mortalitate s-au modificat mai puțin pe segmentul de timp evaluat, descreșterea numărului standardizat de decese induse de afecțiunile sistemului respirator fiind de 9% în lotul feminin și de doar 5% în cel masculin.

Afecțiunile sistemului digestiv. Un număr impunător de decese în UE, Federația Rusă și, în special, în Republica Moldova este cauzat de maladiile sistemului digestiv. Mai mult ca atât, în cazul țării noastre, acestea se poziționează pe treapta a treia în lista celor mai frecvente cauze de deces, cu o pondere de 10% în structura mortalității generale și cu fluctuații ne semnificative ale indicatorului cantitativ pe durata de timp evaluată (figura 16). Numărul standardizat de decese induse de aceste patologii este de 3,8 ori mai înalt decât în UE și de 1,9 ori mai mare decât cel înregistrat în Federația Rusă.

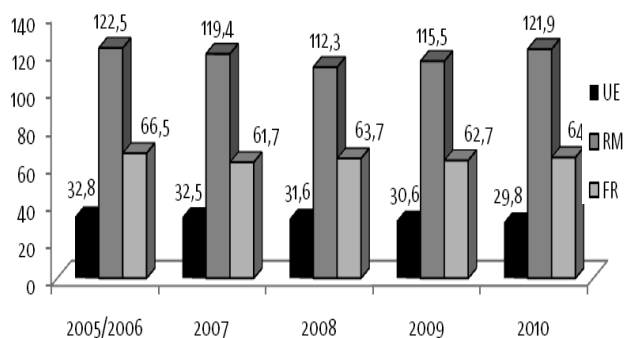


Figura 16. Mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului digestiv (la 100000 de locuitori)

În UE, decesele induse de afecțiunile sistemului digestiv se poziționează pe locul 5 în cadrul structurii mortalității generale. Ponderea acestora este de doar 5%, sau de 2 ori mai mică comparativ cu cea reflectată de Republica Moldova, iar numărul lor s-a diminuat cu 9% în perioada 2006-2010.

În Federația Rusă, aceste afecțiuni generează 4-5% din decese, se plasează pe locul 4 în structura mortalității generale, iar dinamica indicatorului reflectă doar o tendință generală ne semnificativă de descreștere.

Printre țările europene cu cele mai multe decese la 100000 de locuitori în urma afecțiunilor sistemului digestiv se numără România, Ungaria, Lituania, doar că și în comparație cu acestea Republica Moldova înregistrează indicatori de mortalitate de 1,8-2,1 ori mai superiori (figura 17). La nivelul țărilor evaluate se poziționează indicatorii de mortalitate reflectați de Federația Rusă.

Indicatori reduși de mortalitate cauzată de afecțiunile sistemului digestiv se înregistrează în Grecia și Cipru – de 8 ori mai mici decât în Republica Moldova.

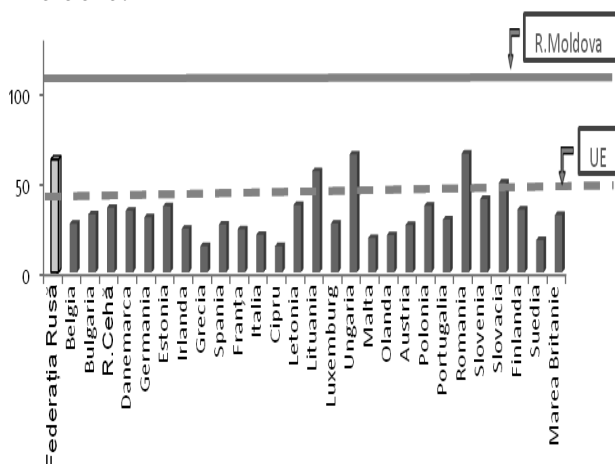


Figura 17. Mortalitatea în UE în urma afecțiunilor sistemului digestiv (2009)

În UE, mortalitatea indusă de afecțiunile sistemului digestiv în populația feminină este de 1,8 ori mai inferioară față de cea înregistrată în cadrul lotului masculin (figura 18). Caracteristic pentru

ambele sexe este diminuarea cu 10% a numărului standardizat de decese în urma maladiilor sistemului digestiv pe durata de timp 2006-2010.

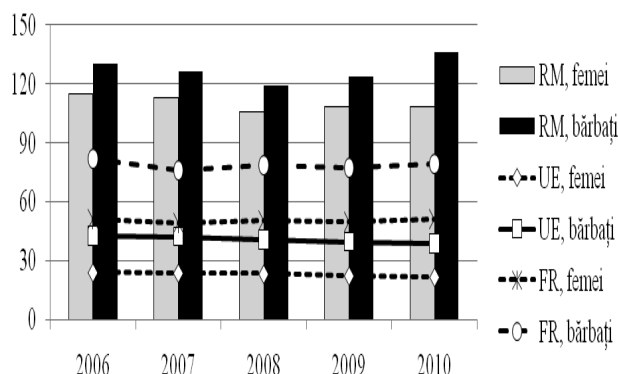


Figura 18. Mortalitatea în urma afecțiunilor sistemului digestiv în funcție de sex

Diferențe semnificative în funcție de sex reflectă și indicatorii de mortalitate din Federația Rusă, unde numărul standardizat de decese cauzate de afecțiunile sistemului digestiv printre bărbați este de 1,6 ori mai mare decât la femei. Spre deosebire de UE, mortalitatea indusă de patologia digestivă în această țară se menține la un nivel constant în ambele loturi.

În Republica Moldova, diferențele dintre sexe privind mortalitatea din cauza afecțiunilor sistemului digestiv sunt mai puțin evidente, numărul standardizat de decese printre bărbați fiind de 1,2 ori mai superior celui elucidat la femei. Devierile în timp ale indicatorului vizat, ținând cont de valorile absolute ale acestuia, sunt mai substanțiale în cadrul populației feminine, unde s-au diminuat cu 6% în 5 ani evaluați.

Numărul standardizat de decese în urma acestor cauze printre femei, reflectat de Republica Moldova, este mai superior mortalității înregistrate în UE și Federația Rusă de 5,0 și 2,1 ori, respectiv. Printre bărbați, mortalitatea cauzată de afecțiunile sistemului digestiv în Republica Moldova este de 3,5 ori mai înaltă decât cea înregistrată în UE și de 1,7 ori decât cea din Federația Rusă.

Cauzele externe de deces. Treapta a patra în cadrul structurii mortalității generale – în cazul Republicii Moldova cu 8% și al UE cu 6% – revine deceselor survenite din cauze externe (sintagmă utilizată în statisticile europene) sau induse de traume și otrăviri (sintagmă aplicată în evidența statistică națională) (figura 19). În Federația Rusă, acestor cauze le revine poziția III în structura mortalității, cu o pondere de 11% din numărul total de decese. Numărul standardizat de decese provocate de traume și otrăviri, înregistrate în Republica Moldova, este de 2,7 ori mai mare decât cel elucidat de UE, dar de 1,7 mai mic decât în Federația Rusă.

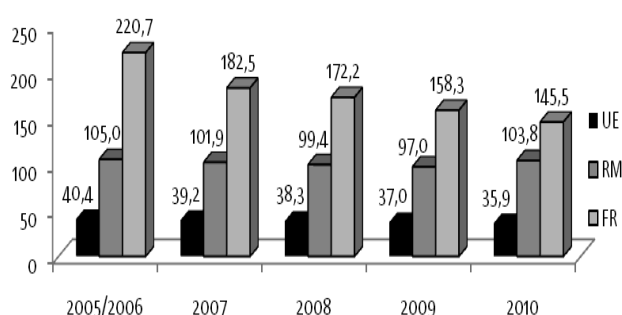


Figura 19. Mortalitatea în urma cauzelor externe de deces (la 100000 de locuitori)

În UE și în Federația Rusă se înregistrează o dinamică pozitivă a indicatorului de referință, numărul deceselor de cauze externe diminuându-se cu 11% pe parcursul a 5 ani în primul caz și cu 34% pe durata a 6 ani în cazul din urmă. În același timp, Republica Moldova raportează doar fluctuații anuale ne semnificative ale acestui indicator.

Printre țările UE, doar Lituania reflectă o situație mai precară privind decesele prin traume și otrăviri (figura 20). Indicatori apropiați după valoare celor redați de Republica Moldova raportează Estonia și Letonia. Cea mai mică mortalitate prin traume și otrăviri la 100000 de locuitori în UE se înregistrează în Italia, Olanda, Spania, unde numărul standardizat de decese este de 3,6-4,0 ori mai inferior celui înregistrat în Moldova.

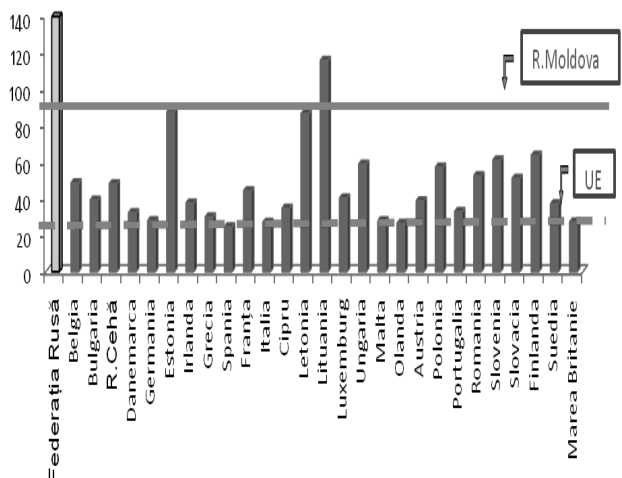


Figura 20. Mortalitatea în UE în urma cauzelor externe de deces (2009)

Acest segment al spectrului de decese reflectă cea mai semnificativă dependență de sexul celor decedați. În UE, mortalitatea în populația masculină în urma cauzelor externe de deces este de 2,9 ori mai înaltă decât în cea feminină (figura 21). În Republica Moldova, mortalitatea printre bărbați în urma acestor factori depășește de 3,6 ori, iar în Federația Rusă – de 4,0 ori nivelul mortalității printre femei.

În Republica Moldova, mortalitatea indusă de cauze externe, în raport cu UE, este mai superioară

de 2,8 ori la sexul masculin, iar la cel feminin – de 2,2 ori. În comparație cu Federația Rusă, în țara noastră numărul standardizat de decese este mai mic de 1,8 ori în populația masculină și de 1,7 ori în cea feminină.

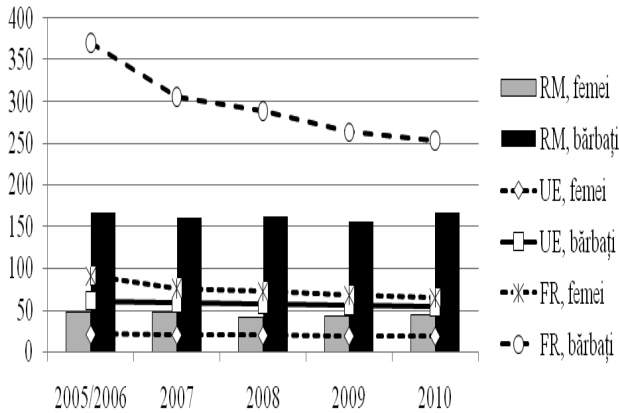


Figura 21. Mortalitatea în urma cauzelor externe de deces în funcție de sex

În UE, numărul de decese cauzate de traume și otrăviri, în ultimii 5 ani, s-a micșorat cu peste 11% în ambele sexe. În Federația Rusă, descreșterea mortalității în urma acestor cauze de deces a fost de 32% printre bărbați și de 29% printre femei în 6 ani. În același timp, în Republica Moldova se conturează o tendință de diminuare a valorilor indicatorului doar în cadrul populației feminine – cu 7% în 5 ani evaluați.

Concluzii

1. Mortalitatea generală la 100000 de locuitori înregistrată în Republica Moldova depășește de 1,9 ori media europeană, dar este de 1,2 ori mai mică decât nivelul atestat în Federația Rusă. În raport cu UE, în Republica Moldova se înregistrează mai multe decese la 100000 de locuitori cauzate de: afecțiunile sistemului respirator – de 1,6 ori; cauze externe – de 2,7 ori; afecțiunile sistemului circulator – de 3,0 ori; afecțiunile sistemului digestiv – de 3,8 ori. Doar numărul standardizat de decese induse de tumori în țara noastră este ceva mai mic decât indicatorul european, dar diferența s-a diminuat la doar 11 decese la 100000 de locuitori către anul 2010. În raport cu Federația Rusă, Republica Moldova reflectă mai puține decese în urma: cauzelor externe de deces – de 1,7 ori, tumorilor – de 1,3 ori, afecțiunile sistemului circulator – de 1,2 ori, precum și mai multe decese cauzate de afecțiunile sistemului respirator (de 1,2 ori) și afecțiunile sistemului digestiv (de 1,9 ori).

2. Structura mortalității generale în Republica Moldova și în UE este diferită, ratele cauzelor principale de deces fiind mai apropiate celor elucidate în Federația Rusă. În Moldova, principale cauze de deces sunt (2009): afecțiunile sistemului circulator

– 56,1%; tumorile – 13,6%; afecțiunile sistemului digestiv – 9,8%; cauzele externe – 8,2%; afecțiunile sistemului respirator – 5,5%. În Federația Rusă, cauzele principale de deces se ierarhizează astfel: afecțiunile sistemului circulator – 56,5%; tumorile – 14,6%; cauzele externe – 11,1%; afecțiunile sistemului digestiv – 4,4%; afecțiunile sistemului respirator – 4,0%. În UE acestea se distribuie după cum urmează: afecțiunile sistemului circulator – 36,0%; tumorile – 28,2%; afecțiunile sistemului respirator – 7,3%; cauzele externe – 6,2%; afecțiunile sistemului digestiv – 5,1%.

3. Persistă și diferențe în funcție de sex în structura mortalității. Numărul standardizat de decese este mai mare printre bărbați în UE, Federația Rusă și Republica Moldova, de 1,6, 1,3 și 1,2 ori respectiv. În Moldova, indicatori de mortalitate mai înalți printre bărbați se înregistrează în cazul cauzelor externe de deces – de 3,6 ori, afecțiunilor sistemului respirator – de 2,1 ori, tumorilor – de 1,4 ori, afecțiunilor sistemului digestiv – de 1,2 ori. În UE, mortalitatea printre bărbați depășește nivelul stabilit printre femei în cazul deceselor generate de: cauze externe de deces – de 2,9 ori, afecțiunile sistemului respirator – de 2,0 ori, afecțiunile sistemului digestiv – de 1,8 ori, tumori – de 1,7 ori, afecțiunile sistemului circulator – de 1,5 ori. În Federația Rusă, diferențele în funcție de sex se manifestă printr-un nivel mai sporit de mortalitate printre bărbați, indusă de cauzele externe de deces – de 4,0 ori, afecțiunile sistemului respirator – de 2,9 ori, afecțiunile sistemului digestiv – de 1,6 ori, tumori – de 1,3 ori. Spre deosebire de UE, în Republica Moldova, dar și în Federația Rusă, mortalitatea cauzată de afecțiunile sistemului circulator printre femei, deși nesemnificativ, o depășește pe cea stabilită printre reprezentanții de sex opus.

4. Politicile de sănătate lansate de UE au diminuat mortalitatea generală cu 10% în ultimii 5 ani, micșorând numărul standardizat de decese induse de afecțiunile sistemului circulator – cu 15%, cauzele externe – 11%, afecțiunile sistemului digestiv – 9%, afecțiunile sistemului respirator – 10%, tumori – 6%. În Federația Rusă, mortalitatea generală s-a redus cu 11% în ultimii 6 ani datorită micșorării numărului de decese generate de cauzele externe de deces – cu 34%, afecțiunile sistemului respirator – cu 22%, afecțiunile sistemului circulator – cu 11%. În același timp, în cazul Republicii Moldova se poate constata cu certitudine doar o tendință de diminuare a mortalității induse de afecțiunile sistemului respirator – cu 6% (9% în lotul feminin și 5% în cel masculin) și a numărului de decese din cauze externe printre femei – cu 7%.

5. Pentru o apreciere a eficienței politicilor de sănătate în UE, Federația Rusă și Republica Moldova, se impune o evaluare similară a incidenței și prevalenței maladiilor, cu contrapunerea acestora indicatorilor de mortalitate, în corelare cu resursele antrenate în programele de asistență medico-socială.

Bibliografie

1. *A Sustainable Europe for a Better World: A European Union Strategy for Sustainable Development*. Brussels, 2001. http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2001/com2001_0264en01.pdf
2. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2011*. Chișinău: Centrul Național de Management în Sănătate, 2012, 494 p. http://ms.gov.md/_files/12618-S%25C4%2583n%25C4%2583taea%2520public%25C4%2583%2520%25C3%25AE n%2520Moldova%25202011.pdf
3. *Dezvoltarea durabilă în Uniunea Europeană. Raportul de monitorizare pentru anul 2011 a Strategiei de dezvoltare durabilă a Uniunii Europene. Sinteză*, 24 p. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/224-RO/RO/224-RO-RO.PDF
4. *Establishing a second programme of Community action in the field of health (2008-2013)*. Brussels, 2007. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:EN:PDF>
5. *Eurostat*. European Commission. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/health/public_health/data_public_health/database
6. *Health*. In: *Europe in figures — Eurostat yearbook 2012*. Eurostat, 2012, p. 163-194. http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-CD-12-001/EN/KS-CD-12-001-EN.PDF
7. *Programme of Community action in the field of public health (2003-2008)*. Brussels, 2002. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2002:271:0001:0011:EN:PDF>
8. *Renewed eu sustainable development strategy*. Brussels, 2006. http://www.bmu.de/fileadmin/bmu-import/files/europa_und_umwelt/eu-nachhaltigkeitsstrategie/application/pdf/eu_nachhaltigkeitsstrategie_neu_eng.pdf
9. *Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013*. Brussels, 2007. http://www.who.int/img/pdf/strategy_wp_en.pdf
10. *Демографический ежегодник России, 2010*, Москва, 2010, 525 с. http://www.gks.ru/doc_2010/demo.pdf
11. Федеральная Служба Государственной Статистики. *Демография*. <http://www.fgs.ru/wps/wcm/connect/rosstat/rosstatsite/main/population/demography/#>

Prezentat la 30.09.2013

Vitalie Minciună, dr.hab.,
tel. 022 294681, mob. 068803577

EDUCAȚIA INCLUZIVĂ: FACTORI DETERMINANȚI, EXPERIENȚE INTERNAȚIONALE

**Constantin EȚCO¹, Ivan PUIU¹,
Emilia CUCURUZAC²,**

¹Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
N. Testemițanu,

²Grădinița incluzivă Guguță, or. Ungheni

Summary

Inclusive education: determinant factors, international experiences

Principles of inclusive education are largely discussed around the world. The goal of this publication is to analyze the international experience on determinants of inclusive education. For an effective realization of inclusive education the next determinant factors are discussed: legal framework of inclusive education and appropriate mechanisms of its implementation, professionalism of educators involved, accessibility of the buildings, adapted didactic materials for all groups of children with different special needs, application of pedagogical documentation as a instrument of evaluation and visible education, involvement of supportive educators, adequate management of the educational process (number of children in classes, number of children with special needs in any group), positive attitude to the process of inclusive education, primarily of the director of institution and of the team members with confidence in effectiveness of inclusive education, etc. The

most important determinant factor of inclusive education is Curriculum, oriented on the child, enough flexible to be good for children with special educational needs, but also, for children with typical development.

Keywords: inclusive education, special education, child with special educational needs, child with disability, Curriculum, pedagogical documents, parents involvement.

Резюме

Инклюзивное воспитание: детерминирующие факторы, всемирный опыт

Принципы инклюзивного образования широко дискутируются во всем мире. Цель этой работы – проанализировать всемирный опыт детерминирующих факторов инклюзивного образования, среди которых числятся следующие: разумные политические решения и механизмы их реализации, профессиональная подготовка кадров, доступность зданий, наличие адаптированных учебных материалов для различных групп детей, использование педагогической документации как

средство оценки и прозрачности воспитательного процесса, вовлечение родителей и семьи в инклюзивном образовании, наличие воспитателей поддержки, правильная организация воспитательного процесса (адекватное число детей в классах, разумное количество детей с особыми потребностями в каждом классе, позитивное и уверенное отношение к возможностям инклюзивного образования директора учебного заведения и сотрудников и др.). Самый важный детерминирующий фактор для успешного инклюзивного образования является гибкая учебная программа, ориентированная на ребенка, полезная как для детей с особыми воспитательными потребностями, так и для детей с типичным развитием.

Ключевые слова: инклюзивное образование, специальное образование, ребенок со специальными воспитательными потребностями, ребенок с ограниченными возможностями, учебная программа, педагогическая документация, участие родителей.

Introducere

În Republica Moldova, a fost aprobat *Programul de dezvoltare a educației incluzive pe anii 2011-2020* (prin Hotărârea de Guvern nr. 523 din 11.07.2011), în scopul realizării prevederilor Convenției Internaționale cu privire la drepturile copilului și ale altor documente internaționale la care a aderat Republica Moldova [16]. Publicația de față vine cu inițiativa de a studia experiențele internaționale privitor la factorii determinați ai educației incluzive.

Milioane de copii cu dizabilități de pe glob au dificultăți de învățare, ei tradițional fiind marginalizați sau excluși din învățământul general. Acești copii necesită asistența educatorilor speciali, pentru a putea beneficia de educație [25]. Tendințele internaționale actuale presupun trecerea de la educația specială la educația incluzivă [2]. Educația incluzivă nu constituie o simplă plasare a copilului cu cerințe educaționale speciale (CES) într-o instituție generală de învățământ, dar se preocupă de crearea condițiilor pentru o educație eficientă a tuturor copiilor [22]. Educația incluzivă se definește ca o educație pentru toți copiii, instituția de învățământ venind cu o așa reorganizare a procesului de studii și cu așa un curriculum care ar putea fi utile atât pentru copilul cu CES, cât și pentru copilul cu dezvoltare tipică.

Principiile educației pentru toți ca premisă a educației incluzive

În abordarea educației pentru toți sunt cunoscute și acceptate următoarele principii de bază: 1) viitorul societății depinde de modul în care creștem și educăm azi toți copiii; 2) pentru dezvoltarea viitoare a societății este nevoie să valorizăm și să sprijinim fiecare copil; 3) fiecare copil este unic; 4) diversitatea copiilor, determinată de particularitățile de dezvoltare și de apartenența la medii

socioculturale variate, nu este o piedică în educație, ci o resursă de învățare și dezvoltare pentru toți; 5) fiecare copil este important pentru familia lui, dar și pentru întreaga societate; 6) fiecare copil poate învăța; 7) fiecare copil are dreptul la educație și la sprijin adecvat, pentru a participa la procesul educativ; 8) pentru procesul educațional este esențială folosirea adecvată a resurselor; 9) în educație identificăm resurse materiale, umane, metodologice și spirituale [20, 29, 30, 31].

Curriculumul – instrument fundamental pentru realizarea educației incluzive

Curriculumul diferențiat și flexibil reprezintă instrumentul cel mai valoros al școlii/grădiniței incluzive, pentru a garanta fiecărui copil accesul la educație [29, 30, 31, 37]. Curriculumul poate fi ajustat prin utilizarea diferitelor strategii: *instruirea profundă* (atingerea obiectivelor educației, a unui conținut obligatoriu al planului educațional prin diversificarea activităților de instruire), *extindere* (folosirea mijloacelor adiționale pentru atingerea scopurilor programului educațional; de exemplu, pentru copiii slab-văzători sau hipoacuzi/surzi – introducerea activităților noi de instruire); *selectarea conținutului din curriculumul general* pentru copii fără dizabilități, conținut înțeles și de copii cu CES; *accesarea și diversificarea elementelor curriculumului general* – copiii cu CES își vor atinge scopurile educaționale prin diverse metode de recuperare, prin participarea la procesul general de educație; *folosirea metodelor și procedurilor pedagogice* care ar permite copilului cu CES să însușească programul și să obțină competențele necesare; *folosirea metodelor de evaluare* care ar scoate în evidență nu doar performanțele intelectuale ale copilului, dar și dexteritățile de soluționare a problemelor [29, 30, 31, 37].

Diferențierea curriculumului, pentru ambele categorii de copii (cu/fără CES), este bazată pe aceleași premise: a) personalul implicat în instruire/educație poate ajusta procesul de învățare la diferite niveluri de abilități și necesități ale copiilor, b) competențele pot fi atinse prin diferite tipuri de curriculum, c) atingerea scopurilor educaționale este facilitată prin selectarea și organizarea obiectivelor educaționale în funcție de diferențele individuale; d) necesitățile educaționale specifice diferitelor categorii de copii/studenti pot fi realizate cu succes în circumstanțe educaționale diferite.

Rolul educatorului în educația incluzivă

Învățarea eficientă este o intervenție eficientă pentru toți copiii (Jordan, Stanovich, 2004) [3, 4, 5, 10]. Învățătorii care au încredere în studenții/copiii cu cerințe educaționale speciale și își asumă responsabilități pentru instruirea/educația lor sunt mai eficienți în activitățile lor. Învățătorii diferă prin

convingerile lor asupra rolului și responsabilităților pentru copiii cu CES. În funcție de aceste convingeri, pot fi prezise rezultatele practicilor și rezultatele lor în instruire. Aceste calități și comportamente pot fi înscrise (pe parcursul interviului și practicii educatorului) și ulterior apreciate, astfel ajutând la evaluarea convingerilor și atitudinilor educatorului. Măsurarea atitudinilor și convingerilor învățătorilor este dificilă. Metodologic convingerile pot fi deduse din: ceea ce învățătorul spune, ceea ce intenționează să facă și ceea ce face [3, 4, 5, 10].

Există educatori care critică copilul sau părinții pentru felul cum ei își educă copilul. De regulă, acești învățători nu colaborează cu familia și, principalul, ei nu se văd responsabili, în procesul de instruire, pentru progresul copiilor. Totodată, există alt tip de educatori, care se văd responsabili pentru instruirea tuturor copiilor/studentilor, își exprimă convingerea că ei răspund de evitarea/reducerea barierelor din calea copilului pentru a avea acces la instruire. Aceste convingeri le ajută să adapteze modelele de instruire pentru facilitarea participării copilului/studentului, pentru acomodarea copilului, facilitarea răspunsului lui și furnizează multiple oportunități de învățare prin modalități și căi diferite (White, 2007).

Educatorii cu „convingeri de intervenție” discută frecvent cu părinții, află cât mai multe despre copil. Convingerile educatorului despre abilități și dizabilități, despre responsabilitățile sale pentru copilul cu CES pot constitui o parte componentă importantă a convingerilor și atitudinilor generale. Există studii care conving că planul de instruire și felul de furnizare a cunoștințelor (de instruire) al educatorului se bazează pe cunoștințele sale despre abilitățile de învățare ale copilului, pe teoriile de învățare pe care le acceptă (cunoaște) [21, 22]. Aceste convingeri pot fi măsurate și pot juca un rol important în precizarea succesului educațional.

Din felul cum educatorul percepe și cum explică dizabilitatea, pot fi deduse atitudinile și convingerile sale despre instruire. Profesorii care văd abilitatea (capacitatea) ca o caracteristică treptat dobândită, mai degrabă decât o entitate sau o trăsătură fixă, mai puțin preferă o abordare de „instruire controlată de educator”, metode transmisive de instruire [3, 4, 5, 21, 22]. Educatorii care abordează capacitatea ca o entitate, mai frecvent apelează la metode de apreciere rigide, prin note și mai puțin se orientează pe tehnici de instruire orientate pe copil, pe activități în grupuri cooperante, pe utilizarea capacităților intrinseci (lăuntrice) ale copilului.

Instruirea educatorilor/profesorilor are loc, de regulă, în traininguri „pre-service” și „in-service”. Este cunoscut faptul că profesorii debutează în activitatea de educație cu atitudini și convingeri stabilite, care cu greu pot fi schimbate. Atitudinile și convingerile asu-

pra educației incluzive sunt modificate de sistemul școlar și de abordările practicate în acest sistem [21, 22]. Cea mai mare influență asupra schimbării atitudinilor și convingerilor, responsabilităților în cadrul educației incluzivă o are atitudinea și convingerea directorului instituției sau a pedagogului principal (Stanovich, Jordan, 1999). Convingerile tacite ale educatorului se pot transforma în atitudini și convingeri explicite asupra educației incluzive pe parcursul practicilor în colaborare cu colegii și în cazul reflecției asupra proceselor de învățare și instruire.

Cei mai „rezistenți” spre schimbare sunt educatorii cu o experiență lungă în pedagogie, în afara educației incluzive. Este problematică schimbarea atitudinilor și convingerilor în asemenea cazuri. Sistemul de pregătire nu oferă posibilități suficiente de activități interactive [3, 4, 5, 10]. Un rol important îl are și frica unor educatori precum că ei nu au beneficiat de instruire specială de lucru cu copiii cu dizabilități/CES. Eficiența sau ineficiența educației incluzive se bazează, în ultimă instanță, pe gradul de responsabilitate care și-l asumă educatorul. Educatorul care are convingerea că el este responsabil, că el poate face schimbarea, transformă educația incluzivă în una eficientă [4, 5, 21, 22].

Rolul părinților și al familiei în educația incluzivă

Există numeroase argumente furnizate de cercetări asupra efectului implicării părinților în educație, realizate în mai multe țări: Australia, Noua Zeelandă, Olanda, Statele Unite ale Americii, Marea Britanie etc. [8, 13, 24, 27], dar sunt extrem de relevante și pentru Republica Moldova [18]. Cercetările au demonstrat că, în toate cazurile, implicarea s-a dovedit benefică pentru educația copiilor; implicarea activă are un impact considerabil mai mare decât cea pasivă (prin *implicare pasivă* înțelegând semnarea înștiințărilor primite de la grădiniță sau faptul că părinții se asigură că copiii au toate rechizitele necesare, atunci când pleacă de acasă; prin *implicare activă* înțelegem sprijinirea activităților de la grădiniță și ajutor în sala de grupă); cu cât implicarea se manifestă mai devreme, cu atât mai bine; părinții care primesc sprijin și sunt formați de către grădiniță induc copiilor lor rezultate mai bune decât acei care nu urmează același proces; implicarea părinților are, de asemenea, un efect pozitiv asupra atitudinii și asupra comportamentului copiilor; părinții tind să creadă că nu are nicio importanță implicarea lor, dar sunt întotdeauna surprinși de cât de mult contează, indiferent de abilitățile lor intelectuale sau de statutul lor social; grupurile dezavantajate sunt întotdeauna sub-reprezentate la grădiniță; cercetările arată că părinții contează, indiferent de studiile sau dizabilitățile lor – copiii dezavantajați au cel mai mult de câștigat de pe urma implicării

părinților; eforturile grădinițelor cu cel mai mare succes în implicarea părinților sunt acelea care le oferă o gamă largă de activități în care pot interveni [18, 24, 34, 35].

Există și beneficii care, în afară de performanțele crescute ale copiilor, par a fi generate de implicarea părinților în administrarea grădiniței [13, 24]. Acestea includ: eliminarea supozițiilor greșite pe care le pot avea părinții despre personalul grădiniței și invers, cu privire la motive, atitudini, intenții și abilități; creșterea abilității părinților de a juca rolul de ansamblu de resurse pentru dezvoltarea academică, socială și psihologică a copiilor lor, cu potențial de influență pe termen mult mai lung (datorită unei interacțiuni continue cu copiii lor de-a lungul timpului); dezvoltarea propriilor abilități și a încrederii în sine a părinților, încurajând uneori continuarea propriei educații și obținerea unui loc de muncă mai bun, oferind astfel copiilor lor modele pozitive; dezvoltarea calității părinților de susținători ai grădiniței în cadrul comunității [13, 24].

Pentru realizarea parteneriatului cu părinții, este esențial ca: părinții să fie priviți ca participanți activi care pot aduce o contribuție reală și valoroasă la educarea copiilor lor; ei să fie parte la adoptarea deciziilor privitoare la copiii lor; să se recunoască și să se aprecieze informațiile date de părinți referitoare la copiii lor; să se valorifice aceste informații și să se utilizeze în completarea informațiilor profesionale; responsabilitatea să fie împărțită între părinți și educatori [13, 24, 37].

Dileme în educația incluzivă

Și incluziunea, și excluziunea operează la trei niveluri distincte: societal, organizațional și interacțional. Paradoxal, dar există o tensiune între incluziune și excluziune la toate trei niveluri [9]. Punctul de pornire este că nu mai este potrivit (acceptabil) de a avea un sistem educațional bazat pe educație segregată. Începând cu Declarația de la Salamanca (UNESCO, 1994), educația incluzivă a devenit principiul de bază al educației („Cei cu cerințe educaționale speciale trebuie să aibă acces la școlile generale, care trebuie să se adapteze pentru o pedagogie centrată pe copil, spre satisfacerea necesităților acestora”). Educația incluzivă este privită ca cea mai eficientă metodă de luptă cu discriminarea și ca cea mai eficientă metodă de educație pentru majoritatea copiilor [9].

Din punct de vedere sociologic, adaptarea sistemului educațional vine în întâmpinarea noilor abordări (CIF, OMS, 2001) [1, 6, 32, 33], precum că dizabilitatea este determinată de factorii de mediu. Conform acestei abordări, nu trebuie să ne concentrăm doar la deficiența/dizabilitatea fizică sau intelectuală, dar la factorii de mediu care trebuie

schimbați, pentru a facilita activitățile și participarea acestor copii. Aici problema individului este privită contextual, în corelație cu multitudinea de factori de mediu, sociali, culturali etc. Astfel, se schimbă accentele spre dezvoltarea politicilor, schimbarea opiniilor, dezvoltarea pedagogiei incluzive. În țările în care aceste politici se implementează, majoritatea copiilor cu CES frecventează școlile generale, iar cei ce nu reușesc, din cauza severității dizabilității, parcurg un program special pentru copii cu dizabilități intelectuale.

Este de menționat că una dintre definițiile folosite în anii '90 ai sec. XX suna astfel: „Incluziunea este un proces în care are loc interacțiunea maximă dintre persoanele cu și fără dizabilități”; nu se pune accentul pe modalitățile de învățare. La nivelurile ideologic și politic, discuțiile nu conțin din cauza că persoanele cu dizabilități continuă să trăiască segregat. Conflictul rămâne; chiar dacă sistemul educațional face eforturi pentru educația incluzivă, incluziunea socială nu are loc în măsura necesară. Vorbind despre participarea persoanelor/copiilor cu dizabilități (de exemplu, toți copiii participă sau nu la lecție în aceeași clasă), discuțiile continuă și au la bază mesajul: „Dacă copiii cu dizabilități intelectuale frecventează clasele speciale, iar copiii fără dizabilități intelectuale frecventează clasele generale – cine are de câștigat? În cazul în care ei ar fi împreună, ei ar reuși: o înțelegere reciprocă mai profundă, simpatia unul pentru celălalt etc.”. Doar plasarea fizică în aceeași clasă nu garantează însă incluziunea.

Unii autori menționează că principiul „O școală pentru toți” nu e dificil de implementat, dar conține o promisiune falsă [9]. Ei propun de a reveni la vechea abordare a incluziunii ca o materie de participare prin comunicare, care constituie un sistem social. Sloganul „O școală pentru toți” nu poate fi realizat pentru copiii cu dizabilități intelectuale severe, oricât de importantă ar fi investiția financiară, și în aceste cazuri nu se exclude efectul negativ asupra școlarizării copiilor fără dizabilități [9].

Bibliografie

1. Adolfsson Margareta. *Applying the ICF-CY to identify everyday life situations of children and youth with disabilities*, 2011. <http://www.diva-portal.org/>.
2. Alois Ghergut. *Inclusive Education Versus Special Education on the Romanian Educational System*. In: *Social and Behavioral Sciences*, vol. 46, 2012, p. 199-203.
3. Anne Jordan, Eileen Schwartz, Donna McGhie-Richmond. *Preparing teachers for inclusive classrooms*. Original Research Article. In: *Teaching and Teacher Education*, vol. 25, Issue 4, May 2009, p. 535-542.
4. Baburhan Uzum. *From 'you' to 'we': A foreign language teacher's professional journey towards embracing inclusive education*. Original Research Article. In: *Teaching and Teacher Education*, vol. 33, July 2013, p. 69-77.

5. Buldu M. *Making learning visible in kindergarten classroom: Pedagogical documentation as a formative assessment technique*. In: Teaching and teacher education, vol. 26, 2010, p. 1439-1449.
6. *Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății*. OMS, 2001, traducere în română, 2004.
7. Daniel Mara, Elena-Lucia Mara. *Curriculum Adaption in Inclusive Education*. Original Research Article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 46, 2012, p. 4004-4009.
8. Derek H. Berg, Cornelia Schneider. *Equality dichotomies in inclusive education: Comparing Canada and France* Original Research Article. In: ALTER – European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche sur le Handicap, vol. 6, Issue 2, April–June 2012, p. 124-134.
9. Dimitris Michailakis, Wendelin Reich. *Dilemmas of inclusive education*. Original research article. In: ALTER – European Journal of Disability Research, vol. 3, January–March, 2009, p. 24-44.
10. Ecaterina Maria Unianu. *Teachers' attitudes towards inclusive education*. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 33, 2012, p. 900-904.
11. Federico R. Waitoller, Elizabeth B. Kozleski. *Working in boundary practices: Identity development and learning in partnerships for inclusive education*. Review Article. In: Teaching and Teacher Education, vol. 31, 2013, p. 35-45.
12. Filiz Polat. *Inclusion in education: A step towards social justice*. In: International Journal of Educational Development, vol. 31, 2011, p. 50-58.
13. Fotinica Gliga, Mariana Popa. *In Romania, parents of children with and without disabilities are in favor of inclusive education*. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 2, 2010, p. 4468-4474.
14. *Ghid metodologic pentru evaluarea copilului cu dizabilități și încadrarea într-un grad de handicap*, 2003, București. <http://www.dgaspc-olt.ro>
15. Hannes Karin, Von Arx Ellen, Christiaens Evelien, Heyvaert Mieke, Petry Katja. *Don't Pull me Out!?* Preliminary Findings of a Systematic Review of Qualitative Evidence on Experiences of Pupils with Special Educational Needs in Inclusive Education. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 69, 24 December 2012, p. 1709-1713.
16. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 523 din 11.07.2011 cu privire la aprobarea Programului de dezvoltare a educației incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011-2020. <http://lex.justice.md/index>
17. Hughes I. *Inclusive education for individuals with Down syndrome*. In: Down syndrome News and Update, 2006; vol. 6 (1); p. 1-3. <http://www.down-syndrome.org/>
18. *Intervenția timpurie în copilărie: Suport de curs* (Ivan Puiu, Ala Cojocaru), Chișinău, 2012. 256 p.
19. Mahmoud Mohamed Emam, Ahmed Hassan Hemdan Mohamed. *Preschool and primary school teachers' attitudes towards inclusive education in Egypt: The role of experience and self-efficacy*. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 29, 2011, p. 976-985.
20. Mariane Sentenac, Virginie Ehlinger, Susan Ishoy Michelsen, Marco Marcelli, Heather Olivia Dickinson, Catherine Arnaud. *Determinants of inclusive education of 8–12 year-old children with cerebral palsy in 9 European regions*. Original research article. In: Research in Developmental Disabilities, vol. 34, Issue 1, January 2013, p. 588-595.
21. Olli-Pekka Malinen, Hannu Savolainen, Jiacheng Xu. *Beijing in-service teachers' self-efficacy and attitudes towards inclusive education*. Original research article. In: Teaching and Teacher Education, vol. 1, 2012, p. 526-534.
22. Panayiotis Angelides, Tasoula Stylianou, Paul Gibbs. *Preparing teachers for inclusive education in Cyprus*. Original research article. In: Teaching and Teacher Education, vol. 22, Issue 4, May 2006, p. 513-522.
23. *Procedures used to Diagnose a Disability and to Assess Special Educational Needs: An International Review*. By Dr. Martin Desforges and Professor Geoff Lindsay, Centre for Educational Development, University of Warwick. A report commissioned by the NCSE 2010. <http://www.ncse.ie/uploads/>
24. Szumski G., Karwowski M. *School achievement of children with intellectual disability: the role of socio-economic status, placement and parent's engagement*. In: Research in Developmental Disabilities, vol. 33, 2012, p. 1615-1625.
25. Tabatabaie Minou. *New trends in education of children with disabilities*. WCES, 2011.
26. Thomas A O'Donoghue, Ron Chalmers. *How teachers manage their work in inclusive classrooms*. Original research article. In: Teaching and Teacher Education, vol. 16, Issue 8, November 2010, p. 889-904.
27. *Towards Inclusive Education for Children with Disabilities: A Guideline*. Bangkok: UNESCO Bangkok, 2009. <http://www.uis.unesco.org/>
28. UNICEF. *Standarde de învățare și dezvoltare pentru copilul de la naștere până la 7 ani*. Chișinău, 2010, 172 p.
29. UNICEF. Vrasmas Ecaterina, Vrasmas Traian. *Educația incluzivă în grădiniță: dimensiuni, provocări și soluții*. București, 2012, 132 p.
30. UNICEF. *Право детей с ограниченными возможностями на образование: подход к инклюзивному образованию, основанный на соблюдении прав человека*. Поозиционный документ. Москва, 2012.
31. Vrânceanu Maria, Pelivan Viorica. *Incluziunea socioeducațională a copiilor cu dizabilități în grădinița de copii*. Chișinău, 2011, 155 p.
32. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health*, 2001.
33. WHO. *International Classification of Functioning, Disability and Health. Children and Youth Version*, 2007.
34. Yelkin Diker Coşkun, Ülkü Tosun, Esra Macaroğlu. *Classroom teachers styles of using and development materials of inclusive education*. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 1, 2009, p. 2758-2762.
35. Zalizan Mohd Jelas. *Learner Diversity and Inclusive Education: A New Paradigm for Teacher Education in Malaysia*. Original research article. In: Procedia – Social and Behavioral Sciences, vol. 7, 2010, p. 201-204.
36. *Концепция развития инклюзивного образования в Республике Казахстан*. Разработчик Компания Hi-Tech Global. www.hitech.kz.
37. *Проблемы инклюзивного обучения детей с ограниченными возможностями*. www.firo.ru/wp-content/uploads/2013/02/Belavsky_inklusia.pdf
38. *Служба ранней помощи*. Справочно-методические материалы. Москва, 2011.

Prezentat la 7.10.2013

Ivan Puiu, dr. în medicină, conf. univ.,
USMF N. Testemițanu,
ivanpuiu@gmail.com, tel. +373 69207735

FORMAREA PROSPECTIVĂ CONTINUĂ A ASISTENȚILOR MEDICALI

Angela BARONCEA,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The prospective continuing formation of the medical assistants

In this scientific paper the author affirms that over the time the social, cultural, economic and political dimensions were analyzed while the prospective dimension of the education based both on the initial formation and the continuing formation of the medical assistants was less studied.

Those aspects related confirm the need of a study regarding the prospective continuing formation in the educational system with the aim of training the medical assistants for the society which faces a continuous change.

Keywords: *prospective, formation, continuing, education.*

Резюме

Перспективное непрерывное формирование медицинских сестер

В этой научной статье автор утверждает, что были проанализированы социальные, культурные, экономические и политические аспекты, но были мало изучены перспективы первоначального и непрерывного формирования медицинских сестер.

Эти аспекты подтверждают необходимость проведения исследования о возможности перспективного непрерывного формирования в системе образования, с целью подготовки медицинских сестер для общества, которое находится в постоянном изменении.

Ключевые слова: *перспектива, непрерывное формирование, продолжение образования.*

Introducere

Schimbările în viața socială, politică și economică, înregistrate în ultimul deceniu, au influențat sectorul de sănătate din țară. Astfel, sistemul educațional, inclusiv cel de formare continuă, are drept scop pregătirea specialiștilor pentru o societate în continuă schimbare. Constatăm că pe parcursul timpului au fost analizate, în special, dimensiunile socială, culturală, economică, politică, dar a rămas mai puțin explorată *dimensiunea prospectivă a educației*, axată atât pe formarea inițială, cât și pe formarea continuă a asistenților medicali.

Actualmente, necesitatea explorării acestei dimensiuni este determinată de mai mulți factori:

1. ritmul accelerat al schimbării și globalizarea învățământului;
2. necesitatea schimbărilor și a riscurilor acestora în perspectivă;
3. oportunitatea asigurării calității și performanței resurselor umane atât la nivel local și național, cât și la nivel global;
4. competențele specifice devin ineficiente în ritmul accelerat al schimbărilor sociale;
5. formarea inițială axată în special pe formarea competenței profesionale, și nu a competenței autonome.

În această ordine de idei, ca urmare a transformărilor esențiale din epoca noastră, ce țin de introducerea și utilizarea unor noi metode, a unor noi principii (prospective) și tehnologii, însoțite de noi forme de organizare a procesului de învățământ, dezvoltarea prospectivă a personalității devine un factor strategic pentru orice instituție preocupată de formare. Procesul globalizării înaintază noi provocări educației. Odată ce ne aflăm într-o perioadă în care globalizarea își face simțită tot mai mult prezența, se impune necesitatea ajustării valorilor tradiționale la cele globale, ceea ce determină schimbări în paradigma educațională. Schimbările în paradigmele politice, sociale, economice solicită și ajustarea paradigmei educaționale, accentul fiind pus pe acțiune și participare. Într-o societate economică bazată pe cunoaștere, investiția în proprietatea intelectuală și în capitalul uman este esențială.

Determinarea unor modalități de stabilizare și dezvoltare a sistemului național de ocrotire a sănătății impune o analiză riguroasă a tendințelor mondiale, a *practicilor educaționale prospective*, ca factor determinant pentru dezvoltarea societății, precum și o analiză a situației actuale din sistemul sănătății din republică. Direcțiile strategice de monitorizare și dezvoltare a sistemului ocrotirii sănătății, reflectate în politicile de dezvoltare durabilă, trebuie să fie elaborate în concordanță cu tendințele evoluției medicinei la nivel mondial. Necesitatea reformei în sistemul de formare medicală continuă din republică are drept scop ajustarea calității formării specialiștilor medicali din țară la standardele internaționale.

Reieșind din problematica lumii contemporane, G. Văideanu, în lucrarea sa *Educația la frontiera dintre milenii* [1], elucidează noile tipuri de conținut ce vin să imprime educației un caracter deschis, centrat pe cultivarea valorilor cultural-spirituale, și menționează că acestea sunt: educația pentru pace, sănătate, ecologie, pentru participare și democrație; educația demografică, educația pentru schimbare și dezvoltare, educația economică

și casnică modernă, educația pentru o nouă ordine internațională, interculturală, pentru timpul liber și pentru deprinderile fundamentale ale omului.

Evaluarea situației reale din domeniul activității asistenților medicali în *promovarea sănătății populației* la nivel comunitar în Republica Moldova și implicarea specialiștilor medicali cu studii medii de specialitate în promovarea sănătății la nivel comunitar, reprezintă reforma de o importanță majoră, care recunoaște oficial sănătatea drept valoare primordială, fundament al unei bune stări a individului.

Strategiile de bază ale dezvoltării sistemului primar de asistență medicală în RM, unde activitatea de promovare a sănătății este realizată în special de asistenții medicali, prevede:

- respectarea valorilor fundamentale în acordarea asistenței medicale populației;
- finanțarea stabilă și asigurarea unei asistențe medicale accesibile și echitabile;
- orientarea spre asistența primară, definind sarcinile de prevenire și profilaxie a *maladiilor și complicațiilor acestora*, cu coordonarea efectivă a serviciilor primare, secundare și terțiare;
- acordarea asistenței medicale calificate prin utilizarea tehnologiilor moderne, având drept scop principal *ameliorarea sănătății populației* [2].

Este indiscutabil faptul că educația și medicina modernă vor deveni din ce în ce mai preventive, orientându-se spre o educație amplă, axată pe formarea unui mod sănătos de viață, prin intermediul unui parteneriat durabil al asistenților medicali și alți parteneri: *grădinițele de copii și școlile* (generația tânără), *universitățile* – tineretul studios, *comunitatea civilă* – membrii comunității. Astfel, în educarea populației, orientarea spre prevenire se va amplifica, începând mult mai devreme, prin sfaturi oferite tinerilor soți pentru o procreare normală.

Racordarea *sistemului de formare profesională medicală continuă* al asistenților medicali la necesitățile actuale și de perspectivă ale sistemului de sănătate din țară, compatibile cu cerințele europene, poate fi realizată prin fortificarea nivelului de competențe (cunoștințe, capacități, atitudini) ale asistenților medicali în domeniul promovării sănătății. În acest context, optimizarea activității asistenților medicali în promovarea sănătății la nivel comunitar devine o necesitate stringentă. Iar elaborarea și valorificarea modelelor de promovare a modului sănătos de viață și educația pentru sănătate la nivel comunitar ar fi o soluție în acest sens.

Problema expusă cercetării este determinată de divergența dintre importanța formării medicale continue prospective, pe de o parte, și absența unui model de formare continuă prospectivă a asistenților medicali axată pe educația pentru sănătate, pe de altă parte.

Scopul studiului este elaborarea și aprobarea unui model de program experimental relevant în formarea continuă prospectivă a asistenților medicali, axat pe educația pentru sănătate a populației din comunitate.

Obiectivele cercetării:

1. Analiza reperelor teoretice referitoare la formarea medicală continuă prospectivă.
2. Fundamentarea epistemologică a conceptului „educație pentru sănătate” sau „educație pro-sănătate”.
3. Fundamentarea și elaborarea *Modelului pedagogic de formare continuă prospectivă a asistenților medicali, axat pe educația pentru sănătate*.
4. Validarea experimentală a *Modelului pedagogic de formare continuă prospectivă a asistenților medicali, axat pe educația pentru sănătate*.
5. Aprobarea și implementarea modelului de program experimental în formarea continuă prospectivă a asistenților medicali, axat pe educația pentru sănătate a populației din comunitate.

Metodologia cercetării:

1. *Metode teoretice*: analiza, sinteza, compararea, generalizarea, sistematizarea conceptelor și fenomenelor pedagogice și medicale;
2. *Metode experimentale*: experimentul pedagogic;
3. *Metode empirice*: observația, anchetarea, chestionarea;
4. *Metode de interpretare a datelor*: analiza și prelucrarea matematică și statistică a rezultatelor experimentale.

Rezultate și discuții

Educația prospectivă (EP) se referă la proiectarea, organizarea și structurarea demersurilor instructiv-formative în concordanță cu trasăturile definitorii ale societății viitorului. Termenul *prospectiv*, introdus de filosoful francez G. Berger [10] la sfârșitul sec. XX, semnifică inițial o atitudine caracterizată prin necesitatea de a lua decizii întemeiate, luându-se în considerație nu doar consecințele situației trecute sau exigențele situației prezente, ci și implicațiile acestor decizii în timp și în viitor.

Primele încercări de planificare au apărut în perioada interbelică, fiind consolidate mai apoi în anii '60 ai sex. XX, alături de procedurile statistice și financiare de control. În această ordine de idei, EP necesită a fi privită ca un fenomen multilateral, prin care învățământul trebuie să asimileze schimbarea, dar și să garanteze formarea capacităților de gestiune a schimbării pentru beneficiarii studiilor, inclusiv în domeniul formării medicale continue. Asimilarea schimbării în sistemul de învățământ

presupune preluarea direcțiilor de schimbare, dar și adecvarea conținutului curricular la conținutul și ritmurile schimbărilor în domeniul medicinei, fapt care poate fi realizat doar prin aplicarea invenției, inițiativei și inovației de către cadrele didactice.

După A. Huberman [11, cap. 6], caracteristicile genotipice și fenotipice care împiedică schimbarea în învățământ sunt:

- *factorii exogeni* de rezistență, care împiedică pătrunderea schimbării în sistemul școlar (de ex., modul de viață conservator al subiecților-beneficiari, birocrăția din sistemul de învățământ ș.a.);
- *factorii endogeni* de rezistență, care împiedică producerea schimbării din interior (de ex., demotivarea subiecților, nivelul scăzut al comunicării ș.a.);
- *factorii de limitare*, care constituie piedici în calea difuzării unor noi idei și a unor noi practici în întregul sistem școlar (de ex., lipsa schimbului de experiență sau a standardelor de calitate pentru implementarea schimbării).

În acest context, M. Stanciu consideră că viitorul educației depinde mai mult de factorii exteriori [12, p. 18], deoarece factorii interni (poziția profesorilor, relația educator – educat, raportul școlii cu lumea exterioară etc.) blochează schimbarea.

Considerăm bine-venit a elucida în continuare valențele educației prospective în realizarea schimbării și în asigurarea calității.

Abordarea EP din perspectiva multidisciplinară ne permite să identificăm modul în care teoriile existente se manifestă la nivelul practicilor instituționale și cotidiene din sistemul educațional, fapt extrem de important pentru conceptualizarea EP. Conceptul de EP, atât în procesul educațional, mai larg, cât și în cel universitar, particular, desemnează un proces care poate fi abordat prin prisma mai multor perspective teoretice: *filosofică, socială, psihologică și pedagogică*.

Abordarea filosofică, prin care omenirea își dezvoltă capacitatea de a se raporta la zone tot mai extinse ale realității și ale existenței sale, a fost promovată de W. Hegel, I. Kant, A. Marga. Formarea și dezvoltarea personalității se bazează pe rolul activ al conștiinței umane, inclusiv al gândirii prospective, pe orientarea personalității spre sistemul de valori [13, p. 219].

Abordarea socială analizează procesul educațional ca activitate care lasă amprente asupra comportamentului individului în viața socială. Educația este un mijloc de transfer de valori între societate și individ și asigură condiții favorabile pentru asimilarea acestor valori.

Abordarea psihologică se referă la dezvoltarea personalității din punct de vedere psihic, ca proces

de modificare a structurilor intelectuale ale personalității.

Abordarea pedagogică este un proces de formare și dezvoltare a personalității studentului/elevului, contextualizat în sistemul de învățământ.

I. Jinga [18], C. Cucuș [16], M. Stoica [17], M. Bocoș [15] analizează EP prin raportarea acesteia la cerințele curente și de perspectivă ale societății.

La începutul sec. XXI, în SUA apare conceptul de „școală a secolului 21” (școala de viitor) [19]. *Școala viitorului* presupune crearea unor condiții pedagogice necesare pentru punerea în aplicare a teoriei gândirii critice și introducerea, în acest scop, a modelelor educaționale inovatoare, inclusiv a celor orientate spre creativitate individuală. În general, în sistemele educaționale contemporane accentul se pune pe „stilul individual” al învățării. Se atestă și anumite tendințe la nivel național. Pentru a gândi și a acționa prospectiv, apare necesitatea de a analiza tendințele de dezvoltare a societății și problematica educației, precum și relația dintre sistemul educațional și piața muncii din republică. Această analiză va identifica strategiile de echilibrare a decalajului dintre ceea ce pregătește sistemul educațional și cerințele pieței muncii, precum și planificarea strategică în evitarea acestuia în viitor.

Potrivit experiențelor internaționale, în ultimele două decenii, majoritatea guvernelor elaborează strategii de dezvoltare durabilă, având menirea să determine vectorul dezvoltării perpetue pe planurile ecologic, economic, politic și social. În anul 2000, Republica Moldova a elaborat *Strategia Națională Pentru Dezvoltare Durabilă „Moldova XXI”*, prin care s-au elaborat recomandări concrete de dezvoltare a țării pentru perioada 2001-2020. Obiectivul principal stipulat în *Strategie...* este „*bunăstarea, sănătatea și educația societății în corelație cu cerințele de conservare și regenerare a resurselor naturale, precum și cu garanțiile pentru generațiile viitoare*” [14, cap. VIII, p. 2].

În ceea ce privește *direcțiile strategice ale dezvoltării durabile în domeniul educației*, este necesară normalizarea actualiei situații precare a învățământului obligatoriu în teritoriu. După gradul de importanță, garantarea reală a accesului egal la educație echivalează cu alegerea corectă a obiectivelor strategice de dezvoltare durabilă [14, cap. VIII, p. 3-4]. În acest sens, *Legea învățământului* (art. 5. *Obiectivele învățământului*) și *Regulamentul cu privire la organizarea formării profesionale continue* propun facilitarea integrării sociale a persoanelor în concordanță cu aspirațiile lor profesionale și necesitățile pieței muncii.

Un aspect important în cadrul analizei conceptului de *educație prospectivă* este evaluarea competențelor prospective. Evaluarea calitativă în învățământul modern este mereu ancorată în

actualitate. Până nu demult, evaluarea acorda o mare atenție preciziei și măsurării rezultatelor, ca modalitate de asigurare a obiectivității și comparabilității. Analiza efectelor negative ale evaluării atât asupra curriculumului, cât și asupra activităților de predare-învățare a generat un interes crescut pentru un nou mod „de a gândi”. Diversitatea funcțiilor pe care aceasta le exercită, precum predicția, reglarea sistemului, selecția și controlul, poziționează această etapă drept una de intermediere pentru preluarea unui nou ciclu al procesului educațional, stimulând cercetările întreprinse în direcția definirii mai riguroase a obiectivelor educaționale, astfel devenind etapă care asigură continuitatea procesului educațional.

Evaluarea anticipativă este evaluarea acțiunilor ce urmează a fi realizate și anticiparea consecințelor acestei acțiuni.

Procesul de evaluare a competenței prospective trebuie să fie realizat la fiecare etapă de formare. Etapele de formare au fost considerate drept nivele de complexitate ale procesului educațional, pe care le vom descrie în cele ce urmează.

- *Nivelul de cunoaștere* este nivelul care se centrează pe receptare și memorare. Acest nivel pune bazele formării și dezvoltării individului. Cunoștințele obținute în procesul învățării se sprijină prioritar pe capacitățile de memorare. Beneficiarii educaționali rețin informațiile științifice și nu pătrund în esența problemei. Ei definesc unele noțiuni, fapte, legi și reproduc unele date. Este o învățare superficială, unde rolul gândirii prospective cognitive rămâne minor. Este nivelul de formare a cunoștințelor fundamentale, bazate prioritar pe memorare și mai puțin pe mobilizarea sistemului de gândire.

- *Nivelul de aplicare* este acela care îi permite beneficiarului să aplice cunoștințele însușite, să recurgă la procesele cognitive, iar cu ajutorul gândirii să caute modalitatea de a opera cu cunoștințele, inițiind dezvoltarea capacităților mentale de analiză, sinteză, generalizare.

- *Nivelul de integrare* este nivelul creator ce dezvoltă procesele mentale de analiză prospectivă participativă și decizională, de sinteză, de generalizare și formează gândirea științifică prospectivă. Pentru formarea competențelor prospective, se folosesc pe larg rezolvarea situațiilor-problemă reale personale, profesionale și sociale. Acest nivel integrează rezultatele nivelelor prezentate anterior. Este nivelul în care beneficiarul educațional operează singur cu cunoștințele interiorizate, personalizate, exteriorizând strategii în rezolvarea situațiilor semnificative, demonstrând performanțele individuale atinse în procesul de formare a competenței. Beneficiarul educațional își poate imagina și utiliza pro-

cesul de acțiune, poate elabora și realiza în practică proiecte de lucru.

Concluzii

1. Procesul globalizării învățământului lansează noi provocări în educație și impune necesitatea ajustării valorilor tradiționale la cele globale, ceea ce determină schimbări în paradigma educațională.

2. Educația constituie un fenomen uman complex și unitar, ce include mai multe dimensiuni care interacționează, participând activ la formarea personalității individului

3. *Educația prospectivă* reprezintă una dintre dimensiunile sectoriale ale activității de formare/dezvoltare a personalității, pentru a face față cerințelor de viitor, proiectate și realizate pe baza valorilor fundamentale umane.

4. *Modelul pedagogic al EP* reprezintă un concept pedagogic fundamental, de orientare, care direcționează toate aspectele actului educativ spre pregătirea beneficiarului educațional pentru viitor.

5. Educația prospectivă reprezintă o dimensiune educațională, care are drept scop formarea unei personalități capabile să se adapteze situațiilor și cerințelor de mâine, în funcție de experiența trecută și în baza analizei situației prezente.

Bibliografie

1. Văideanu G. *Educația la frontiera dintre milenii*. București: EDP, 1988, 318 p.
2. Bivol G. *Ghid practic al medicului de familie*. Ediția 1, Chișinău: Cartier, 2003.
3. Bajag M., Fondafan L., Frank K. *Educație pentru Sănătate*. Chișinău: Corpul Păcii SUA în Republica Moldova, 2001, 111 p.
4. Bursuc B. *Educație pentru sănătate*. Cluj-Napoca, 2005, p. 6-29.
5. Cuznețov L., Apostol Stanică L. *Psihologia sănătății ca domeniu științific de fundamentare a conduitelor pro-sănătate în contextul educației pentru sănătate a liceenilor*. În: Studia Universitatis, Seria Științe ale Educației, USM, 2009, nr. 9 (29), p. 101-122.
6. Druguș L. *Economica și Politică Sănătății. Managementul sănătății*. Iași: Ed. Sedcom Libris, 2000, 220 p.
7. Frank K., Murphy R., Nisteanu E. *Pentru un mod de viață mai sănătos*. Chișinău: Corpul Păcii SUA în Republica Moldova, 2001, 298 p.
8. Galieta Minca D., Grigorie M. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. Suport de curs destinat învățământului postuniversitar. Ediția a II-a. București: Carol Davila, 2004, 346 p.
9. Zepca V. *ABC-ul Sănătății*. Chișinău-Iași: Polirom, 2003, 58 p.
10. Berger G. *Omul modern și educația sa*. În: Psihologie și educație. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1973, 101 p.
11. Huberman A. *Cum se produc schimbările în educație*. În: Contribuție la studiul inovației. București: Ed. Didactică și Pedagogică, 1978, p. 5-25.

Prezentat la 07.07.2013

REZULTATELE
EXPERIMENTĂRII
MODELULUI PEDAGOGIC
ÎN EDUCAȚIA PENTRU SĂNĂTATE
PROMOVATĂ DE ASISTENȚII MEDICALI

Angela BARONCEA,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

The experiment results of the pedagogical model in the health education of the medical assistants

In this scientific paper there are described the experiment results of the pedagogical model in the health education of the medical assistants whose purpose was the validation of the health education focused on the formation of prospective competencies of the health promotion by the medical assistants at the community level.

The experiment results of the pedagogical model include: the analysis of the thematic refinement module, education for health, the determination of the prospective competencies level in the domain of the health education, the experimental intervention for refinement, the medical assistance in internal diseases, the establishment of the formation level of the prospective competencies on the basis of the final test.

Keywords: *experiment, module, education, validation, formation, competences, determination, prospective.*

Резюме

Результаты эксперимента педагогического модели образования здорового образа жизни медицинских сестер

В этой научной статье описаны результаты эксперимента педагогического модели с целью внедрения перспективного непрерывного формирования медицинских сестер в системе образования здорового образа жизни населению на общинном уровне. Результаты эксперимента педагогического модели включают в себя: анализ модели тематического образования здорового образа жизни, определение перспективного уровня компетенции в области здравоохранения, экспериментальное вмешательство для совершенствования медицинской помощи при внутренних болезнях, тестирование уровня перспективных компетенций медицинских сестер.

Ключевые слова: *эксперимент, модуль, образование, проверка, формирование, компетенция, определение, перспективы.*

Introducere

Procesul globalizării induce noi provocări educației, de aceea și impune necesitatea ajustării valorilor tradiționale la cele globale, ceea ce determină schimbări în paradigma educațională. Schimbările în paradigmele politice, sociale, economice solicită și ajustarea paradigmei educaționale, accentul fiind pus pe acțiune și participare.

Într-o societate economică bazată pe cunoaștere, investiția în proprietatea intelectuală și în capitalul uman este esențială. De aici și necesitatea particularizării unei dimensiuni specifice a procesului de formare a personalității, denumite *educație prospectivă* (EP), care devine deosebit de importantă. Restructurarea sistemului de formare continuă a asistenților medicali reprezintă un obiectiv strategic pentru dezvoltarea sistemului de sănătate din Republica Moldova. Determinarea unor modalități de stabilizare și dezvoltare a sistemului național de ocrotire a sănătății impune o analiză riguroasă a tendințelor mondiale, a practicilor educaționale prospective, ca factor determinant pentru dezvoltarea societății, precum și o analiză a situației actuale din sistemul sănătății. Dezideratul nominalizat este axat pe formarea de către specialiștii medicali cu studii medii de specialitate a unei culturi sanitare la toate grupurile sociale, precum și pe elaborarea, valorificarea strategiilor și mijloacelor educative adecvate formării unui comportament sănătos/mod sănătos de viață.

Problema cercetării este determinată de divergența dintre importanța formării medicale continue prospective, pe de o parte, și absența unui model de formare continuă prospectivă a asistenților medicali, axat pe educația pentru sănătate, pe de altă parte.

Scopul experimentului a fost validarea educației pentru sănătate centrate pe formarea competențelor prospective de promovare a sănătății de către asistenții medicali la nivel comunitar.

Obiectivele experimentului:

- analiza modulului de perfecționare tematică *Educație pentru sănătate*;
- diagnosticarea nivelului de competențe prospective în domeniul educație pentru sănătate la eșantionul implicat în experiment;
- intervenția experimentală prin intermediul modulului de perfecționare *Asistența medicală în boli interne* (demers disciplinar) și a modulului de perfecționare tematică *Educație pentru sănătate* (demers infuzional);
- stabilirea, în baza testării finale, a nivelului de formare a competențelor prospective (în grupul experimental și în grupul de control).

Metode și tehnici de investigație

Studiul a fost realizat în cadrul Departamentului de Formare Medicală Continuă cu Studii Medii a Specialiștilor Medicali și Farmaciști. Pentru demonstrarea funcționalității modelului proiectat de noi s-au parcurs trei etape.

Pentru realizarea demersului investigativ, s-au utilizat următoarele metode:

- *analiza documentelor oficiale* (Legea Învățământului, Politica Națională de Sănătate 2007-2012, Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada 2008-2017 și curricula disciplinară);
- *chestionarul „Evaluarea aspectelor dimensiunii prospective”* pentru cursanți;
- *chestionarul „Evaluarea nivelului de formare a competențelor prospective”* după demersul autonom pentru cursanți.

În perioada 2009-2010, prin intermediul experimentului formativ, în care au fost implicați cursanții de la specialitatea *Medicina generală, calificarea Asistent medical*, ne-am axat pe formarea competențelor specifice în educația pentru sănătate din cadrul disciplinei *Asistența medicală în boli interne*, iar în perioada 2010-2011 am realizat experimentul formativ cu cursanții de la specialitatea *Medicina generală*, axat pe educația pentru sănătate, centrată pe formarea competențelor prospective de promovare a sănătății de către asistenții medicali la nivel comunitar.

Metodologia de formare a competențelor prospective a respectat principiile și strategiile de formare ale acestora, prevăzute de EP, iar drept suport au servit etapele de formare a competențelor prospective la asistenții medicali.

Pentru o evaluare corectă a competențelor prospective, a fost analizată curricula disciplinară, evidențiind nivelul de proiectare a dimensiunii prospective și evaluarea nivelului de realizare a competențelor prospective (anticipare, planificare și direcționare) de către cadrele didactice în procesul educațional.

Rezultate și discuții

În viziunea noastră, *educația prospectivă* reprezintă una dintre dimensiunile sectoriale ale activității de formare/dezvoltare a personalității, pentru a face față cerințelor de viitor, proiectată și realizată pe baza valorilor fundamentale umane.

Modelul pedagogic al EP, ce reprezintă un concept pedagogic fundamental, de orientare, direcționează toate aspectele actului educativ spre pregătirea beneficiarului educațional pentru viitor.

În structura *Modelului pedagogic al FCP* sunt incluse :

- *fundamente teoretice* – partea I a modelului, reprezentată prin: 1) caracteristicile EP; 2) funcțiile EP și 3) principiile EP;
- *fundamente praxiologice* – partea II a modelului axat pe curricula.

Modelul pedagogic al FCP reprezintă o construcție teoretico-praxiologică, necesară pentru realizarea cu succes a procesului de instruire și educare în conformitate cu aspirațiile, competențele și posibilitățile cadrului didactic, cu cele ale educabililor, dar și cu necesitățile sociale. La elaborarea *Modelului pedagogic al FCP* s-a ținut cont de specificul influenței schimbărilor globale asupra societății și de cerințele actuale ale angajatorilor.

La nivel de obiective, a fost realizată o amplă analiză a modulului de perfecționare **Asistența medicală în boli interne** și modulului de perfecționare tematică **Educație pentru sănătate**, corelându-se obiectivele generale cu cele de referință. În acest mod am urmărit să evidențiem în ce măsură este prezentă în curricula de formare continuă dimensiunea prospectivă: *anticipare, planificare și direcționare în domeniul educației pentru sănătate*.

Analiza documentelor atestă următoarele:

- *la modulul de perfecționare Asistența medicală în boli interne* au fost identificate obiective de nivelul I (cunoaștere) – 2, de nivelul II (aplicare) – 3 și de nivelul III (integrare) – 1.;
- *la modulul de perfecționare tematică Educație pentru sănătate*, din cele 11 obiective specificate: 6 – nivelul I, 3 – nivelul II și 2 – nivelul III, fiind identificate 4 obiective referitoare la proiectare.

Am determinat că 33,33% sunt obiective de nivelul I; 50,00% – de nivelul II (dintre care 33,33% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.) și 16,66% – de nivelul III.

Analizând proiectarea finalităților prospective (anticipare, planificare și direcționare) în modulul de perfecționare tematică **Educație pentru sănătate** la nivel de obiective, am evidențiat următoarele rezultate: 54,54% sunt obiective de nivelul I; 27,27% – de nivelul II (dintre care 33,33% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.) și 18,62% – de nivelul III; dintre toate obiectivele 36,36% au o orientare prospectivă – să planifice, să elaboreze, să proiecteze etc.). Datele prezentate în diagramă atestă o tendință pozitivă.

a) Determinarea nivelului de formare a competențelor prospective (demers disciplinar)

Înainte de realizarea experimentului pedagogic propriu-zis, am determinat nivelul de formare a competențelor prospective în grupul-țintă (calificarea *Asistent medical* – 75 cursanți) și în grupul

de control (calificarea Moaşe – 75 cursanți). În acest scop, am utilizat *Matricea de evaluare* și chestionarul *Evaluarea aspectelor dimensiunii prospective*; aplicat la etapa de constatare. Chestionarul s-a axat pe trei dimensiuni: *competența de anticipare, cea de planificare și competența de direcționare în educația pentru sănătate la nivel de comunitate*. Ca urmare s-a constatat că ambele grupuri de respondenți au oferit răspunsuri incomplete sau nu au răspuns. În cele ce urmează, prezentăm câteva exemple de itemi și răspunsurile obținute prin acest chestionar.

1. Anticipați schimbările ce pot să apară în comunitate în urma educației pentru sănătate. Exemplificați.

Eșantionul din grupul-țintă și din grupul de control a afirmat următoarele schimbări:

- familiarizarea membrilor comunității cu necesitatea alimentației sănătoase,
- cunoștințe privind efectele negative ale abuzului de alcool asupra organismului,
- posibilitatea de poluare a mediului inconjurător cu deșeuri,
- influența negativă asupra organismului a apei poluate etc.

2. Care sunt riscurile de sănătate în funcție de factorii nocivi?

Respondenții cu calificarea *Asistent medical* au menționat următoarele riscuri:

- modificarea funcției sistemelor respirator și digestiv,
- dereglarea funcției sistemului uro-excretor,
- persoana umană devine ineficientă în prevenirea unor maladii.

Cursanții cu calificarea *Moaşe* au menționat:

- întotdeauna vor fi efecte negative asupra dezvoltării fătului,
- rolul factorilor mediului asupra dezvoltării organismului fetițelor,
- existența multor schimbări și a multor probleme va necesita soluționarea problemelor din mai multe perspective.

Răspunsurile date confirmă faptul că subiecții anticipă oarecum intuitiv atât schimbările din domeniul profesional/medical, cât și riscurile acestor schimbări pentru viitor. Rezultatele obținute ne-au permis să selectăm grupul de studenți care va fi implicat în experimentul formativ după demersul *autonomiei* și cel care va fi implicat după demersul *infuzional*.

3. Obişnuiți să planificați timpul în realizarea activităților de promovare a sănătății în rândurile populației din comunitatea Dvs.?

Prin acest item am dorit să înțelegem semnificația atribuită performanțelor personale. La această întrebare, 24% subiecți cu calificarea *Asistent medical* și 34% cu calificarea *Moaşe* au răspuns „Nu”.

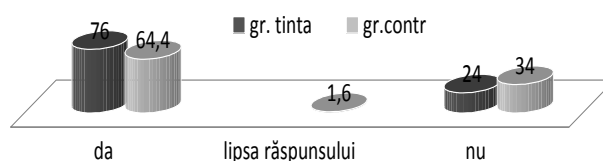


Figura 1. Planificarea timpului (pretest)

Conform datelor din figura 1, mai mult de 60% din subiecții de la ambele specialități menționează că sunt obișnuiți să-și planifice timpul acordat educației pentru sănătate. Diferențele nesemnificative dintre rezultatele înregistrate în cele două grupuri pot fi explicate prin faptul că cursanții de la calificarea *Asistent medical* pun accentul pe planificare, ca una dintre funcțiile de bază ale activității lor.

4. Este planificarea educației pentru sănătate un factor determinant în realizarea performanțelor personale?

35% dintre cursanții de la calificarea *Asistent medical* consideră că „da”, iar 9% cursanți de la calificarea *Moaşe* consideră că „nu”.

Tabelul 1

Frecvența planificării

NNr: d/o	PRETEST	DA	NU	LIPSA DE RASPUNS
11.	Asistent medical	35%	4%	61%
22.	Moaşe	17%	9%	74%

Acest rezultat este unul foarte modest, deoarece a trasa obiective sau a accepta responsabilități încă nu înseamnă a avea și un plan concret de acțiuni. Iar faptul de a avea un plan de acțiuni încă nu presupune și realizarea lui. Explicăm numărul mare de răspunsuri-lipsă prin neînțelegerea de către subiecți a impactului pe care îl are planificarea asupra creșterii performanțelor, prin anticiparea riscului de imposibilitate a realizării celor planificate sau prin lipsa competenței de a lua decizii.

5. Apreciați impactul acțiunilor planificate și al consecințelor lor.

Itemul acesta a fost formulat cu scopul de a verifica nivelul de formare a competenței de direcționare. Doar 5% dintre respondenți au prezentat răspunsuri de genul: „De multe ori nu planifici nimic și obții un rezultat mai bun, decât atunci când îți planifici ceva”.

6. Diminuați situațiile de criză ale activității profesionale.

La acest item au fost prezentate răspunsuri vagi și lipsite de sens, ca, de exemplu: „Nu ne-am gândit; trebuie să fie ceva”. O sinteză a răspunsurilor oferite de cursanți din ambele grupuri indică următoarele:

- subiecții sunt insuficient inițiați în demersul prospectiv, deși în procesul de formare continuă sunt realizate anumite acțiuni în vederea

- pregătirii prospective a beneficiarilor educaționali;
- 35% din respondenții de la calificarea *Asistent medical* și 17% de la calificarea *Moașe* sunt determinați în elaborarea unui plan de acțiuni propriu;
- subiecții sunt insuficient pregătiți în a anticipa consecințele propriilor acțiuni și în a direcționa acțiunile de realizare în practică a planului elaborat.

Analizând rezultatele experimentului de constatare, putem concluziona:

- achizițiile principale ale subiecților sunt cunoștințele (nivel cognitiv);
- 1/3 dintre respondenți sunt orientați spre planificarea acțiunilor;
- cursanții dispun de cunoștințe dispersate privind dimensiunea prospectivă.

Astfel, diferențele nefiind semnificative, cele două loturi au aproximativ aceeași bază de formare, diferă doar aspectele accentuate.

b) Determinarea nivelului de formare a competențelor prospective (demers infuzional)

În lotul experimental au fost incluși cursanții de la calificarea *Asistent medical* (46 cursanți) și de la calificarea *Moașe* (45 cursanți). Chestionarul a fost elaborat în baza matricei de evaluare în corespundere cu referențialul curricular al cursului *Asistența medicală în boli interne*, fiind respectate cele trei componente de formare a competenței prospective. Astfel, prin acest chestionar am urmărit să identificăm în ce măsură studiile medicale, în general, și cele de la cursul citat, în particular, pregătesc cursanții pentru viitor: prin anticiparea consecințelor comportamentale asupra sănătății, prin planificarea acțiunilor de modelare a comportamentului și prin direcționarea spre un stil sănătos de viață. În cele ce urmează, propunem câteva exemple de itemi.

- Axarea pe competența anticipativă:** anticipați schimbările în organismul adolescentului, legate de nerespectarea normelor nutriționale; anticipați consecințele lipsei normelor unui mod sănătos de viață într-un grup comunitar; anticipați consecințele sexului neprotejat asupra sănătății femeii; anticipați drepturile adolescentului pe care trebuie să le promovați în educația sexuală.

- Axarea pe competența de planificare:** elaborați un plan de educație igienico-sanitară adecvată într-un colectiv; propuneți modalități de dezvoltare a comunicării eficiente cu adolescenții.

- Axarea pe competența de direcționare:** direcționați comportamentul Dvs. în funcție de principiile stipulate în codul deontologic profesional; argumentați necesitatea comunicării etice profesionale în diferite grupuri de populație (adolescenți, persoa-

ne care fac abuz de alcool, fumători etc.); direcționați comportamentul Dvs. în funcție de cerințele profesiei, elaborați exemple; estimați importanța dezvoltării culturii comportamentale din școală.

Nivelul de formare a competențelor prospective a fost determinat prin intermediul indicatorilor care presupun comportamente concrete, elaborate pentru cele trei nivele de formare a competenței: de cunoaștere, de aplicare și de integrare. Datele sunt prezentate în tabelul 2.

Conform datelor prezentate în figura 2 și în tabelul 2, se observă tendințe asemănătoare pentru eșantioanele experimentale la nivelele I și II, pe când nivelul III este atins doar la competența de planificare. Acest fapt confirmă corectitudinea rezultatelor analizei curriculei la aceste specialități. Deși diferențele sunt nesemnificative, lotul de subiecți de la calificarea *Asistent medical* e puțin mai inițiat cu privire la competențele prospective. Am putea presupune că aceasta se datorează cursurilor de pregătire profesională, având un specific de orientare prospectivă

Tabelul 2

Nivelul de formare a competențelor prospective la „Asistența medicală în boli interne”

Nivelul de formare	Competențe	Asistent medical	Moașe
Nivelul de cunoaștere	Anticipare	64%	48%
	Planificare	50%	35%
	Direcționare	86%	85%
Nivelul de aplicare	Anticipare	36%	52%
	Planificare	40,5%	54%
	Direcționare	14%	15%
Nivelul de integrare	Anticipare	0%	0
	Planificare	9,5%	11%
	Direcționare	0%	0

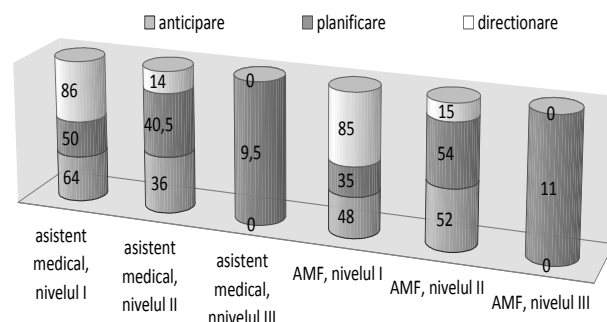


Figura 2. Ponderea competențelor specifice, formate în cadrul modulului „Educația pentru sănătate” la nivelurile I-III.

În concluzie menționăm că:

- în formarea competențelor prospective la cursanți, este necesară elaborarea unei metodologii de formare a competențelor în domeniul educației pentru sănătate, bazate pe instruirea interactivă;

- pentru formarea competențelor prospective, este necesară o abordare transdisciplinară a conținuturilor.

Ca urmare a acestor concluzii, am planificat etapa a doua a experimentului, axată pe următoarele obiective:

- formarea și ghidarea profesorilor spre elaborarea obiectivelor axate pe cele 3 tipuri de competențe prospective;
- organizarea procesului educațional proiectat în baza competențelor prospective conform reperelor metodologice de formare a competențelor respective.

În viziunea noastră, aspectele abordate au influențat desfășurarea procesului educațional. În același timp, aplicarea diverselor instrumente de instruire a permis selectarea strategiilor de lucru cu grupul-țintă.

Concluzii

1. Procesul globalizării lansează noi provocări educației și impune necesitatea ajustării valorilor tradiționale la cele globale, ceea ce determină schimbări în paradigma educațională.

2. Schimbările din domeniile politic, social, economic solicită și ajustarea paradigmei educaționale, accentul fiind pus pe acțiune și participare.

3. Metodologia de formare a competențelor prospective a respectat principiile și strategiile de formare a acestora, prevăzute de EP, iar drept suport au servit etapele de formare a competențelor prospective la asistenții medicali.

4. În rezultatul studiului, am identificat în ce măsură studiile medicale, în general, și cele de la cursul de *Asistența medicală în boli interne*, în particular, pregătesc cursanții pentru viitor: prin anticiparea consecințelor comportamentale asupra sănătății, prin planificarea acțiunilor de modelare a comportamentului.

Bibliografie

1. Galieta Minca D., Grigorie M. *Sănătate Publică și Management Sanitar*. Suport de curs destinat învățământului postuniversitar. Ediția a II-a. București: Carol Davila, 2004, 346 p.
2. Bajag M., Fondafan L., Frank K. *Educație pentru sănătate*. Chișinău: Corpul Păcii SUA în Republica Moldova, 2001, 111 p.
3. Bursuc B. *Educație pentru sănătate*. Cluj-Napoca, 2005, p. 6-29.
4. Antonesei L. *Polis și Paideia. Șapte studii despre educație, cultură și politici educative*. Iași: Polirom, 2005, 191 p.
5. Stanciu M. *Reforma conținuturilor învățământului*. Cadru metodologic. Iași: Polirom, 1999, 247 p.
6. Câmpianu V. *Dimensiunea globală a dezvoltării durabile*. București: Institutul Național de Cercetări Economice, 2006, 339 p.
7. Lungu V. *Educația prospectivă și cerințele societății de mâine*. Conferința Tehnico-Științifică a Colaboratorilor, Doctoranzilor și Studenților UTM, 15-17 noiembrie, Chișinău, 2008, p. 243-245.

Prezentat la 3.09.2013

Angela Baroncea
Tel.: 069195807

HUMAN RESOURCES OF
THE STATE SUPERVISION SERVICE
FOR PUBLIC HEALTH FROM
REPUBLIC OF MOLDOVA

Oleg GALBUR,

School of Public Health Management

Rezumat

Resursele umane ale Serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice din Republica Moldova

În articol sunt expuse rezultatele evaluării resurselor umane ale Serviciului de supraveghere de stat a sănătății publice (SSSSP) din Republica Moldova, în contextul reorganizării acestuia începând cu anul 2009. Rezultatele au demonstrat că evoluția resurselor umane din acest sector în ultimul deceniu a avut un caracter nefavorabil, caracterizându-se prin scăderea continuă a densității medicilor; distribuire geografică neuniformă, vârsta medie avansată a medicilor; predominarea specialiștilor de vârstă pre- și postpensionare, cota mare a medicilor fără instruire profesională continuă, orientarea medicilor tineri licențiați preponderent spre Chișinău sau spre alte domenii de activitate etc. Cele expuse sunt expresia unei crize profunde a SSSSP la capitolul resurse umane, potențialul uman disponibil fiind insuficient pentru a asigura calitatea și accesibilitatea serviciilor prestate, iar în lipsa unor intervenții neîntârziate ar putea să-l plaseze în incapacitate funcțională. Fiind evident faptul că cheia soluționării problemelor existente se află în interiorul SSSSP, este imperios necesar a fi elaborate și implementate, în regim prioritar, politici de sporire a atractivității SSSSP pentru medici, declarând resursele umane ca prioritate pentru activitatea eficientă atât a domeniului respectiv, cât și a sistemului de sănătate integral.

Cuvinte-cheie: resurse umane, medici, sănătate publică, servicii de sănătate.

Резюме

Человеческие ресурсы Службы Государственного надзора за общественным здоровьем Республики Молдова

В статье представлены результаты оценки человеческих ресурсов Службы Государственного надзора за общественным здоровьем Республики Молдова, в контексте ее реорганизации начиная с 2009 года. Результаты показали, что развитие человеческих ресурсов в этом секторе в последнее десятилетие имело неблагоприятный характер, характеризующийся непрерывным уменьшением плотности врачей, неравномерным географическим распределением, высоким средним возрастом врачей, преобладанием специалистов пред- и постпенсионного возраста, большой долей врачей без непрерывного профессионального обучения, ориентацией молодых лицензированных врачей главным образом на Кишинэу или на другие виды деятельности т.д. Изложенное является выражением глубокого кризиса человеческих ресурсов Службы Государственного надзора за общественным здоровьем, имеющийся человеческий потенциал будучи недостаточным для обеспечения качества и доступности услуг, что в отсутствие непромедлительных вмешательств может привести к ее функциональной недееспособности. Будучи очевидно, что ключ к решению существующих проблем находится внутри сектора, крайне важно разработать и внедрить, в приоритетном режиме, меры, направленные на повышение привлекательности для врачей, объявив человеческие ресурсы в качестве основного приоритета для эффективной деятельности данного сектора, а также системы здравоохранения в целом.

Ключевые слова: человеческие ресурсы, врачи, общественное здравоохранение, медицинское обслуживание.

Introduction

Through adopting the Law concerning the State Supervision Service for Public Health from Republic of Moldova in 2009, there was triggered the organizing process of the preventive medicine system existant at that moment, being created favourable premises for the modernization of this health compartment and the increasing of functional capacities [1].

At the same time, more literary sources mention the human resources as a decisive factor in the implementation of any reforms, being one of the most important components that determine the performance of the services. The human potential namely represents the resource of vital importance for all the organizations, that ensures the development, the competitiveness, the continuity and the durability of the provided services. The human resources are also the key element for a smooth functioning of the health system, that makes possible the individual or collective intervention in the public health sphere. For providing some qualitative and cost-effective health services, the health system needs a performant human potential, motivated, balanced from demographical point of view, open for change and implementation of the modern medical technologies, according to the rigors of the time [2, 3, 4].

The Researces and the analysis made on the chapter of human resources from public health sphere during the last years denote overall unfavorable

tendencies during the last 10 years, such as the continuous reduction of the total number of doctors, the high average age of the doctors, the patchy territorial and geographical distribution, the intersectoral imbalance, the low transparency of the decisional process, the inequities of advancement in career, the lack of competition, the low quality and reduced productivity of the provided services, that generate professional dissatisfaction, insufficient motivation, fluctuations of the medical personnel on different dimensions and, as a result, reduces the accessibility of the population to the qualitative medical services [5-8].

In this connection, it becomes an axiom the fact that the successful reorganization of the State Supervision Service for Public Health (SSSPH) from Republic of Moldova and the implementation of modern principles of activity is directly dependent on the available human potential quality, but also on the capacity of the sphere to attract, motivate and maintain the performant workforce. The health Policies promoted at national level during the last decade, target primarily the modernization of the human resources management, set concrete objectives and tasks for ensuring the public health sphere with a professional human potential, capable to offer the population performant health services [9-12].

For reaching these goals there were implemented more mechanisms motivating the doctors for activity in the disadvantaged regions, that unfortunately didn't sell off expected results, the public sphere continuing to deal with difficulties at the human resources chapter, that considerably affects the efficiency, accessibility and the costs of the health services [13, 14].

Despite the awareness of the vital role of human resources in the feasibility processes of reformation and modernization, although the reorganization of SSSPH started in 2009, till present day there were not made studies concerning the evaluation of human resources from this sphere, which would serve as a support for the authorities in the decisional process.

As a result, **the purpose of this study** was the evaluation and analysis of human resources (doctors) in SSSPH, the outlining of the developing tendencies during the last decade and the identification of some eventual solutions to the existant problems.

Materials and methods

The research represents an evaluation of the human resources in State Supervision Service for Public Health in Republic of Moldova, based on own researches and official statistical data published by the speciality organs.

The Study includes the period between 2003-2012, being given the fact that, starting with 2003 there was adopted a new administrative-territorial

organization of the country, that involved also the restructuring of principles of statistical reporting, during the same year there was resumed the division for placing in the working field of the young specialists with medical studies, there was definitively regulated the postgraduated training of the doctors, that ensured conditions for truthfull and comparable evaluations on different dimensions.

Results and discussions

For the year 2012 in the State Supervision Service for Public Health there were approved totally 787,75 positions of doctors, where activated totally 532 doctors, being occupied totally 641,5 positions (approximately 87%). From the total number of the doctors in SSSPH, which is approximately of 5% from the total number of doctors from the public health sphere (10551), 117 doctors worked in the municipal institutions (Chisinau and Balti), 231 doctors worked in the district institutions (34 district centers of public health) and 184 doctors worked in the republican institutions, including 73 doctors that worked in the scientific field.

During this period the total number of the doctors in SSSPH had a tendency of continuous decrease from the 574 in 2003 to 532 in 2012, the lower level of this sign being registered in 2010 (521). The same tendency was characteristic also for the public health sphere overall, where the total number of the doctors reduced from 10978 in 2003 to 10570 in 2012, although the total number of the doctors from the health system gradually grew, what denotes that the fluctuations of the human resources took place mainly inside. So, in the health system in 2003 worked 12649 doctors, subsequently the number continuously grew to 12914 and only in 2012 the total number of the doctors registered a reduction to 120 doctors (*tab. 1*).

Table 1

The Evolution of the number of doctors during the period 2003-2012

Years Doctors	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Health system	12649	12555	12577	12674	12733	12684	12783	12780	12914	12794
Public sector of the health system	10978	10753	10833	10767	10646	10723	10784	10619	10657	10570
SSSPH	574	547	532	539	544	530	529	521	549	532
Primary Healthcare	2101	2096	2066	2031	2001	1947	1915	1873	1852	1824
Emergency Medical Service	407	479	492	502	501	512	520	502	502	497

At the same time, a dynamic of obvious unfavourable character was registered in the sphere of primary healthcare, where the total number of

the family doctors during this period reduced to approximately 14%. The only sphere with a positive evolution in this line was that of emergency care, which during the last ten years registered a growth of the total number of doctors with approximately 22%. As follows, the outlined tendencies during the last decade on the human resources chapter proves that in the public health sphere with severe difficulties confronts, especially, the primary healthcare and SSSPH. The reduction of the number of doctors from SSSPH is the expression and the proof, at the same time, of the reduction of attractiveness in this sphere of activity, what determined the reorientation of the doctors to other sphere of activity, but also reduced the number of young doctors employed in the corresponding field. So, the rate of the doctors employed in the period of 2003-2012 from the total number of doctors from SSSPH is of approximately 13%, including only approximately 7% of licensed doctors during the same period, from which the majority of those employed during the last decade are found in the institutions from mun. Chisinau.

Obviously, these tendencies had an unfavorable impact also on the degree of ensuring the population with doctors from the SSSPH, this sign reducing during the last ten years from 1,7 to 1,5 at 10 thousand inhabitants. The Density of doctors from SSSSP reduced not only in the rural area, a phenomenon characteristic to all the categories of doctors, but also in the urban area, so that in Chisinau this sign reduced from 1,4 to 1,1. Despite the growth of the number of doctors in Chisinau, the only category of doctors, whose number reduced during the last decade are those from SSSPH. Although during the same period the density of doctors reduced also in Balti from 2,0 to 1,7, the level of this sign remains the highest from the sphere (fig. 1A).

At a district level, during the corresponding period, the density of the doctors from SSSPH mentained to be in the limits of a restricted interval (0,9-1,0), this level being much lower in comparison to the average level per sector (1,5-1,7), what denotes that the district localities are the least attractive for the doctors, and the situation remains unchanged during the last years, despite the efforts of the authorities to attract the lycensed doctors in the unfavourable regions. The density of the doctors from SSSPH differs considerably and in the geographical aspect, so that in the North of the country this sign mentained in the limits of 1,1-1,2, a higher level in comparison to the Center and South regions, where the assurance with doctors, starting with the year 2007, is approximately of 0,8 or twice less than on the sector level (fig. 1B). The displayed results denote that during the last decade the density of the doctors

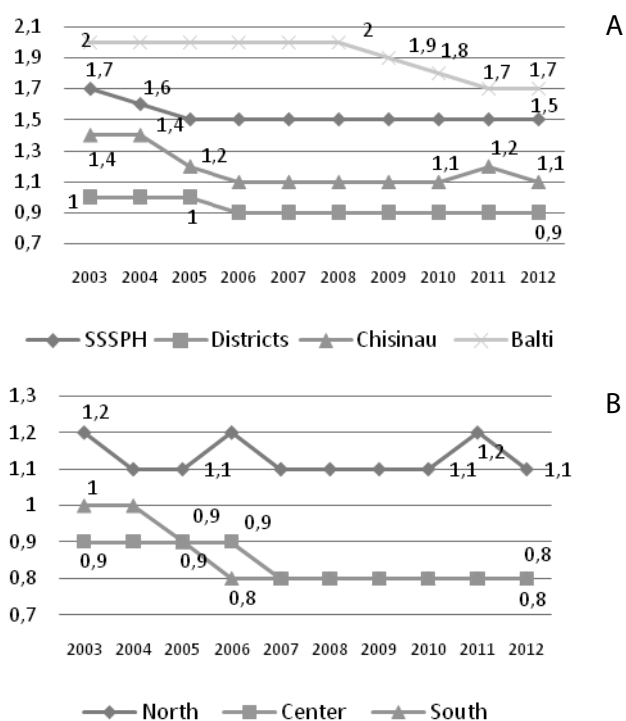


Figure 1. The Evolution of the density of doctors from SSSPH during the years 2003-2012 on the rural-urban dimension (A) and on the geografic regions (B) (at 10 thousand inhabitants)

from SSSPH mentained to be at a relative constant level, but absolutely unsatisfactory, with insignificant fluctuations inside the sector. The assurance with doctors is extremely reduced in the districts Leova (0,2), Criuleni (0,3) and Basarabeasca (0,3), but also in the districts Nisporeni (0,5) and Sangerei (0,5), these being the districts with the most serious problems at the human resources chapter, practically being in difficulty the ensuring of the quality of provided services. The highest level of the density of doctors from SSSPH was registered in the district Donduseni (1,8), but also in the districts Ialoveni (1,5), Ocnita (1,4) and Stefan-Voda (1,4) (fig. 2).

The results of the analysis show that at a geographical aspect there doesn't exist any well defined tendencies in ensuring the population with doctors of SSSPH, although in general, the north districts register signs relatively more favorable at this chapter.

In mun. Chisinau, whose present population at the beginning of the year 2013 was of appoximately 20% from the total number of the present population in the country, works appoximately 40% from the total number of doctors from SSSPH. Taking into consideration also the doctors that activate in departmental institutions located mostly in Chisinau, but also the doctors that activate in Balti, we can affirm that almost half of the total number of doctors from SSSPH are concentrated in the urban environment.

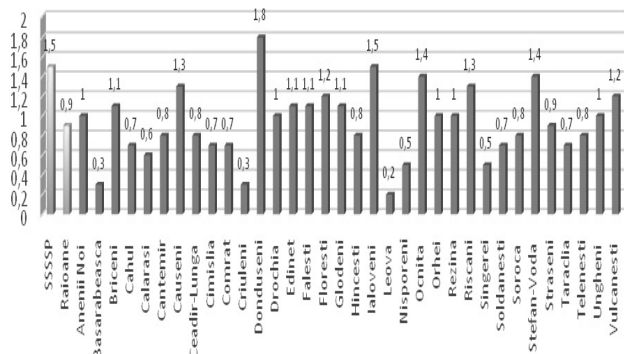


Figure 2. The Density of doctors from SSSPH in 2012 in the districts of the country (at 10 thousand inhabitants)

Although this difference on urban-rural dimension can be partly explained by the locating in Chisinau of the National Center of Public Health, which is an institution of republican statute, however, from the point of view of the disposable human potential, the state supervision services of public health are more accessible for the population from the urban localities in comparison to the rural environment.

The division on different categories of age of the doctors from SSSPH denotes that only approximately 12% are under 40 years old, approximately 46% are between 40 and 60 years old and approximately 42% are over 60 years old (fig. 3A). The absolute majority of the doctors (approximately 60%) are between 50 and 70 years old, and approximately 8% are over 70, including 9 doctors of over 75 years old. The division on age categories of the doctors at a district level coincide, in general lines, with that on a national level, but in Chisinau there were outlined some peculiarities, as the rate of the doctors with the age up to 40 years old (17%) being higher and the rate of those over 60 years old being lower (36%), a proof that during the last decade, the majority of the young doctors preferred to get employed in Chisinau. The average age of the doctors from SSSPH at a national level is of approximately 53 years old, in Chisinau this sign being equal to approximately 52 years old and at a district level – approximately 55 years old.

These data restore an unfavorable demographical picture of the human resources from SSSPH, being given the fact that there prevails the age of the doctors over 50 years old, and the rate of those of higher age is clear superior to those of young age. So, only approximately a doctor from ten is under 40 years old, and almost every the third doctor is over 60 years old. This phenomenon with an unsatisfactory character, which although coincide with the tendencies of the population at a national level of getting old, can generate in perspective severe difficulties for ensuring the continuity and the balance between different age generations.

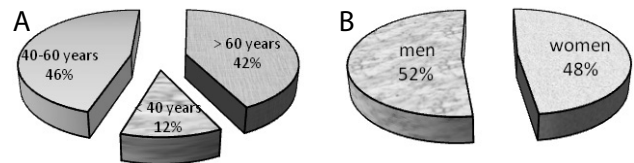


Figure 3. The ratio according to age (A) and sex (B) of the doctors from SSSPH

Approximately 48% from the doctors from SSSPH are women and approximately 52% are men, that corresponds to the repartition on sexes of the population at a national level (48% barbati si 52% femei), but considerably differs from the repartition of the doctors on sexes at public health sphere level, where approximately 42% are men and approximately 58% are women (fig. 3B). There exist some differences of this sign on urban-rural dimension, so that in Chisinau there is seen a prevalence of the doctors of female sex (54%), and in the districts prevale the doctors of male sex (55%). Despite these differences, the repartition according to the gender of the doctors in SSSPH is balanced, what confirms the fair access to the training in the field, to the exercising of the corresponding profession and the developing of the career, indifferent of the sex.

From the total number of the doctors from SSSPH almost half are hygienists (48%), and a half are epidemiologists (29%) and microbiologists (23%), that corresponds to the ratio of the approved positions for these categories of specialists at the sector level (fig. 4A).

The analysis of the evolution in dynamic of the density of doctors in SSSPH according to the qualifications denotes that at a district level this sign registered insignificant fluctuations in case of the hygienist doctors (0,7-0,8) and microbiologists doctors (0,3-0,4), the density of the epidemiologists doctors remaining constant during the last decade (0,4). This constancy of the indicators cannot be considered satisfactory, being given the considerable number of positions remaining vacant during the last decade (tab. 2).

So, from the total number of 233,25 positions of epidemiologists doctors approved for the year 2012 there were occupied only 177 positions by 143 doctors, what supposes that approximately 1/4 from the approved positions remained vacant during the year. The same picture was registered also in the case of the hygienists doctors, for whom were totally approved 398,75 positions, being occupied only 318,75 by 260 persons, so that approximately 1/5 from the positions remained vacant. Only the positions of the microbiologists doctors were completed almost integral, from 150,75 approved being occupied 142 by 124 doctors, what supposes that only approximately 6% of the positions remained vacant during the year. These data denote that the

human resources existant in SSSPH are disposable to cover in reality only approximately 2/3 from the total number of the approved positions, respectively every the third position of doctor was vacant, although a considerable part of the positions were occupied through cumulation.

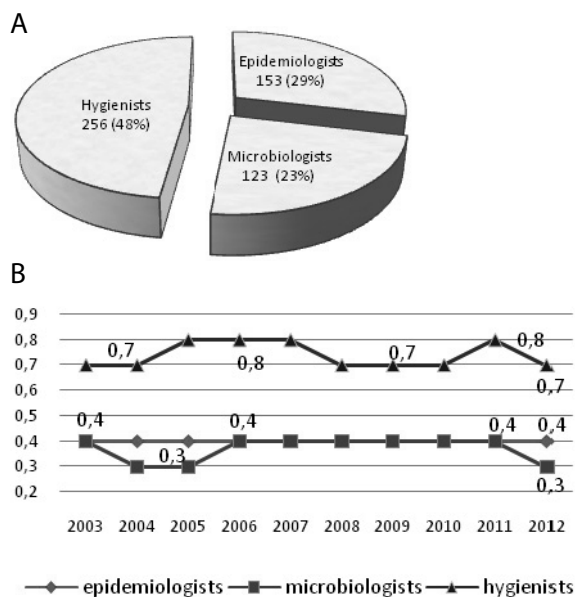


Figure 4. The Repartition on qualifications of the doctors from SSSPH (A) and the evolution in dynamic of the density of these (B) (at 10 thousand population)

Table 2

The repartition of the approved and occupied positions by the doctors (2012)

	Approved positions	Occupied positions	Doctors
Epidemiologists, isinfectionists, parasitologists	238,25	180,75	148
• epidemiologists	233,25	177	143
• disinfectionists	1,5	1,5	1
• parasitologists	3,5	2,25	4
Microbiologists, virologists	150,75	142	124
• microbiologist	139	132	116
• virologists	11,75	10	8
Hygienists	398,75	318,75	260
• general hygiene	113,25	74	68
• children and adolescents hygiene	45,25	38,75	33
• food hygiene	55,75	48,75	42
• occupational hygiene	53,25	48,75	42
• radiation hygiene	12,75	10	6
• environmental and human habitat hygien	51,75	49,75	41
• health education	66,75	48,75	28
TOTAL	787,75	641,5	532

Approximately 69% from the total number of doctors of the SSSPH followed continuous professional instruction during the last five years, what supposes that approximately every the third doctor remained outside of this process. The degree of in-

volving into continuous professional instruction of the doctors from SSSPH is more unsatisfactory, in comparison to other categories of doctors, and this phenomenon can be the proof of some difficulties in ensuring the quality of the provided services.

According to the normative regulations in force, the level of professional qualification of the doctors is periodically evaluated in the specialized committees of the Ministry of Health. So, from the total number of the doctors of the SSSPH, approximately 53% have the superior category of professional qualification, approximately 10% have the second category, 7% have the third category, and approximately 30% do not have any category of professional qualification. These data denote that approximately every the third doctor do not have a category of professional qualification, respectively was not supposed to an evaluation in the specialized committees and cannot be confirmed the correspondence of the qualification level to the responsibilities of function. Although this survey did not evaluate the correlations between the level of professional qualification and the age, however hypotetically we can suppose that the majority of the doctors which did not confirm the level of professional qualification in the specialized committees are of elder age and refused the participating to the process of evaluation of the knowledges and practical abilities, a phenomenon that in conditions of a high deficiency of doctors is hard to deal with.

In the period between 2003-2012 there were totally lycensed 172 doctors in the corresponding domain, including 54 epidemiologists doctors, 70 hygienists doctors and 48 microbiologists doctors, and in case of employing of these according to the qualification, SSSPH would have been fully ensured with the necessary human resources (tab. 3).

At the same time, at the beginning of the year 2013, in the public sphere of health there activated only approximately 20% from the total number of doctors lycensed in the corresponding period, what supposes that only 1/5 from the lycensed doctors accepted to continue the professional activity according to the qualification in the SSSPH, and 4/3 directed to other spheres of activity. These data proves that the professional activity of the young doctors in the SSSPH is insufficient attractive and does not offer motivational opportunities for attracting and maintaining of these in the sphere, there existing different other options more advantageous for employing either in the health sphere or in other spheres of the national economy. Neiger after the year 2007, when there were implemented particular economical incentives for the young specialists, the situation did not change, and this phenomenon proves the seriosity of this problem not only in the SSSPH, but also in the wholly public sphere of health.

Table 3

The number of doctors from the field of the SSSPH licensed in the period between 2003-2012

Years \ Doctors	Epidemiologists	Hygienists	Microbiologists	Total
2003	-	5	6	11
2004	8	8	-	16
2005	7	15	7	29
2006	6	17	8	31
2007	11	4	4	19
2008	5	4	7	16
2009	1	2	1	4
2010	-	5	1	6
2011	16	10	14	40
2012	-	-	-	-
Total	54	70	48	172

During the last decade, the process of professional forming of the doctors in the corresponding sphere was in a continuous process of identification of some rezonable solutions for the national system of health, neiger unfinished till present day. In the context of adjusting the medical training to the rigors of the european community, there was optimized the process of forming the doctors from the preventive medicine sphere by unifying the university training in the General Medicine speciality, with a postgraduate specialization via residency in the corresponding domain. But subsequently, in the majority of the degree of ensuring the SSSPH with doctors, it was returned to a separate university training of the doctors for the corresponding sphere, and the impact and opportunity of this returning follows to be evaluated in the future, when the doctors from the first promotions would be lycensed.

So, in 2004 there were made changes in the „Nomenclature of the specialities for personnel training in the higher education institutions”, being included the speciality of „Public Health”, subsequently also included in the „Nomenclature of the spheres of professional training and of the specialities for personnel training in educational institutions”, approved in 2005, which is also in force till present. As a result of these legislative changes, starting with the year 2004, in the SUMF „Nicolae Testemitanu” started the admission to the speciality „Public Health”, annually being offered from state budget account a particular number of scholarships for university training in this speciality. Concomitant with the university training in the speciality „Public Health” there were offered state scholarships for the postgraduate training via residency at the specialities Epidemiology, Hygiene and Microbiology for the graduates of General Medicine faculty (tab. 4).

Despite all the efforts of the authorities to diversify and optimize the process of professional training of the doctors in SSSPH, the evaluation of the degree of getting involved in the working field of the doctors

lycensed in the corresponding domain till present denotes that the majority does not continue the professional activity according to the qualification, and the corresponding sphere continues to deal with hard difficulties at the human resources chapter.

Table 4

The number of scholarships for the university training in speciality „Public Health”

Years	The number of scholarships offered by the state for university training of the doctors in the speciality „Public Health”	The number of scholarships offered by the state for postgraduating training via residency in the specialities Epidemiology, Hygiene and Microbiology
2003	-	28
2004	40	35
2005	40	21
2006	60	21
2007	60	21
2008	85	21
2009	50	24
2010	50	35
2011	50	30
2012	50	52
Total	485	288

So, it is obvious that the key to solving the problems of the SSSPH at the chapter human resources is inside the sphere and is preponderant tight by the growth of attractiveness for activity and evolution in career, and the iar optimization of the professional training of the doctors can serve only as a support in solving these problems.

Moreover, the divergencies of conception and interpretation of the public health on different dimensions, the difference of visions on the process of university and postgraduating training of the doctors in this sphere, and also other different uncertainties, continues to generate confusions and difficulties in the identification of some feasible solutions at this chapter.

In conditions of economical difficulties and financial constraints, which would persist continuously, it follows to be identified inside the SSSPH pertinent solutions for the continuous development of the quality and accessibility to the health services. In this context, a primordial subject that is recommended to authorities to be examined is the optimization of using the human resources through efficient economical mechanisms as the diversification of the forms of providing the corresponding services, eventually, by implication of other categories of specialists with lower medical qualifications, and also with not medical qualifications.

Therefore, the low density of the doctors from this sphere of health, the lack of some positive tendencies and even the continuous aggravation of the

situation at this chapter during the last decade, the older age of the majority of doctors, the low involvement in the continuous professional training, the refusal of the young licensed doctors to accept to continue the activity according to the qualification, but also another factors denote about a picture of the human resources from SSSPH characterized as an unstable and unsatisfactory one, which in the absence of some decisive and prompt interventions, can degenerate into an extremely grave one on a medium and long term.

At the same time, the differences existant at the human resources chapter from the corresponding service in the european countries in relation to that from republic of Moldova, do not allow the execution of some relevant comparative evaluations, which can reflect the real state of the situation at this compartment.

Conclusions

1. The evolution of the human resources from the SSSPH during the last decade had an unfavorable character, and the disposable human potential continuously remains insufficient to ensure the quality and accessibility of the provided services at a national level.

2. The continuous diminution of the density number of doctors, the high average age of the doctors, the predominance of doctors of pre and post retirement age, the high rate of the doctors without continuous professional training during the last five years, not being evaluated the level of professional qualification of these, the preponderant orientation of the young licensed doctors to Chisinau or to other spheres of activity, despite the considerable investments during the studies and so on, are the expression of a deep crisis of the SSSPH at the human resources chapter and of the extremely low attractiveness of this sphere, which in absence of some radical prompt interventions, can place it into a functional incapacity.

3. The evolution of the indicators of human resources denotes that, a result of the reorganization of the SSSPH, up to nowadays it didn't succeed to create favorable conditions for improving the professional attractiveness, the development of the human resources, the attraction and maintenance of the young doctors, the evolution in career and professional satisfaction, what would contribute to the growth of motivation and the consolidation of the disposable human potential.

4. It is absolutely necessary to be elaborated and implemented, first of all, policies of improving the attractiveness of the SSSPH for the doctors, declaring the human resources as a primary priority for an efficient activity either of the corresponding sphere or of the wholly health system.

5. In conditions of continuous reduction of the number of doctors and the aging tendencies of these,

of the financial persistence constraints, the unfavorable social and demographical evolution follows to be identified inside the SSSPH pertinent solutions for the efficient management of the human resources through efficient economical mechanisms, including through diversifying and stratification of the process of providing the health services, the training of other categories of specialists with lower medical qualifications, and also not medical qualifications, that would enlarge the spectrum of the involved specialists and would increase the possibilities of ensuring the profile institutions with necessary working force.

Bibliography

1. Law nr. 10 din 03.02.2009 concerning the State Supervision Service for Public Health from Republic of Moldova. In: The Official Monitor of Republic of Moldova nr. 67 from 03.04.2009, art. 183.
2. Etco C. *Management in Health Sistem*. Chisinau: Epi-graf, 2006.
3. Tintiu D., Grosu Iu. *Public Health and Management*, Chisinau, 2007.
4. Tulchinsky Th. H., Varavikova E. A. *The New Public Health*. Second edition, 2009.
5. Lozan O., Galbur O., Jelamschi N. *Human resources policy for health in the Republic of Moldova*. In: Management in Health, vol. 12, no. 2, 2008.
6. Atun R., Richardson E., Shishkin S., Kacevicius G., Cio-canu M., Sava V. and Ancker S. *Moldova: Health system review. Health Systems in Transition*, 2008.
7. Galbur O. *Report concerning the evaluation (geographical, sectorial, on specialities, gender) of the human resources existent in the health system, the analysis of the tendencies for the last 7 years*. The Ministry of Health of Republic of Moldova, 2011.
8. Gramma R., Spinei L., Bivol A., Jemna St. *Analysis of the health of the population of Moldova through the prism of statistical indicators (for the period 2005-2009) / Analiza starii de sanatate a populatiei Republicii Moldova prin prisma indicatorilor statistici (pentru perioada 2005-2009)*. Assistance Center for Public Authorities, Chisinau, 2010.
9. *The National Politics of Health in the Republic of Moldova, 2007-2021*. The Ministry of Health from Republic of Moldova, Chisinau, 2006.
10. *The Strategy of increasing the health system during the period 2008-2017*. The Ministry of Health of RM, 2008.
11. *The Program of development of the medical and pharmaceutical education in the Republic of Moldova during the 2011-2020*. The Government Decision of the Republic of Moldova nr. 1006 from 27.10.2010.
12. *The Concept-framework development of the human resources from the health system*. The Ministry of Health of Republic of Moldova, 2012.
13. The Government Decision nr. 1345 from 30.11.2007 Concerning the granting of facilities to the young specialists with medical and pharmaceutical studies. In: The Official Monitor of Republic of Moldova nr.188-191 from 07.12.2007, art. 1386.
14. Galbur O. *Impact of the facilities offered by the state to young professionals in order to ensure health care institutions with physicians*. In: Medical Courier, nr. 5 (329), 2012.

Prezentat la 7 august 2013

Oleg Galbur, conf. univ.,
 Școala de Management în Sănătate Publică
 Tel.: 022209924 (serv.), 079472249 (mob.)
 E-mail: galburolg@yahoo.com

ALGORITMUL DE EVALUARE A RISCULUI EȘECULUI TRATAMENTULUI TUBERCULOZEI PULMONARE

Evelina LESNIC,
Catedra Pneumoftiziologie, IP USMF
Nicolae Testemițanu

Summary

Algorithm of antituberculosis treatment failure risk evaluation

R Moldova reports the highest incidence of tuberculosis (114,3/100.000) in European Regions, the lowest treatment success rate (52,3%) and the highest treatment failure rate (2009-6,2%, 2010-19,6%, 2011-3,6%). Using, a study group of 201 new pulmonary TB cases with treatment failure and a control group of 105 new pulmonary TB cases cured, were evaluated risk factors for antituberculosis treatment failure and was performed an algorithm of risk estimation of treatment failure.

Keywords: tuberculosis, antituberculosis treatment failure, risk factors.

Резюме

Алгоритм оценки риска неудачного лечения туберкулеза легких

Р. Молдова подтверждает самый высокий уровень заболеваемости туберкулезом (114,3/100.000), самый низкий уровень эффективности результата лечения (52,3%) и самый высокий уровень неудачного лечения туберкулеза легких (2009 – 6,2%, 2010 – 19,6%, 2011 – 3,6%) в Европейском Регионе. Были изучены причины неудачного лечения туберкулеза легких как факторов риска у основной группы, составленной из 201 ново-выявленных больных с неудачным лечением и соответственно у контрольной группы, составленной из 105 ново-выявленных больных с удачным лечением. Был составлен алгоритм оценки риска неудачного лечения для использования пневмофтизиатрами.

Ключевые слова: туберкулез, неудачное лечение туберкулеза, факторы риска.

Introducere

Tuberculoza reprezintă cea mai gravă problemă de sănătate publică, afectând populația la vârsta de maximă activitate economică. Obiectivele adoptate la cea de-a 44-a Adunare Mondială privind Sănătatea din 1991 au fost depistarea a 70% de cazuri noi de tuberculoză prin microscopia sputei și atingerea ratei succesului terapeutic de 85% în cazurile noi. În Regiunea Europeană, rata medie a succesului terapeutic înregistrat în 2009 a fost de 66%, cea mai mică s-a înregistrat în Moldova (<52,3%) [3, 9, 10]. De asemenea, rata eșecului în R. Moldova a fost raportată la valori peste media europeană de 5%: în 2006 – 10,9%, 2007 – 9,2%, 2008 – 7,4%, 2009 – 6,2% și în 2010 – 19,6% [1].

Cauzele eșecului terapeutic includ mai mulți factori, clasificați în: 1. factori biologici; 2. factori imunogenetici; 3. factori clinici și terapeutici; 5. factori social-epidemiologici; 6. factori administrativi.

Factorii biologici corelați cu eșecul, ce țin de macroorganism, sunt: vârsta cu risc ftziogen maxim (18-45 ani), sexul masculin, sarcina/lăuzia, comorbiditățile [8]. *Factorii biologici* ce țin de microorganism: populația micobacteriană rezistentă la preparatele antituberculoase, anumite spoligotipuri de micobacterii (*Beijing, Ural*) [2].

Factorii imunogenetici corelați cu eșecul sunt comorbiditățile, ce provoacă diminuarea severă a imunității mediate celular (infecția HIV, neoplaziile sistemului limfo-ganglionar, tratamentul cu blocanți TNF- α , diabetul zaharat) și a imunității umorale [8]. Anumite haplotipuri precum: *HLA-DQB1*0502, HLA-DR2* induc un risc crescut pentru eșec.

Factorii clinici corelați cu eșecul țin de particularitățile clinico-radiologice și severitatea tuberculozei, dar și de complicațiile asociate. Formele severe de tuberculoză (TB diseminată, TB fibrocavitară),acompaniate de complicații cu caracter de urgență (hemoptizii, pleurezie, pneumotorax, hidropneumotorax), au risc înalt de eșec terapeutic.

Factorii terapeutici corelați cu eșecul sunt: asocierea redusă și neregularitatea administrării preparatelor antituberculoase, individualizarea tratamentului standard, biovalabilitatea redusă a principiilor active (datorată co-morbidităților și calității suboptimale), calitatea negarantată a preparatelor [2, 11].

Factorii sociali și epidemiologici corelați cu eșecul sunt: statutul social-economic jos, statutul educațional incomplet, apartenența la grupuri sociale/etnice/religioase extreme, consumul cronic/abuziv de alcool, utilizarea drogurilor, grupurile social-epidemiologice periclitante (migranții, deținuții, persoanele fără loc de trai, bolnavii din focare epidemice) [5].

Factorii administrativi ce influențează rata eșecului includ toate nivelele de management al Programului Național de Control al Tuberculozei: asigurarea nesatisfăcătoare/cu întreruperi, reținerea și întârzierea în distribuirea medicamentelor antituberculoase, procurarea preparatelor fără garanția calității, transportul și păstrarea lor defectuoasă, ceea ce conferă biovalabilitate redusă, utilizarea preparatelor antituberculoase (precum rifampicina, streptomycină, fluoroquinolonele) în afecțiuni nespecifice [7].

Este îngrijorător faptul că majoritatea bolnavilor (90%) au mai mult de 2 factori de risc pentru eșec. Iar asocierea lor crește riscul mai mult decât severitatea unui singur factor de risc [6, 8]. Evaluarea factorilor de risc pentru eșecul tratamentului tuberculozei este importantă înaintea inițierii tratamentului, pentru a aplica măsurile de reducere a intensității riscurilor și creșterea eficacității terapeutice.

Scopul studiului a fost evaluarea cauzelor eșecului tratamentului bolnavilor de tuberculoză pulmonară, pentru elaborarea algoritmului de estimare a riscului eșecului terapeutic. Au fost formulate următoarele obiective: 1). studierea caracteristicilor generale, factorilor de risc sociali, economici și epidemiologici ai bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu eșec terapeutic; 2). evaluarea particularităților de depistare, a manifestărilor clinice, a aspectelor radiologice, caracteristicilor microbiologice și particularităților de tratament ale bolnavilor de tuberculoză pulmonară cu eșec terapeutic; 3). elaborarea algoritmului de estimare a riscului eșecului tratamentului tuberculozei.

Material și metode

Studiul este unul selectiv, descriptiv și retrospectiv de tip caz-control. Au fost incluse în studiu 306 cazuri noi de tuberculoză pulmonară, distribuite în 2 eșantioane: eșantionul de studiu (ES) – 201 bolnavi de TB pulmonară, care au dezvoltat eșec terapeutic, și eșantionul de control (EC) – 105 bolnavi de TB pulmonară, care au finisat cu succes tratamentul. Eșec a fost considerat pacientul la care froziul sputei la colorația Ziehl-Neelson a fost pozitiv după cinci sau mai multe luni de tratament. Succes terapeutic a fost considerat bolnavul vindecat sau cu tratament încheiat. Forța de asociere epidemiologică dintre factorul de risc și eșec a fost măsurată prin raportul probabilităților (RP) în baza tabelului de contingență 2x2. Semnificația statistică a fost determinată în baza testului de semnificație X^2 (chi²). Factorul a fost considerat cu risc redus dacă s-a inclus în intervalul valoric RP=1,2-1,6; cu risc moderat – RP=1,7-2,5; cu risc mare – RP >2,5.

Rezultate și discuții

Studiul factorilor de risc ai eșecului terapeutic, asociați caracteristicilor generale ale bolnavilor, a determinat predominarea nesemnificativă a bărbaților în eșantionul de studiu (71,14% vs. 62,86%). Sexul masculin a fost evaluat prin coeficientul RP=1,457 (Î 95%: 0.884-2,402), apreciat cu risc redus. Conform distribuției pacienților în două grupuri de vârstă – 18-44 ani și peste 44 ani, am obținut predominarea bolnavilor din grupul de vârstă de 18-44 ani, conferindu-i-se vârstei tinere risc redus, RP=1,321 (Î 95%: 0.814-2,142).

Fiecare al doilea bolnav evaluat avea studii medii complete (55,22% vs. 60,0% pacienți), totuși studiile incomplete (studiile primare și medii incomplete) au predominat în eșantionul de studiu (34,16% vs. 12,52%; p<0,05), fiind evaluate ca factor de risc moderat, RP=2,363 (Î 95%: 1.314-4,249). Matrimonial, statutul civil de persoană solitară (celibatar, divorțat, văduv) a predominat în eșantionul de studiu (67,23% vs. 38,23%; p<0,05), evaluat ca factor de risc moderat, RP=2,174 (Î 95%: 1.011-3.089). Majoritatea bolnavilor din ambele eșantioane nu erau angajați în câmpul de muncă (76,62% vs. 71,43%), statutul de neangajat a fost evaluat ca factor de risc redus, RP=1,311 (Î 95%: 0.768-2.237).

Condițiile de viață nesatisfăcătoare (absența domiciliului stabil, condiții igienice insalubre, condiții de muncă precare) au predominat în eșantionul de studiu (61,19% vs. 35,25%, p<0,01), conferindu-i-se RP=2,898 (Î 95%: 1,774-4,73), factor de risc înalt. Viciile sociale au predominat la fel în eșantionul de studiu: 48,25% bolnavi care au dezvoltat eșec au fost „consumatori cronici/abuzivi de alcool” vs. 12,38% (p<0,01), RP=6,601 (Î 95% 3,469-12,559), deci alcoolismul a fost evaluat ca factor de risc foarte înalt. Fumători activi au fost 81,59% vs. 64,35% (p<0,05), fumatul fiind apreciat ca factor de risc mediu, RP=1,857 (Î 95% 1.071-3,221).

Factorul epidemiologic al eșecului terapeutic a fost contactul tuberculos (39,31% vs. 22,64%, p<0,05), apreciat ca factor de risc mediu, RP=1,72 (Î 95% 1.163-2,543). Factori de risc medico-biologici au fost considerate bolile cu risc major pentru dezvoltarea tuberculozei (infecția HIV, patologiiile gastrointestinale, bolile cronice respiratorii nespecifice, diabetul zaharat, patologiiile psihiatrice și neurologice, patologiiile neoplazice și tratamentul imunomodulator). Bolile asociate au predominat în eșantionul de studiu: 143 (71,14%) vs. 51 (48,71%) (p<0,05), apreciate ca factor cu risc înalt, RP=2,611 (Î 95%: 1.611-4.259), majoritatea celor care au dezvoltat eșec fiind pluripatologici (78,57% vs. 23,63%, p<0,05).

Factorii de risc asociați particularităților clinice, radiologice și de tratament studiați au fost: calea de depistare, oportunitatea depistării, formele clinico-radiologice ale tuberculozei și complicațiile, sensibilitatea micobacteriilor, regimurile terapeutice, reacțiile adverse, aderența terapeutică. Prin examenul simptomatologic (calea pasivă), au fost depistați majoritatea bolnavilor din ambele eșantioane (77,61% vs. 69,52%), căii pasive i s-a conferit RP=1,521 (Î 95%: 0.893-2,586), factor cu risc redus. Durata simptomatologiei până la adresarea la medic a fost strâns corelată cu oportunitatea depistării.

Am stabilit că bolnavii depistați tardiv au predominat în eșantionul de studiu (56,22% vs. 32,38%, RP=1.747 (II 85%: 1.124-2,751) (p<0,05), factor de risc moderat. Localizarea bilaterală a tuberculozei pulmonare a prevalat în eșantionul de studiu (71,10% vs. 34,29%, p<0,01), conferindu-i-se RP=6,221 (II 95%: 3.811-8,148), valoare cu risc foarte înalt.

Procese extinse, cu afectarea a mai mult de 3 segmente pulmonare, au prevalat în eșantionul de studiu (93,01% vs 55,24%, p<0,01), conferindu-i-se RP=6,326 (II 95%: 4,564-9,058), cu valoare de risc foarte înalt. Complicațiile asociate evoluției procesului tuberculos, la depistare, au prevalat la fel în eșantionul de studiu (23,38% vs. 8,57%, p<0,05), fiind apreciate ca factor de risc înalt, RP=3,077 (II 95% 1.441-5,576). Caracteristica bacteriologică care conferă cel mai mare risc pentru eșecul tratamentului standard cu preparate anti-tuberculoase de linia 1 este rezistența la aceste medicamente. Conform rezultatelor testelor de sensibilitate a culturilor, s-a stabilit predominarea rezistenței în eșantionul de studiu (22,86% vs. 37,39%, p<0,05), RP=2,016 (II: 95%: 1.027-3,951), apreciat ca factor de risc mediu. Menționăm faptul de multidrorezistență (rezistență la cel puțin rifampicină și izoniazidă), care s-a constatat doar în eșantionul de studiu (18,96% vs. 0%).

Faza intensivă a tratamentului, realizată în condiții de ambulatoriu, s-a constatat la 4,47% din bolnavii eșantionului de studiu, comparativ cu spitalizarea tuturor pacienților din eșantionul

de control în primele două luni de tratament (p=0), conferindu-i-se tratamentului în condiții de ambulator RP=1,547 (II 95%: 1.422-1.683), valoare cu risc redus. Tratament antituberculos individualizat au urmat 9,45% din bolnavii eșantionului de studiu, comparativ cu tratamentul-standard al tuturor bolnavilor eșantionului de control (p=0) , evaluat ca factor de risc redus, RP=1,58 (II 95%: 1.447-1.726).

Reacțiile adverse la tratamentul antituberculos au predominat în eșantionul de studiu (11,94% vs. 0,95%, p<0,05), conferindu-i-se valoare cu risc redus, RP=1,59 (II 95%: 1.449-1.728). Nonaderența la regimul-standard de tratament s-a caracterizat prin neregularitatea prizei medicamentelor antituberculoase atât în faza intensivă, cât și în faza ambulatorie. S-a stabilit că 82,59% pacienți au luat neregulat tratamentul, comparativ cu aderența totală a bolnavilor EC (p=0), nonaderența fiind apreciată cu risc foarte înalt, RR= 4,18 (II 95%: 3.105- 5.631).

Ierarhia valorilor raportului probabilităților a stabilit următoarea ordine descendentă a factorilor de risc în funcție de forța lor de asociere epidemiologică cu eșecul terapeutic.

Tabelul 1

Ierarhia factorilor de risc ai eșecului tratamentului tuberculozei

<i>Factor de risc</i>	<i>Raportul probabilităților</i>
Localizare bilaterală	6,221 (II 95%: 3.811-8,148)
Tuberculoză extinsă	6,326 (II 95%: 4,564-9,058)
Consum cronic de alcool	6,601 (II 95% 3,469-12,559)
Nonaderență terapeutică	4,18 (II 95%: 3.105- 5.631)
Complicații	3,077 (II 95% 1.441-5,576)
Condiții de viață nesatisf.	2,898 (II 95%: 1,774-4,731)
Comorbidități	2,611 (II 95%: 1.611-4.259)
Studii incomplete	2,363 (II 95%: 1.314-4,249)
Persoană solitară	2,174 (II 95%:1.011-3.089)
Rezistență medicamentoasă	2,016 (II: 95%: 1.027-3,951)
Fumat	1,857 (II 95% 1.071-3,221)
Depistare tardivă	1.747 (II 85%: 1.124-2,751)
Reacții adverse	1,591 (II 95%: 1.449-1.728)
Tratament individualizat	1,581 (II 95%: 1.447-1.726)
Tratament ambulatoriu	1,547 (II 95%: 1.422-1.683)
Cale pasivă de depistare	1,521 (II 95%: 0.893-2,586)
Sex masculin	1,457 (II 95%: 0.884-2,402)
Vârstă tânără (18-44 ani)	1,321 (II 95%: 0.814-2,142).
Neangajare în câmpul muncii	1,311 (II 95%: 0.768-2.237).

Sinteza factorilor de risc ne-a permis clasarea lor conform categoriilor: *factori cu risc înalt* – proces tuberculos extins, localizat bilateral, cu complicații asociate, pe fundal de comorbidități; consum de alcool și nonaderență la tratament; *factori cu risc mediu* – statut civil defavorizat, studii incomplete, depistarea pe cale pasivă și tardivă, fumatul, tratamentul individualizat; în condiții de ambulatoriu, contact tuberculos, rezistență medicamentoasă. *Factori cu risc mic* – vârsta tânără (18-44 ani); sexul masculin, neangajarea în câmpul de muncă. Această ierarhie ne-a permis să elaborăm algoritmul de estimare a riscului eșecului terapeutic. După informarea pacientului, explicație și discuții interactive, urmate de semnarea consimțământului informat, medicul-pneumoftiziolog pune întrebări pacientului și bifează răspunsurile corespunzătoare. Completând algoritmul, sumează punctele obținute.

Tabelul 2

Algoritmul de evaluare a riscului eșecului tratamentului tuberculozei

Factor de risc	Factor	UC	Factor de risc	Factor	UC
Sex	Masculin	1	Depistare	Oportună	0
	Feminin	0		Tardivă	1
Studii	Primare/Medii incompl.	1	Localizare	Bilaterală	1
	Med./Spec./Superioare	0		Unilaterală	0
Statut civil	Căsătorit/concubinaj	0	Extensie	>3 segmente	1
	Celibatar/divorțat/văduv	1		1-2 segmente	0
Ocupația	Angajat	0	Complicații	Da	1
	Neang./Pens./Stud./Invalid	1		Nu	0
Condiții viață	Satisfăcătoare	0	Boli asociate	Da	1
	Nesatisfăcătoare	1		Nu	0
Consumator alcool	Cronic/abuziv	1	Rezistență	Da	1
	Ocazional/absent	0		Nu	0
Fumător	Da	1	Tratament	Standard	0
	Nu	0		Individualizat	1
Narcoman	Da	1	Reacții adverse	Da	1
	Nu	0		Nu	0
Contact TB	Da	1	Aderență	Da	0
	Nu	0		Nu	1
Calea depistării	Pasivă	1	DOT	Da	0
	Activă	0		Nu	0

Dacă suma este inclusă în intervalul 18-22 u.c., pacientul are risc înalt pentru eșec terapeutic; 10-17 u.c. constituie un risc moderat; <10 u.c. – risc mic pentru eșec.

Concluzii

1. Eșecul terapeutic a predominat la bărbați de vârstă tânără (18-44 ani), cu studii incomplete, neantrenați în câmpul de muncă, cu statul matrimonial defavorizat, cu condițiile de viață nesatisfăcătoare și cu viciile sociale (consumatori de alcool sau/și fumători), cu contact tuberculos, depistați pe calea pasivă, tardiv, cu forme severe și extinse, cu complicații de debut, pluripatologici. Antibiograma a determinat multidrogrezistență doar la bolnavii cu eșec. Majoritatea pacienților au urmat tratament standardizat, totuși tratamentul individualizat, administrat în ambulatoriu, cu reacții adverse a predominat în eșantionul cu eșec. Nonaderenți la tratament au fost 82,59% din bolnavii care au dezvoltat eșec, comparativ cu aderența completă a întregului eșantionul de control.

2. Prin evaluarea raportului probabilităților am determinat factorii cu risc înalt pentru eșec: tuberculoza extinsă, localizată bilateral, acompaniată de complicații, evoluând pe fundal tarat de comorbidități și vicii sociale, nonaderența terapeutică.

3. Aprecierea riscului eșecului terapeutic constituie un reper pentru instituirea măsurilor de intervenție de reducere a riscului.

Bibliografie

1. Bivol S., Scutelnicu O., Soltan V. Raport de studiu: *Factorii de risc asociați cu situațiile de abandon și eșec al tratamentului strict supravegheat al tuberculozei în Republica Moldova*. Chișinău, 2009, 37 p.

2. Capcelea L. *Tuberculoza și factorii ce influențează rata de succes*. În: *Curier Medical*, nr. 3 (327), 2012, p. 85-87.

3. Ciobanu A. ș.a. Raport de studiu: *Evaluarea factorilor de risc asociați aderenței la tratament a pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă înrolați în tratamentul DOTS PLUS*. Chișinău, 2010, 78 p.

4. Ciobanu S., Kavtaradze M. Raport de studiu: *Analiza comună a Programului Național de Profilaxie și Combatere a Tuberculozei din Republica Moldova*. Chișinău: Imprintstar, 2010, 46 p.

5. Ețco C., Moroșanu M., Capcelea L. *Medicina Socială. Îndrumări metodice*. Chișinău: Editura poligrafică: Medicina, 2010, 302 p.

6. Matcovschi S., Ustian A., Nikolenko I. *Tuberculoza și sărăcia*. În: *Buletinul Academiei de Științe a Moldovei*, nr. 2(6), 2006, p. 37-40.

7. Nalivaico N. *Concepția internațională în managementul tuberculozei în condițiile epidemiologiei contemporane*. În: *Bul. Acad. de Științe a Moldovei*, nr. 4(32), 2011, p. 206-211.

8. Pisarenco S., Gerbăș T. *Caracteristica tuberculozei pulmonare la pacienții cu divers risc de îmbolnăvire*. În: *Bul. Acad. de Științe a Moldovei*, nr. 2(6), 2006, p. 40-43.

9. Manissero D. *Analysis of tuberculosis treatment outcomes in the European Union and European Economic Area*. In: *Euro Surveillance*, 2010, v. 18, p. 195-199.

10. WHO. *Global tuberculosis control. Epidemiology, strategy, finances*. Report. Geneva, 2011, 113 p.

11. WHO. *Treatment of tuberculosis. Guidelines for national program*. 4th ed., Geneva, 2010, p. 147.

Prezentat la 4.07.2013

Evelina Lesnic, asis. univ.,
USMF N. Testemițanu
e-mail: evelinalesnic@yahoo.com
tel.: 069883302

ЭКСПЕРТНАЯ ОЦЕНКА
ОПРЕДЕЛЕНИЯ ОГРАНИЧЕНИЯ
ВОЗМОЖНОСТЕЙ И ТРУДОСПОСОБНОСТИ
ПРИ БОЛЕЗНЯХ ПОЧЕК

И. ЦЫБЫРНЭ, В. АНДРЕЕВ,
Государственный Университет Медицины
и Фармации им. Н. Тестемицану

Summary

Expert Assessment of Determining the Limited Potentialities and Working Capacities in Renal Diseases

This is a survey of literature that treats, on a contemporary scientific level, the problems of incidence, causes, pathogenesis, classification, clinical picture with the forms and variants of the disease development, complications and diagnosis of glomerulonephritis, including the differential one.

The rehabilitation measures in acute, subacute and chronic forms, in exacerbations, complications, the patients, repeated follow-up examinations and observation are discussed.

The determination of limited potentialities and working capacities lasting for short and long periods of time up to the determination of the degree of incapacity for work, indications for employment, though with changed working conditions, of those with acute, subacute and chronic diffuse glomerulonephritis are treated.

Keywords: acute, subacute, chronic, glomerulonephritis; etiology, pathogenesis, diagnosis, rehabilitation, employment.

Rezumat

Expertiza determinării posibilităților și a capacității de muncă limitate în afecțiunile renale

Prezentăm o trecere în revistă, la un nivel științific contemporan, a problemelor de incidență, a cauzelor, a clasificării, a tabloului clinic, cu formele și variantele de dezvoltare, a complicațiilor și a diagnosticării glomerulonefritei, inclusiv a diagnosticului diferențiat.

Sunt discutate măsurile de reabilitare în formele acute, subacute sau cronice, în acutizări și complicații, observarea bolnavilor luați în evidență.

Sunt examinate determinarea posibilităților și a capacității de muncă limitate, ce durează o perioadă scurtă sau îndelungată până la stabilirea gradului de limitare, indicațiile pentru angajarea în câmpul muncii cu condiții modificate a bolnavilor cu glomerulonefrită difuză acută, subacută sau cronică.

Cuvinte-cheie: glomerulonefrită difuză cronică, subacută, acută; etiologie, patogeneză, tablou clinic, diagnostic, reabilitare, angajare în câmpul muncii.

Обзор литературы

Актуальность изучения различных вопросов нефрологии определяется значительным удельным весом заболеваний почек в общей структуре заболеваемости терапевтических больных (Е.М. Тареев, 1958, 1972; А.Я. Ярошевский, Б.Б. Бондаренко, 1982). Среди различных заболеваний почек наибольшее клиническое и социальное значение имеет диффузный гломерулонефрит.

Хронический диффузный гломерулонефрит (ХДГН) составляет около 1-2% от всех терапевтических заболеваний (В.М. Гантмахер, Н.К. Зуфарова, 1982), много больных погибает от почечной недостаточности и значительная их часть в возрасте до 60 лет. Однако, удельный вес инвалидности, обусловленной ХДГН, в структуре первичной инвалидности сравнительно невысок.

Поскольку еще нет единой классификации группировки заболеваний почек, в практическом изложении мы полностью согласны с Б.Б. Бондаренко и соавт. (1971) сохранить понятие классического гломерулонефрита, который по клиническому течению бывает острый, подострый (быстро прогрессирующий), хронический диффузный и очаговый.

Острый диффузный гломерулонефрит

Острый диффузный гломерулонефрит (ОДГН) это двухстороннее воспаление почек с преимущественным поражением клубочкового аппарата инфекционно-иммунной природы всех возрастов, но чаще детского и молодого возраста.

Этиология, патогенез. Этиология и патогенез гломерулонефрита остаются не до конца решенными. Е.М. Тареев (2005) в этиологии нефритов большое значение придавал разнообразию неинфекционных факторов: лекарствам-анальгетикам, антибиотикам, нестероидным противовоспалительным препаратам (М.М. Батюшин и соавт., 2008, при длительном приеме анальгетика – метамизола – наблюдали развитие изменений со стороны почек; De Waal I.R. et al., 2011, у 3 пациентов во время приема антибиотика омепразола методом пункционной биопсии выявляли тубоинтерстициальный нефрит и т.д.); окружающей среды – свинец, кадмий; злоупотреблению алкоголем; химическим веществам; вакцинам, сывороточному белку (К. Kato et al., 2011, в эксперименте у мышей вызывали гломерулонефрит введением внутривенно большого количества белка); пищевым продуктам при индивидуальной непереносимости и т.д.

Однако доминирующее место в этиологии нефритов в наши дни занимает инфекционная причина. Так, в 90% случаев возникновению ОДГН предшествует вспышка инфекционного процесса (острая ангина, обострение хронического декомпенсированного тонзиллита, реже – катар верхних дыхательных путей, отиты, синуситы, оральная инфекция, пневмония, скарлатина и др.). Среди возбудителей инфекции большая роль принадлежит бета-гемолитическому стрептококку группы А, 12 и 4. Кроме стрептококковой инфекции развитию ОДГН может предшествовать стафилококковая, пневмококковая (S.H. Nasr et al., 2011, методом почечной биопсии выявляли гломерулонефрит у пожилых людей после перенесенной пневмонии), вирусная инфекция (вирусы гепатита В, С, Эпштейна-Барра, цитомегаловирус, ВИЧ-инфекция), кишечная палочка, австралийский антиген, грибки (S.M. Vagnasco et al., 2012, в пересаженной почки со сниженной функцией методом биопсии обнаружили кандидат *Albicans*).

Доказательством инфекционной природы возникновения ОДГН является также выявление антител ко многим вышеприведенным возбудителям в самой ткани почек, австралийского антигена в составе иммунного комплекса и т.д.

В патогенезе ОДГН экзогенные, а в некоторых случаях и эндогенные антигены (при волчаночном гломерулонефрите), вызывают повреждение клубочков, в результате чего они приобретают антигенные свойства и при соответствующей (повышенной) реактивности макроорганизма и, возможно, генетической обусловленности (слабости), начинают вырабатывать аутоантитела. Образующие иммунные комплексы антигена с антителом могут некоторое время циркулировать в крови, затем, попадая в клубочки, начинают фильтроваться, застревают в клубочковом фильтре и откладываются вдоль гломерулярных базальных мембран, вызывая их повреждение.

Далее сама базальная мембрана клубочка, т.е. сама стенка капилляра, становится также антигеном и вырабатываются антитела против самих мембран. Иммунные комплексы (V. Raissian et al., 2011, при остром диффузном тубулоинтерстициальном нефрите, методом биопсии с последующим гистологическим и иммунофенотипическим исследованием выявляли иммунные комплексы у 25 из 30 наблюдаемых больных) вызывают нарушение микроциркуляции (агрегация тромбоцитов, микротромбозы, микронекрозы) и в дальнейшем развивается базальное реактивное воспаление стенки капилляров. При гистологическом исследовании в конце недели с момента заболевания обнаруживается диффузная пролифе-

рация всех петель капилляров каждого клубочка и скопление лейкоцитов в просвете капилляров. При электронной микроскопии в базальной мембране выявляются иммунные комплексы.

Клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. Заболевание протекает в двух формах: *развернутой* – отеки, гипертензия, гематурия и др. и *моносимптомной* – только почечный синдром. В настоящее время моносимптомная форма встречается чаще чем развернутая.

Тенденция к снижению во всем мире острого диффузного гломерулонефрита в развернутой форме, по-видимому, обусловлена внедрением в клиническую практику антибиотиков, активным выявлением и лечением у больных хронических очагов инфекции, изменением реактивности организма и др.

В клинике ОДГН могут быть осложнения: сердечно-сосудистая недостаточность, эклампсия, анурия и выраженная азотемия. При значительном повышении артериального кровяного давления может развиваться эклампсия – головные боли, рвота, возбуждение, кратковременная потеря зрения, потеря сознания и появление судорог. Приступ длится 3-5 мин. и может повториться. В настоящее время, в связи с применением гипотензивных и мочегонных средств эклампсия представляет большую редкость.

При длительной олигурии и анурии может повыситься остаточный азот крови до выраженной азотемии. Так, В.М. Ермоленко и соавт. (2005) при идиопатическом остром тубоинтерстициальном нефрите с увеитом наблюдали во время болезни у 63-летней больной с олигурией повышение уровня креатинина до 1,9 ммоль/л., мочевины – до 59 ммоль/л.

В дифференциальной диагностике вызывают трудности различия между острым нефритом и обострением хронического нефрита, злокачественным вариантом гипертонической болезни, острым пиелонефритом.

При хроническом нефрите наблюдаются стойкая артериальная гипертония, гипертрофия левого желудочка сердца, изменение глазного дна, анемия, нарушение функции почек и т.д.

Наиболее информативным методом дифференциальной диагностики между острым нефритом и обострением хронического нефрита является пункционная биопсия. Для злокачественного течения гипертонической болезни характерны: высокое стойкое повышение артериального давления, особенно диастолического, гипертрофия левого желудочка сердца, отклонение ЭКГ влево, значительные изменения глазного дна и рано нарушается функция почек. Острый пиелонефрит

отличается от острого гломерулонефрита наличием лихорадки, ознобов, болями в пояснице и дизурическими расстройствами. Артериальное давление нормальное, отеки отсутствуют, в моче преобладают лейкоциты над эритроцитами и т.д. У взрослых больных ОДГН в 40% случаев переходит в хроническую форму.

Реабилитационные мероприятия, определение ограничения возможностей и трудоспособности. Больные острым диффузным гломерулонефритом подлежат госпитализации с соблюдением постельного режима, с назначением соответствующей диеты и медикаментозной терапии. Постельный режим необходим до полного исчезновения отеков, нормализации кровяного давления, уменьшения гематурии и протеинурии, уровня остаточного азота и т.д. В диете больных следует ограничить содержание поваренной соли, жидкости и временно белка.

После исчезновения отеков и нормализации кровяного давления назначают полноценное питание с ограничением поваренной соли. Медикаментозная терапия сводится к назначению: антибиотиков с минимальной нефротоксичностью для воздействия на микробную флору, послужившую первичным источником сенсibilизации; иммунодепрессантов (патогенетическая терапия) для воздействия на иммунное звено – димедрол, супрастин, препараты кальция, глюкокортикоиды, цитостатики, аскорбиновая кислота и др. (некоторые авторы считают, что кортикоиды, цитостатики показаны лишь при ОДГН с затяжным течением); антикоагулянтов и антиагрегантов – на гиперкоагуляцию; нестероидных противовоспалительных препаратов; гипотензивных при гипертонии; диуретиков при отеках; аминокaproновой кислоты при выраженной гематурии; сердечных гликозидов при сердечно-сосудистой недостаточности; гемодиализ при повышенном уровне остаточного азота в крови и т.д.

Общая продолжительность временного ограничения возможностей и трудоспособности при ОДГН должна быть не менее 2-4 мес.

Наибольшие затруднения в оценке ограничения возможностей и временной нетрудоспособности встречаются у лиц, у которых выздоровление наступило с дефектом – незначительная гематурия, протеинурия. Возможно таким больным целесообразно и продление больничного листа. Однако, продолжительность ограничения возможностей и временной нетрудоспособности у больных с ОДГН окончательно в Молдове решает Консилиум.

После стационарного лечения и выздоровления в поликлинических условиях больные,

перенесшие острый гломерулонефрит, должны находиться под диспансерным наблюдением семейного, участкового врача-терапевта не менее одного года и в течение 2 лет больные с дефектом выздоровления. С целью профилактики перехода ОДГН в ХДГН, больные освобождаются от нервного и тяжелого физического труда, работы на открытом воздухе, в сырых и холодных помещениях (профилактика переохлаждения), в ночную смену.

Рекомендуется придерживаться соответствующего питания – ограничением поваренной соли до 6 г. в сутки, отказ от острых блюд, экстрактивных веществ, алкогольных напитков и т.д. Улучшает прогноз перехода острого гломерулонефрита в хронический своевременная радикальная санация хронических очагов инфекции (удаление кариозных зубов, тонзиллэктомия при декомпенсированном тонзиллите и др.). Первый месяц следует еженедельно делать общий анализ мочи, измерять артериальное кровяное давление и следить за общим самочувствием. На 2-3 месяце контроль повторяют дважды в месяц. В последующие месяцы контроль осуществляется один раз в месяц. У больных с дефектом выздоровления контроль продолжается два года ежемесячно.

Все интеркурентные инфекции (грипп, катар верхних дыхательных путей и др.) на протяжении года после перенесенного ОДГН требуют лечения антибактериальными препаратами с назначением постельного режима, витаминов, антигистаминных препаратов и обязательного исследования мочи (общий анализ), артериального кровяного давления.

Профилактика ОДГН заключается в предупреждении острых инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей, в своевременной и полной санации очагов хронической инфекции любой локализации. Во всех случаях острой ангины, обострений отита, гайморита, хронического декомпенсированного тонзиллита, острого катара верхних дыхательных путей, гриппа и т.д. следует проводить соответствующее лечение и исследование мочи (общий анализ) как на фоне, так и после заболевания на 7-10 день, ограничить прием поваренной соли, принимать витамины, препараты кальция, особенно лицам склонным к аллергическим реакциям, не употреблять лекарств если есть другая терапия, а если необходимо принимать лекарства, то их следует ограничить меньшими количеством и дозами, с осторожностью подходить к введению вакцин, сывороток, к приему недоброкачественных пищевых продуктов и т.д.

Подострый диффузный гломерулонефрит

Подострый диффузный гломерулонефрит (ПДГН) характеризуется экстракапиллярным процессом, при котором одновременно имеется распространённое канальцевое интерстициальное поражение и фибриноидный некроз клубочков и артериол.

Считается, что злокачественное течение обусловлено состоянием реактивности организма и активностью иммунологических нарушений. Характерна триада течения ПДГН: нефротический синдром, артериальная гипертензия и почечная недостаточность.

В нефротическом синдроме – олигурия, значительная протеинурия (более 3,5 гр. белка в сутки), гематурия, цилиндрурия, азотемия. В крови резко снижено содержание белка, высокий уровень диастолического артериального давления, значительные изменения глазного дна, анемия.

Сроки временного ограничения возможностей и трудоспособности составляют около 4 месяцев. Учитывая неблагоприятный прогноз, больных следует направлять на Консилиум для определения степени ограничения возможностей, трудоспособности – тяжёлая или выраженная.

Хронический диффузный гломерулонефрит

Хронический диффузный гломерулонефрит (ХДГН) может развиваться непосредственно из ОДГН. В 30-50% случаев имеет место первично-хроническое начало развития заболевания (Е.М. Тареев, 1958, 1969, 1978; А.Я. Ярошевский, 1990), а по другим данным (Б.Б. Шулутко, А.Н. Ратнер, 1990), в 98% случаев ХДГН начинается сразу как хроническое заболевание.

Этиология, патогенез. Этиология и патогенез ХДГН аналогичны таковым как при ОДГН. Однако на стадии хронического диффузного гломерулонефрита, наряду с иммунным, добавляются и неиммунные механизмы – ишемия, повышение внутрисклубочкового давления, токсическое канальцевое действие фильтрующего белка, способствующие прогрессированию болезни. Если механизмы самозащиты клубочков перестают быть активными, то формируется и нарастает гломерулосклероз (Н.А. Мухин, 2005). Н.В. Чеботарева и соавт (2008) считают, что гладкомышечный α -Актин, как морфологический маркер, способствует прогрессированию и развитию фиброза почек у больных с ХДГН.

На основании результатов пункционной биопсии и принципов функциональной морфологии, некоторые авторы (В.В. Серов, 1968 и др.) рекомендуют различать основные типы/фазы ХДГН: мембранозная, пролиферативная, мембранозно-

пролиферативная, фибропластическая с вариантом мезангиально-пролиферативным в 60% всех случаях ХДГН (Б.Б. Шулутко, А.М. Ратнер, 1990).

Клиника, диагноз, дифференциальный диагноз. В зависимости от тех или иных клинических проявлений, выделяют четыре формы: латентную, нефротическую, гипертоническую и смешанную. Каждая из этих форм имеет два периода: компенсации почечных функций и декомпенсации – хроническая почечная недостаточность. Обострение всех форм ХДГН чаще отмечается при вспышках очаговых инфекций, интеркуррентных заболеваний и переохлаждения.

Латентная форма проявляется мочевым синдромом в виде протеинурии, эритроцитурии, цилиндрурии. Отсутствуют повышение кровяного давления, глазное дно не изменено, азотемии нет, концентрационная функция в норме и т.д. Эта форма длительное время протекает скрытно, без существенных нарушений функции почек. Может быть гематурический вариант течения латентной формы. Важную роль в диагностике играют клинические, лабораторные, рентгенологические, инструментальные, гистологические и др. методы исследования.

Нефротическая форма чаще встречается у детей, характеризуется отеками больше на лице, с выраженной протеинурией до 3-5 г. в сутки, приводящей к гипопроотеинемии крови, цилиндрурией, липидемией и др. Однако концентрационная и азотовыделительная функции почек в течение долгого времени остаются ненарушенными.

Нефротическую форму следует дифференцировать с нефротическим синдромом при амилоидозе, сахарном диабете и коллагеновых заболеваний.

Гипертоническая форма характеризуется повышением артериального кровяного давления (АД), которое с годами становится более выраженным и устойчивым. В связи с длительным повышением АД развиваются изменения со стороны сердца – гипертрофия, а затем и дилатация левого желудочка, изменения ЭКГ (левограмма) и глазного дна (сужение артерий) и др. Мочевой синдром характеризуется умеренной протеинурией, микрогематурией, цилиндрурией. При гипертонической форме возникают трудности в отношении дифференциальной диагностики с гипертонической болезнью. Мочевой синдром при гипертонической болезни проявляется обычно через нескольких лет течения заболевания, обычно во второй стадии и как правило после проявления сердечного или мозгового синдромов. Важное значение в дифференциальной диагностике имеют анамнез и определение

фильтрационной функции почек, которая при заболевании почек отчетливо снижается.

Смешанная форма характеризуется сочетанием двух или более форм, чаще нефротической и гипертонической. В клинической картине выражены изменения, как для нефротического синдрома, так и для гипертонической формы. Артериальное давление, как правило, достигает высокого уровня. Течение и прогноз обеих форм хуже, чем при одной форме. Смерть наступает или от уремии, или от сердечной недостаточности.

Реабилитационные мероприятия, определение ограничения возможностей и трудоспособности. При обострении ХДГН лечение больных проводят в стационаре. Лечение в стадии сохранения функции почек включает соответствующий режим, назначение диеты, применение медикаментов, диспансеризацию в поликлинических условиях и должно быть строго индивидуализированным в зависимости от формы, наличия сопутствующих заболеваний, общего состояния больного и переносимости медикаментов.

Режим для всех форм ХДГН должен быть щадящим: избегать нервного и физического переутомления, переохлаждения, дневной отдых на протяжении 1-1,5 часов, соответствующее лечение с соблюдением постельного режима в случае возникновения острого интеркуррентного заболевания (грипп, ангина и др.), санация хронических очагов инфекции в стадии ремиссии и т.д.

Общими требованиями, предъявляемыми к диете независимо от форм ХДГН, являются: ограничение, вплоть до полного исключения поваренной соли, специй, экстрактивных веществ, алкогольных напитков с рекомендацией употребления арбузов, дыни, тыквы, винограда, витаминизированной пищи и т.д.

При латентной форме не требуется особых ограничений в режиме питания, кроме вышеуказанных и касающихся всех форм нефритов. Больным в стадии ремиссии разрешают легкие спортивные игры на свежем воздухе в сухую и теплую погоду, воздушные, солнечные ванны.

Питание должно соответствовать физиологическим потребностям с незначительным ограничением поваренной соли (до 6-8 г в сутки). Больные не нуждаются в медикаментозном лечении и подлежат диспансерному обследованию 2 раза в году (общий анализ мочи, крови, проба Каковского-Аддиса, измерение АД и т.д.). При гематурическом варианте течения латентной формы больным запрещают спортивные игры, длительную ходьбу и назначают аминокaproновую кислоту по 3 г. каждые 6 часов на протяжении 5 дней, экстракт крапивы 3-4 недели и т.д.

При нефротической форме с отеками в стадии ремиссии больные должны придерживаться более щадящего режима (противопоказаны спортивные игры, длительная ходьба, избегать простуды, переохлаждения и т.д.) и значительного ограничения в пищевом рационе поваренной соли (до 2-4 г в сутки), жидкости. Количество белка в суточном рационе должно соответствовать физиологическим нормам с добавлением количества теряемого больным за сутки с мочой.

При отеках благоприятно действуют разгрузки 1-2 раза в неделю в виде яблочно/картофельно/арбузно/тыквянно/виноградных дней с применением комбинации диуретиков – натрий уретиков и калий-сберегающих уретиков на фоне приема препаратов калия и контроля концентрации сывороточного и эритроцитарного натрия и калия, применение мочегонных растительного происхождения – березовый сок, почечный чай, настой березовых почек, отвар рылец кукурузы и др.

В периоде обострения рекомендуется назначение глюкокортикоидных препаратов, обладающих мощным противовоспалительным и иммунодепрессивным действием. Однако, при определении показаний к гормонотерапии в международной нефрологии руководствуются не клиническими данными, а в основном морфологическими результатами пункционной биопсии (успех, например, при мембранозной, мембранозно-пролиферативной формах и не показано при фибропластической форме).

В случае стероидорезистентности или если гормональная терапия противопоказана, применяют иммунодепрессивные препараты – иммуран, 6-меркаптопурин; цитостатики – лейкеран, циклофосфан и др. при еженедельном контроле морфологического состава периферической крови. Из иммунодепрессантов применяют также противовоспалительные (индометацин) и аминоксалиновые препараты (делагил, плаквенил и др.).

С заместительной и патогенетической целью рекомендуется внутривенное введение нативной плазмы, альбумина несколько дней подряд под защитой антигистаминовых препаратов.

По данным Д.А.Букарбаевой и соавт. (2001), у больных ХДГН различных форм были уменьшены эффективный почечный кровоток (ЭПК), эффективный почечный плазматок (ЭПП), увеличено почечное сосудистое сопротивление (ПСС). При монотерапии сандиммуном у больных с нефротической формой показатели ЭПК, ЭПП и ППС имели положительную динамику вплоть до нормализации, особенно когда сандиммун сочетали с нифедипином и тензиноманом.

Уменьшение показателей ЭПК, ЭПП и увеличение ПСС, по-видимому, связано с внутриклубоч-

ковый гипертензией, поскольку после применения гипотензивных средств вышеотмеченные показатели имели положительную динамику вплоть до нормализации. Посему для устранения внутриклубочковой гипертензии в комплексном лечении нефротической формы необходимо применять ингибиторы АПФ. В поликлинических условиях при наличии мочевого синдрома на протяжении нескольких месяцев и до одного года проводится поддерживающая терапия преднизолоном по 10-15-20 мг в день.

В случае если гормональная терапия противопоказана, применяют иммунодепрессанты или цитостатики до 8-10 мес. при еженедельном контроле состава периферической крови. Применяют также противовоспалительные и иммунохолиновые препараты. Больные нефротической формой 2-3 раза в году должны подвергаться медосмотру семейным, участковым врачом и исследованию общего анализа мочи, крови, пробы Каковского-Аддиса, определению суточной протеинурии, белкового зеркала крови, холестерина, креатинина, мочевины крови и др.

Больным без выраженных отеков и почечной недостаточности не более первой степени показано пребывание в местностях с сухим и жарким климатом – в санаториях Байрам-Али, Бухары, Ялты, южного берега Украины.

При гипертонической форме режим, трудоспособность больных зависит от уровня и стабильности гипертензии, функции сердечно-сосудистой системы. В пищевом рационе ограничивается количество поваренной соли (диета пг. 7), рекомендуются разгрузочные яблочно/овощные дни. Назначение стероидных гормонов противопоказано. Применение цитостатиков, аминохолиновых препаратов, индометацина малоэффективно. Посему основным методом лечения является применение гипотензивных средств (ингибиторы АПФ, донегит, клофелин и др.), салуретиков – гипотиазида и др. При гипертензивных кризах – пентамин, гексаметоний, сульфат магнезия и др.

Следует подчеркнуть, что почечную гипертензию необходимо лечить длительно, т.е. постоянно в поликлинических условиях. Рекомендуется санаторно-курортное лечение в условиях южного берега Крыма, Одесской, Николаевской областей Украины, если артериальное кровяное давление не превышает 180/100 мм. ртутного столба. Диспансерное обследование семейным и участковым врачом проводится 3-4 раза в году в таком же объеме, как и при нефротической форме.

При смешанной форме рекомендации общего режима и диеты те же, что и при нефротической и гипертонической формах заболевания. Стеро-

идная терапия ограничена. При выраженном нефротическом синдроме применяют цитостатики, индометацин, гипотензивные, мочегонные и др. средства.

Санаторно-курортное лечение показано в условиях Средней Азии, Ялты, но у больных без выраженных отеков, кровяное давление не должно превышать 180/100 мм. ртутного столба, почечная недостаточность не более первой степени. Диспансерное наблюдение семейным, участковым врачом и объем обследования такой же, как при нефротической и гипертонической формах.

Что касается вопроса определения ограничения возможностей и трудоспособности больных с ХДГН, то основное значение имеет состояние функции почек – почечная недостаточность и степень ее выраженности, а также состояние сердечно-сосудистой системы при гипертонической форме течения. Функциональное состояние почек оценивается по их концентрационной способности (проба Зимницкого) и по содержанию остаточного азота в крови (мочевины, креатинина и суммарного азота).

В оценке функционального состояния почек необходимо также определение водовыделительной функции, клубочковой фильтрации, канальцевой реабсорбции, ЭПК, ЭПП, ПСС, биохимического состава крови, спектра плазмы крови, электролитного состава крови – калия, натрия, кальция и др.

В клинической практике выделяют три формы почечной недостаточности: острую, подострую и хроническую. *Острая* форма возникает бурно, в основе которой лежит некроз канальцевого аппарата. Причины – ожог, травмы (размозжение), отравление тяжелыми металлами. Общие сроки временного ограничения возможностей и трудоспособности определяются основным заболеванием. *Подострая* форма возникает при злокачественно текущем гломерулонефрите. Очень быстро проявляются ограничение возможностей и утрата трудоспособности. *Хроническая* почечная недостаточность развивается постепенно и чаще при ХДГН. Различают три степени: I – начальная; II – выраженная и III – финальная (терминальная).

При I степени почечной недостаточности наблюдается умеренное снижение концентрационной способности почек и уменьшение объема клубочковой фильтрации. Все остальные показатели – остаточный азот, электролитный состав крови и т.д. – в норме.

При II степени ухудшается общее состояние больных, отмечается похудение, полиурия, изогипостенурия, гипопропротеинемия, гипоальбуми-

немия и повышение остаточного азота в крови до 0,6-0,8 г/л.

При III степени развивается клиническая картина уремии: больные истощены, анемичны, бледны с желтушным оттеком, кожа сухая, язык с наличием язв, обложки грязно-серым налетом, значительно снижены все функции почек, а также нарушены функции других органов и систем. Остаточный азот в крови более 1,0 г/л.

При формулировке диагноза ХДГН необходимо указать форму, характер течения (обострение, ремиссия) и степень почечной недостаточности. При решении вопроса ограничения возможностей и трудоспособности у больных ХДГН имеет значение форма течения, длительность заболевания, частота обострений, выраженность почечной недостаточности, профессия больного, условия трудовой деятельности и др.

Синтез всех вышеперечисленных факторов является правильной основой для определения степени ограничения возможностей и трудоспособности: тяжелая, выраженная, средняя или легкая.

Для всех больных, независимо от формы течения и степени нарушения функции почек, противопоказано значительное физическое напряжение, неблагоприятные метеорологические условия и воздействие токсических веществ. Трудовое устройство этих больных должно осуществляться по заключению Консилиума.

Трудоспособность больных с гипертонической формой течения и почечной недостаточностью II степени зависит еще и от состояния сердечно-сосудистой системы (высокие показатели АД, гипертрофия миокарда, увеличение сердца влево и др.). Таким больным противопоказана работа, связанная даже с умеренным нервнопсихическим, физическим напряжением. Трудовое устройство больных затруднено и оно должно решаться Консилиумом.

Трудоспособность больных с нефротической формой и наличием отеков сохраняется, но с незначительным физическим напряжением, преимущественно сидя, в теплом помещении. Трудоустройство осуществляется только по заключению Консилиума.

При нарастании отеков больные становятся полностью нетрудоспособными. В таких случаях Консилиум определяет степень ограничения возможностей и трудоспособности.

При терминальной стадии хронической почечной недостаточности (III степень) больные нетрудоспособны и Консилиум определяет степень ограничения возможностей и трудоспособности.

Литература

1. Арбатская Ю.Д. и соавт. *Руководство по врачебно-трудовой экспертизе*, том. 2, М.М., 1981.
2. Батюшин М.М. и соавт. *Расчетные методы прогнозирования риска развития анальгетического интерстициального поражения почек*. В: Тер. архив, 2008, №6, с. 62-65.
3. Букарбаева Д.А. и соавт. *Почечная гемодинамика при терапии сандиммуном у больных с различными морфологическими формами хронического гломерулонефрита*. В: Клин. мед, 2001, № 9, с. 42-46.
4. Гантмахер В.М., Зударева Н.К. *IV Всесоюзный съезд геронтологов и гериатров (тезисы докладов)*. Киев, 1982.
5. Ермоленко В.М. и соавт. *Идиопатический острый туболоинтерстициальный нефрит с увеитом*. В: Тер. архив, 2005, № 6, с. 73-75.
6. Мухин Н.А. *Е.М. Тареев и учение о нефритах*. В: Клин. мед., 2005, № 6, с. 5-7.
7. Серов В.В. *Морфологические основы иммунологии почек*. М.М., 1968.
8. Тареев Е.М. *Нефриты*. М.М., 1958.
9. Тареев Е.М. *Руководство по внутренним болезням*. М.М., 1969.
10. Тареев Е.М. *Основы нефрологии*. М.М., 1978.
11. Чеботарева Н.В. и соавт. *Роль гладкомышечного а-Актинина в развитии фиброза почек у больных хроническим гломерулонефризом*. В: Тер. архив, 2006, № 5, с. 17-21.
12. Шулуток Б.Б., Ратнер А.М. *Заболевания почек*. Л.М., 1990.
13. Ярошевский А.Я. *Клиническая нефрология*. Л.М., 1971.
14. Ярошевский А.Я., Бондаренко Б.Б. Цитирую по Чеботареву Д.Ф. *Руководство по гериатрии*. М.М., 1982.
15. Постановление Правительства Республики Молдова *Об определении ограничения возможностей и трудоспособности*, с приложениями № 1, 2, 3, 4, № 65 от 23 января 2013 г. В: Monitorul Oficial, № 18-21 от 25 января 2013.
16. Bagnasco S.M., Subramanian A.K., Desai N.M. *Fungal infection presenting as giant cell tubulointerstitial nephritis in kidney allograft*. In: *Transpl. Infect. Dis.*, 2012 Jun; nr. 14 (3), p. 288-291. doi: 10.1111/j.1399-3062.2011.00676.x. Epub 2011 sep.8.
17. Kato K., Kosugi T., Sato W., Arata-Kawai H. et al. *Growth factor Midkine is involved in the pathogenesis of renal injury induced by protein overload containing endotoxin*. In: *Clin. Exp. Nephrol.*, 2011 Jun; nr. 15 (3), p. 346-354. doi: 10.1007/s 10157-011-0408-2.
18. Raissian Y., Nars S.H., Larsen C.H., Colvin R.B. et al. *Diagnosis of IgG4-related tubulointerstitial nephritis*. In: *J. Am. Soc. Nephrol.*, 2011 Jul; nr. 22 (7), p. 1343-1352. doi: 10.1681/ASN.2011010062. Epub 2011 Jun 30.
19. Nars S.H., Fidler M.E., Valeri A.M., Cornell L.D. et al. *Postinfectious glomerulonephritis in the elderly*. In: *J. Am. Soc. Nephrol.*, 2011 Jul; nr. 22 (1), p. 187-195. doi: 10.1681/ASN.2010060611. Epub 2010 Nov 4.
20. de Waal Y.R., Ixkes M.C., Steenberg E., Dofferhoff A.S. *Drug-induced tubulointerstitial nephritis*. In: *Ned. Tijdschr Geneesk.*, 2011; nr. 155 (49), p. A3665.

Представлена 30.09.2013

В.Н. Андреев, тел. 44 86 48

SCHIMBĂRI CLINICO-MORFOLOGICE ÎN PEMFIGUSUL VULGAR (CAZ CLINIC)

Olga MACAGONOVA¹, Gheorghe MUȘET²,
Adrian COCIUG¹, Viorel NACU¹,

¹Laboratorul Inginerie tisulară și culturi celulare,
USMF N. Testemițanu,

²Catedra Dermatovenerologie, USMF N. Testemițanu

Summary

The clinico-morphological changes in pemphigus vulgaris (the clinical case)

The incidence of pemphigus vulgaris varies depending on clinical and epidemiological profile in different regions of the world. The bullous and ulcerative-erosive changes of skin and the mucous membranes are the hallmarks of the disease. The pemphigus vulgaris pathology occupies the main places among the leading causes of the invalidity in the dermatological diseases, requiring the immunosuppressive therapy. We present a clinical case. A patient of 65 years with pemphigus vulgaris. The tissues were examined histologically with hematoxylin-eosin and picrofuxin staining, finding the systemic damage of internal organs in this pathology. Microscopically it was observed: keratinocytes with a rounded contour, separated by the supra-basilar intraepidermal acantolysis; intravesicular necrotic keratinocytes, the vacuolar dermatitis of the interface in dermo-epidermal junction; the foci of the inflammatory reaction with lymphocytes, sometimes eosinophils and neutrophils and the sclerosis sectors in the internal organs. Histological findings suggest that pemphigus vulgaris is a disease of the whole body, which can manifest a rich symptomatology, which speaks for that the disease is not strictly dermatological. This involves a vicious cycle of systemic degenerative and decompensated changes with an irreversible character, which increases mortality of patients.

Keywords: pemphigus vulgaris, autoimmune disease, evaluation, systemic degenerative lesions.

Резюме

Клинико-морфологические изменения при вульгарной пузырчатке (клинический случай)

Частота заболеваемости вульгарной пузырчаткой варьирует в зависимости от клинического и эпидемиологического профиля в различных частях мира. Буллезные и эрозивно-язвенные поражения кожи и слизистых оболочек являются отличительными признаками заболевания. Вульгарная пузырчатка занимает важное место среди ведущих причин инвалидности в сфере дерматологических заболеваний, требующих иммуносупрессивной терапии. Мы представляем клинический случай – пациентка в возрасте 65 лет с вульгарной пузырчаткой. Ткани пациентки были исследованы гистологически окрашиванием гематоксилин-эозином и пикрофуксином, обнаружив системное повреждение внутренних органов при данной патологии. При микроскопическом исследовании тканей было отмечено: кератиноциты с округлым контуром, разделенные супра-базиллярным внутриэпидермальным акантолизом; внутрипузырные некротические кератиноциты, пограничный вакуолярный дерматит на уровне дермо-эпидермального соединения; очаги воспалительной реакции с лимфоцитами, местами эозинофилами и нейтрофилами и очаги склероза во внутренних органах. Результаты гистологического исследования подтверждают, что вульгарная пузырчатка представляет собой заболевание всего организма, которое может проявляться богатой симптоматикой, что говорит нам о том, что болезнь не является строго дерматологической. Это подразумевает замкнутый круг системных дегенеративных и декомпенсированных изменений с необратимым характером, что увеличивает смертность пациентов.

Ключевые слова: вульгарная пузырчатка, аутоиммунное заболевание, оценка, системные дегенеративные поражения.

Introducere

Beutner E.H. și Jordon R.E., în 1964, au descoperit anticorpii circulanți în serul pacienților cu pemfigus vulgar, direcționați împotriva suprafeței celulare a cheratinocitelor [2]. Între maladiile autoimune buloase, pemfigusul vulgar constituie cea mai înaltă incidență – 81,2% [3], ce atinge 8% din populația de vârstă a doua [8], aptă de muncă, în egală măsură la ambele sexe. Au fost semnalate și cazuri cu debut în copilărie. Au importanță medico-socială incidența bolii (0,5-1,6 la 100 000 de locuitori), debutul la vârsta de productivitate maximă (40-60 de ani), mortalitatea semnificativă (10% din pacienți în 10 ani) [4]. Calitatea vieții este afectată cel mai frecvent de leziunile ulcero-erozive cutaneo-mucoase vaste. Leziunile cutanate erozive multiple și ale mucoasei orale, esofagului, conjunctivei, mucoasei nazale, regiunii genitale duc la dereglări hidroelectrolitice și proteice, la pierderea funcției de barieră epidermică și mucoasă și la asocierea infecțiilor bacteriene secundare [1].

Dereglările metabolice produse de terapia îndelungată cu corticosteroizi și citostatice imunosupresoare provoacă patologii asociate: hipertensiune arterială, diabet zaharat, ulcer gastroduodenal, psihoză, osteoporoză, insuficiență cardiacă, insuficiență renală, glaucom, sindromul Cushing iatrogen, cistită hemoragică,

sterilitate, leucopenie etc. Toate acestea conduc la schimbări degenerative poliorganice și la decompensarea treptată a stării pacientului [1]. Majoritatea acestor bolnavi, care se află la tratament ambulatoriu sau staționar, în secțiile de profil dermatologic, având semne cronice, inclusiv psihoemoționale, sunt dependenți de terapia cortico-imunosupresoare [7].

În prezent se consideră că această maladie are un caracter etiologic autoimun și poate fi declanșată de o serie întreagă de factori, cum ar fi: arsuri, radioterapie, expunere la razele ultraviolete, anumite medicamente (D-penicilamină, captopril, piritinol, tuberculostatice, propranol, fenilbutazon, ibuprofen, indometacină), factori infecțioși etc. Acești factori produc alterarea celulelor epidermice ce pot deveni «non-self», inducându-se, astfel, formarea de autoanticorpi împotriva desmogleinei 3 (o glicoproteină, constituent transmembrantar al desmosomului). Depunerea autoanticorpilor determină activarea directă a enzimelor intercelulare (serinei, plasminogenului, carboxil-proteinazei) și realizează o proteoliză plasmin-indusă, producând ruperea legăturilor intercelulare ale cheratinocitelor (acantoliză) și, ca urmare, formarea intraepidermică a bulelor, care sunt fragile și se rup ușor.

Tratamentul acestei maladii este patogenic complex, conservator, realizând controlul leziunilor cutaneo-mucoase cu remisii de durată variată, dar fără vindecare definitivă a afecțiunii. Contraindicațiile pentru corticoterapie trec însă pe plan secundar în cazul pemfigusului vulgar care, netratat, evoluează spre deces în 1-2 ani de la debut [7].

Scopul studiului a fost evaluarea gradului de afectare a organelor interne în pemfigusul vulgar.

Materiale și metode

Pacienta A., de 65 de ani, s-a adresat în Dispensarul Republican de Dermatovenerologie în ianuarie 2009, cu acuze de erupții în cavitatea bucală, leziuni cutanate pe abdomen, însoțite de dureri acute și disconfort la alimentare. Pacienta a fost diagnosticată, în 2008, cu debut al leziunilor la nivelul istmului faringian. A urmat tratamente cu cortico-imunosupresoare (prednisolon, ciclofosfan), succedate de o evoluție pozitivă, cu regresia leziunilor cutaneo-mucoase. După întreruperea tratamentului prescris, în octombrie 2009, pacienta este reinternată în clinica IMSP SCTO, din cauza reapariției leziunilor la nivelul cavității bucale, marea parte a trunchiului și a membrului inferior. După tentative terapeutice fără succes de a stabili starea gravă (sindrom toxico-febril, astenie, cașexie pronunțată), leziunile multiple ulcerativ-erozive cutaneo-mucoase disiminate, greu regenerabile, în secția de terapie intensivă, pacienta decedează.

După examenul macro- și microscopic al țesuturilor și organelor prelevate de la pacienta decedată, în departamentul Morfopatologie al IMSP SCTO a fost evaluată starea lor.

De la pacienta decedată de septicemie cu sindrom CID și insuficiență poliorganică s-au prelevat țesuturi din organele interne care au fost examinate histologic, colorându-le cu hematoxină-eozină și picrofuxină, la care s-au vizualizat (*figura 1*): vezicule buloase cu conținut seros, infiltrate limfocitare și leucocitare în epidermă, până la membrana bazală, celule ale stratului granular și spinos tumefiate.

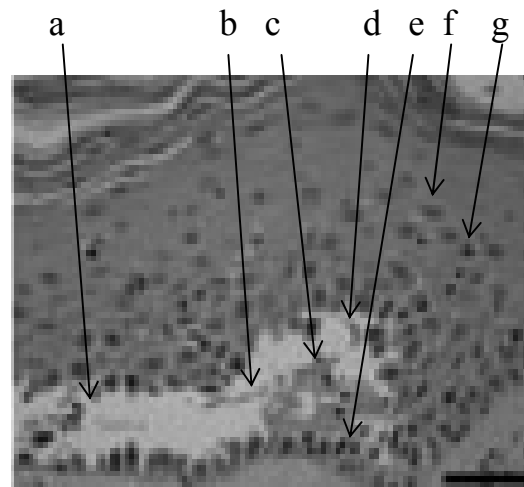


Figura 1. Pielea de pe suprafața membrelor superioare: a) vezicule buloase, b) conținut seros, c) infiltrate limfocitare, d) infiltrate leucocitare, e) membrana bazală, f) celule strat granular tumefiate, g) celule strat spinos tumefiate (H-Ex, 140)

Pielea din regiunile mai afectate (suprafața abdominală) (*figura 2*) pe alocuri este acoperită cu cruste detașate de la piele, înconjurate de lichid vâscos verzui. Histologic se vizualizează vezicule cu pereți detașați, ce conțin infiltrate cu leucocite segmentate, repartizate în epidermă și dermă.

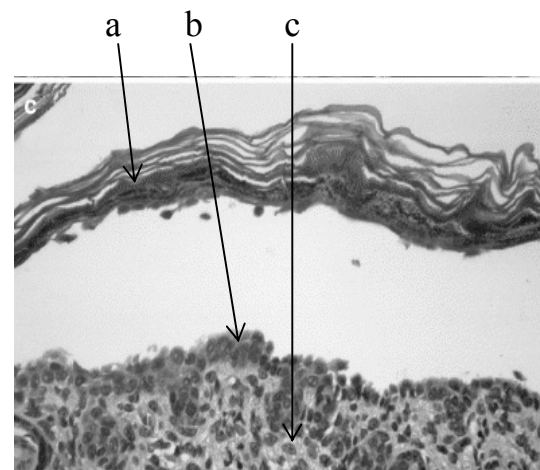


Figura 2. Pielea de pe suprafața abdominală cu detașare, a) epiderma cu straturile cornos și lucid detașate, b) leucocite segmentate, c) derma (H-E, x140)

La examinarea histologică a țesutului hepatic prin colorarea cu picrofuxină (figura 3), în jurul venei centrolobulare se vizualizează fibre de țesut conjunctiv colorate în roșu, iar hepatocitele suportă o distrofie proteică granulară, repartizată difuz, cu schimbarea conturului nucleului celular.

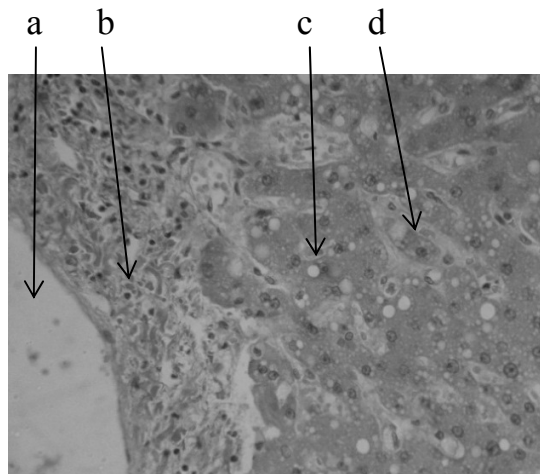


Figura 3. Ficatul cu a) vena centrolobulară, b) fibre de țesut conjunctiv, c) distrofie proteică granulară, d) nucleul hepatocitelor cu contur schimbat (picrofuxină, x140)

Ficatul în regiunea triadei hepatice (figura 4), colorat histologic cu picrofuxină, este înconjurat abundent de fibre de țesut conjunctiv, în care se constată o proliferare a fibroblastelor, cu infiltrat limfo-histiocitar difuz, reprezentând un proces cronic avansat.

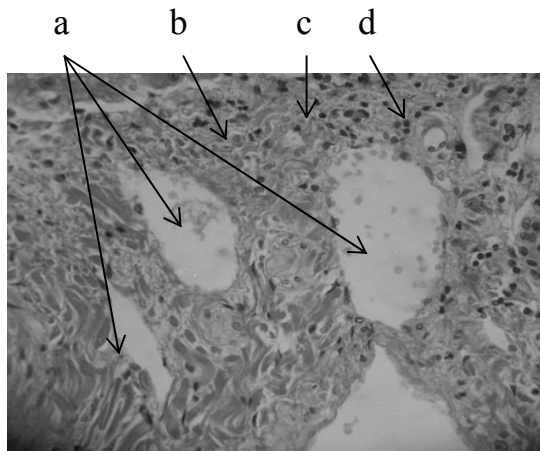


Figura 4. Ficatul cu a) triada hepatică formată de artera, vena și ductul biliar, b) fibre de țesut conjunctiv, c) proliferarea fibroblastelor, d) infiltrate limfo-histiocitare (picrofuxină x140)

În rinichi (figura 5) se vizualizează o congestie a capilarelor glomerulare, distrofie proteică până la necroza tuburilor renali contorți, cu exfolierea epitelului tubular și hemoragii interstițiale.

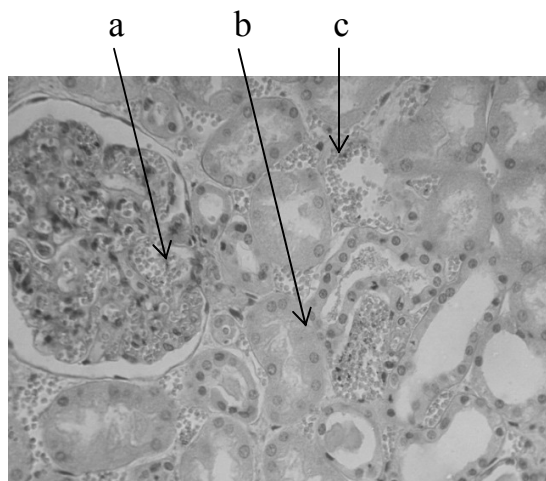


Figura 5. Rinichii cu a) congestie a capilarelor glomerulare, b) distrofie proteică până la necroza tuburilor renali contorți, c) hemoragii interstițiale (H-E, x140)

În splină (figura 6) au fost depistate hiperplazia foliculilor țesutului limfoid și scleroza perivasculară.

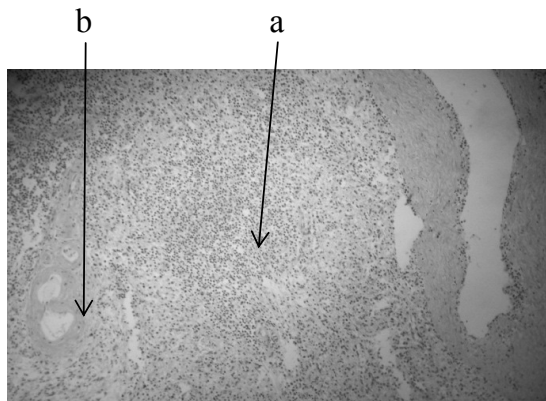


Figura 6. Splina cu a) hiperplazia țesutului limfoid, b) scleroza evidențiată perivasculară (picrofuxină, x90)

În pulmoni (figura 7) se vizualizează fibre de țesut conjunctiv, colorate cu roșu după Van-Ghizon, preponderent în jurul bronhiilor și vaselor, alveolele fiind atelectaziate, alternate cu zone emfizematoase și depunere de funingine.

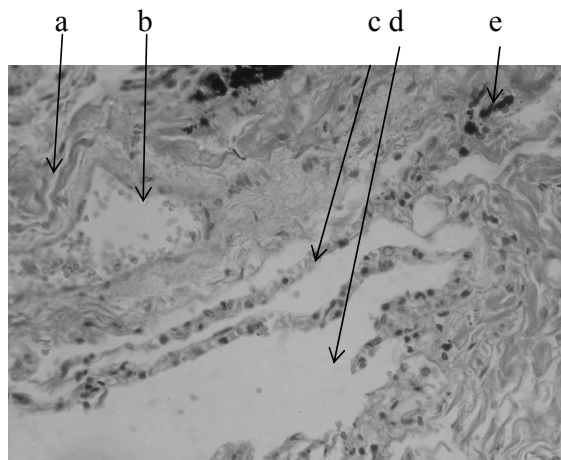


Figura 7. Pulmonii cu a) fibre conjunctive, b) vas sclerotizat, c) alveole atelectaziate, d) alveole extinse emfizematoase, e) depunere de funingine (picrofuxină, x140)

Rezultate și discuții

Termenul de *pemfigus*, provenit din limba greacă («pempix» – bulă, bășică) și introdus inițial de Wichman, în 1791, este utilizat pentru a desemna un grup de afecțiuni cutaneo-mucoase autoimune, care sunt caracterizate histologic prin apariția de bule intraepidermice. În anul 1980, prin metode imunohistochimice (imunoprecipitare și immunobloting), au fost caracterizate antigenele-țintă în pemfigus [9]. Etiopatogenia pemfigusului incriminează autoimunitatea prin autoanticorpi de tip IgG, direcționați împotriva unor elemente de pe suprafața cheratinocitelor, fapt ce condiționează pierderea legăturii intercheratinocitare datorită fenomenului numit *acantoliză*, formând spații intercelulare ce se umplu cu fluid, ceea ce determină vezicularea sau chiar detașarea pielii.

Pemfigusul vulgar este o boală imunopatologică pentru care, deocamdată, nu există o soluție viabilă de vindecare. Pemfigusul face parte din categoria maladiilor buloase autoimune care afectează pielea și/sau membranele mucoase, fiind separat de pemfigoid lever, în 1953. Începând cu anii '60 ai sec. XX, pe baza caracteristicilor evidențiate prin imunofluorescență, se descriu trei forme majore: pemfigusul vulgar, pemfigusul foliaceu și pemfigusul paraneoplazic [6]. Au fost efectuate multiple studii, în care cercetătorii au încercat să determine etiopatogenia maladiei, cu determinarea acțiunii autoanticorpilor cuplați la suprafețele celulelor epiteliale, a producerii și eliberării de activatori ai plasminogenului și transformării acestuia în plasmină, cu distrugerii desmozomale, asociate cu retracția tonofilamentelor, cu acantoliză, clivaj suprabazal și veziculare [5].

Pemfigusul vulgar se caracterizează prin apariția leziunilor buloase, mediate de acțiunea anticorpilor împotriva desmogleinei 3. În pemfigusul foliaceu sunt implicați Ig G antidesmogleina 1, determinând un clivaj superficial la nivelul epidermei. Pemfigusul paraneoplazic reprezintă cea mai rară, dar și cea mai gravă formă, luând în considerație asocierea unei tumori.

Investigațiile histologice cu hematoxin-eozină și picrofuxină, efectuate în laboratorul *Morfopatologie* al IMSP SCTO, confirmă că această boală autoimună este o boală a întregului organism, care se poate manifesta prin mai multe simptome, ceea ce ne sugerează ideea că nu este o boală strict cutanată. Aceasta implică un cerc vicios de schimbări poliorganice degenerative decompensatoare, cu caracter ireversibil, care cresc mortalitatea bolnavilor.

Concluzii

1. Pemfigusul vulgar este o boală autoimună cu caracter cronic, afectând pielea și mucoasele, formând multiple vezicule, având tendință de inflamare bine dovedită histologic, cu implicarea inițială a epidermei, apoi, nefiind tratată, are o răspândire infiltrativă, ce include toate straturile pielii și organele interne, necesitând o contribuție deosebită în prevenire și tratament.

2. La examenul microscopic, se pot observa aspecte histologice polimorfe, cu urmatoarele caracteristici: keratinocite cu un contur rotunjit, separate, cu acantoliză intraepidermică suprabazală; keratinocite necrotice intraveziculare; dermatită vacuolară de interfață la jonctiunea dermo-epidermică; focare de reacție inflamatorie, cu limfocite pe alocuri eozinofile și neutrofile.

Bibliografie

1. Al. Colțoiu. *Dermatovenerologie*. 1993, p. 468-473.
2. Beutner E.H. *Demonstration of skin antibodies in sera of pemphigus vulgaris patients by indirect immunofluorescent staining*. In: Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1964, Nov.; nr. 117, p. 505-510.
3. Daneshpazhooh M. *Spectrum of autoimmune bullous diseases in Iran: a 10-year review*. 2005.
4. *Ghid de diagnostic și tratament pentru pemfigus*. Anexa 24. Ordinul nr. 1218/2010 privind aprobarea *Ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea dermatovenerologie*. Ministerul Sănătății României. 2010.
5. Hashimoto K.. *Anti-cell surface pemphigus autoantibody stimulates plasminogen activator activity of human epidermal cells*. In: J. Exp. Med., 1983 Jan. 1; nr. 157 (1), p. 259-272.
6. Jean L. Bologna, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. *Dermatology*. Second Edition, 2008. Department of Dermatology, Yale Medical School, New Haven, CT, USA.
7. Justin-Dumitru C. Diaconu. *Tratat de terapie dermatovenerologică*, 2002.
8. Langan S.M. *Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris-incidence and mortality in the UK: population based cohort study*. Centre of Evidence-based Dermatology, University of Nottingham, Queen's Medical Centre, Nottingham NG7 2UH. In: BMJ, 2008 Jul 19; nr. 337(7662), p. 160-163.
9. Stanley J.R. *Pemphigus antibodies identify a cell surface glycoprotein synthesized by human and mouse keratinocytes*. In: J. Clin. Invest., 1982 Aug; nr. 70 (2), p. 281-288.

Prezentat la 01.03.2013

Olga MACAGONOVA

Tel.: +37322772607; +373060044537

E-mail: macagonovaolga@yahoo.com

CARACTERUL MORFOLEZIONAL AL TRAUMELOR CRANIO-CEREBRALE PRODUSE CU OBIECTE CONTONDENTE

Eduard LUNGU, Gheorghe BACIU,
Catedra Medicină Legală,
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Summary

Morphological-lezional aspect of cranio-cerebral traumas due to blunt objects.

This work includes 2 groups of study: analytical-statistic (descriptive) and morphological, that consists of specific researches of traumatic actions on the head. In the first a group 698 cases of lethal cranio-cerebral traumas is analyzed, which were examined within the tana-thological department of the Center of Forensic Medicine, during the 1999-2001 period. Based on this group, there was determined the structure of lethal cranio-cerebral traumas due to blunt objects, there were established trauma particularities depending on the lezional character. The morphological study included 165 cases of lethal cranio-cerebral traumas selected and examined by the author within the period of 2000-2010. Based on this group, there was researched the morphological lezional aspect of cranio-cerebral traumas due to blunt objects, depending on the mechanism of action, interaction surface of the object, specific place of interaction of the traumatic force and time of its occurrence. There were elaborated criterions of differential diagnosis of cranio-cerebral traumas depending on the characteristics of the trauma.

Keywords: *cranio-cerebral traumas, simple fall, precipitations, landing surface, blunt object, limited and unlimited surface, interaction surface.*

Резюме

Морфологическая характеристика черепно-мозговых травм, причинённых тупыми предметами

Работа основана на 2 группах исследования: аналитико-статистическая и морфологическая, включающая специфические исследования форм травматического воздействия на голову. В рамках первой группы проанализировано 698 случаев летальных черепно-мозговых травм, исследованных в танатологическом отделении ЦСМ в период с 1999 по 2001 год. На основании этих исследований установлена структура летальных черепно-мозговых травм, причинённых тупыми предметами, оценены особенности травматизации в зависимости от характера повреждений. Морфологические исследования включили 165 случаев черепно-мозговых травм со смертельным исходом, отобранных и изученных автором в период с 2000 по 2010 год. На основании этих наблюдений были изучены специфические морфологические характеристики черепно-мозговых травм, причинённых тупыми предметами, в зависимости от механизма воздействия, поверхности взаимодействия травматического объекта, места приложения силы и давности установленных повреждений. Были выработаны критерии дифференциальной диагностики черепно-мозговых травм в зависимости от характера травматизации.

Ключевые слова: *черепно-мозговая травма, падение, падение с высоты, поверхность приземления, тупой предмет, ограниченная и неограниченная поверхность, поверхность взаимодействия.*

Introducere

Actualmente, leziunile provocate prin acțiunea obiectelor contondente ocupă un loc de frunte în structura traumatismelor mecanice cu consecințe letale, iar traumele cranio-cerebrale predomină esențial față de cele localizate în alte regiuni ale corpului.

Mecanizarea continuă a vieții moderne, creșterea explozivă a traficului rutier au determinat ca numărul traumatismelor, în general, și implicit al celor cranio-cerebrale să ajungă la cifre alarmante în toate țările lumii [2].

Leziunile cranio-cerebrale dețin primul loc în categoria celor mai grave traumatisme, ceea ce se explică prin faptul că extremitatea cefalică a corpului cu ușurință este expusă acțiunilor agenților mecanici, iar volumul lezional determină consecințele efectului traumatic asupra corpului [1, 3].

Traumele capului, produse prin obiecte contondente, se înregistrează în cadrul diverselor forme de acțiuni accidentale (prin căderi, precipitări, traume de transport etc.), precum și în infrafracțiuni îndreptate împotriva vieții și sănătății oamenilor [4, 7, 10].

Conform datelor prezentate de V. A. Kodin (1981, 1984), leziunile traumatice cranio-cerebrale produse prin obiecte contondente constituie 65-80% din totalitatea traumelor mecanice ale capului [5, 6]. În același timp, O. A. Romodanovski (1998), O. V. Sajaeva (2008) indică o incidență de 39,6% a traumelor capului, produse prin obiecte contondente, dintre care căderile simple constituie 26,4% [8, 9].

Modificările morfolezionale în caz de traume ale capului, produse în rezultatul căderii simple sau precipitării, în mare măsură, sunt similare, însă se deosebesc prin efectele de producere, în special prin caracterul și volumul lezional, dependente de specificul suprafețelor de aterizare și de alți factori de risc.

Traumele crano-cerebrale produse prin obiecte contondente cu suprafață limitată de interacțiune reprezintă un interes deosebit pentru practica judiciară, deoarece, în majoritatea lor, se produc în scop heteroagresiv, iar identificarea obiectului vulnerant constituie una dintre problemele primordiale ale medicinei legale.

Soluționarea acestor probleme întâmpină o serie de dificultăți legate de varietatea obiectelor contondente utilizate, de particularitățile suprafeței de aterizare, fapt ce a determinat oportunitatea studiului dat, pentru a determina cât mai exact mecanismele de producere și a prezenta probe pentru stabilirea circumstanțelor în care a avut loc evenimentul.

Scopul cercetării a constat în determinarea specificului morfolezional și elaborarea criteriilor de diagnosticare a traumelor crano-cerebrale produse prin obiecte contondente, în funcție de mecanogeneza acțiunii și particularitățile suprafeței de interacțiune a obiectului vulnerant.

În conformitate cu scopul trasat, au fost definite următoarele obiective:

1. Estimarea structurii traumelor crano-cerebrale cu consecințe letale, produse cu obiecte contondente.

2. Determinarea aspectului lezional al traumelor crano-cerebrale prin căderi simple și precipitări, în funcție de caracterul suprafeței de aterizare și regiunea supusă traumatizării.

3. Stabilirea specificului morfolezional al traumelor capului, produse prin obiecte contondente cu suprafață limitată de acțiune, în funcție de forma suprafeței de interacțiune a obiectului vulnerant.

4. Concretizarea caracterului morfologic macro-microscopic al leziunilor meningo-cerebrale, în funcție de vechimea producerii traumei.

Materiale și metode de cercetare

Au fost cercetate multilateral două loturi de studii: analitico-descriptiv (698 cazuri) și lotul cercetărilor lezional-morfologice (165 cazuri).

Studiul descriptiv, după volumul eșantionului, a fost unul selectiv. Acesta a inclus 698 de cazuri de traume crano-cerebrale letale, colectate din arhiva CML, pe perioada 1999-2001. Au fost supuse analizei circumstanțele, structura și particularitățile traumelor crano-cerebrale letale. Informațiile privind acest lot au stat la baza selectării celor mai frecvente forme de traumatizare a capului, supuse ulterior unei cercetări aprofundate.

Studiul morfologic a cuprins 165 de cazuri de traume crano-cerebrale letale, pe perioada 2000-2010, examinate de autor în cadrul Secției de tanatologie Chișinău, conform unui program special. Cercetările au fost axate pe stabilirea caracterului lezional al tra-

umelor capului, produse prin obiecte contondente, cu suprafața nelimitată de interacțiune, în funcție de specificul suprafeței de aterizare. Pentru aceasta, a fost selectat un lot de 132 cazuri, între care căderile simple au constituit 98 cazuri, iar căderile de la înălțime – 34. Suprafețe dure ale planului de aterizare au fost considerate: asfaltul, betonul și parchetul sau linoleumul de la domiciliu (în cazul căderilor), iar la suprafața semidură a fost referit solul.

Pentru concretizarea caracterului morfologic prin acțiunea obiectelor contondente cu suprafața limitată (ciocan etc.), au fost selectate și analizate 33 cazuri de acțiuni agresive cu urmări letale.

Pentru realizarea obiectivelor trasate și atingerea scopului propus, au fost utilizate următoarele metode de cercetare: *de bază* – analitică, clinică, paraclinică, macroscopică in situ, histologică, toxicologică, medico-criminalistică; *metode suplimentare* – macroscopică după prelucrarea termică, chimică a preparatelor, stereomicroscopică, reconstituire, fotografiere macro-microscopică.

Rezultatele cercetării

În baza examinărilor efectuate, am stabilit că trauma crano-cerebrală letală a constituit 11,66% din numărul total al cadavrelor cercetate în cadrul Secției de tanatologie Chișinău a Centrului de Medicină Legală pe perioada 1999-2001; 24,7% – din numărul total de cazuri de moarte violentă și 46,65% – din totalitatea traumatismelor mecanice. Este semnificativ faptul că în structura traumelor crano-cerebrale cu urmări letale au prevalat cele produse prin căderi simple și precipitări, prezentând un evident polimorfism lezional.

Am constatat că în 74% cazuri traumele capului au fost produse ca urmare a căderilor simple, iar 26% au rezultat din precipitare. Căderile simple pe o suprafață dură au fost stabilite în 73,5% din cazuri, iar în 26,5% planul de aterizare a fost semidur.

În căderile simple, cel mai frecvent a fost supusă traumatizării regiunea occipitală (62,3%), ceva mai rar (27,5%) aterizarea s-a produs pe regiunea parieto-temporală a capului, iar regiunea frontală a fost traumatată în doar 10,2% cazuri (tabelul 1).

Tabelul 1

Frecvența leziunilor diferitelor regiuni ale capului în funcție de suprafața planului de aterizare

Regiunea supusă traumati-zării	Caracterul suprafeței de aterizare				p	Total	
	semidură		dură			abs.	%
	abs.	%	abs.	%			
Occipitală	18	62±9,17	43	62,3±5,83	>0.05	61	62,3
Parieto-temporală	8	28±8,48	19	27,5±5,38	>0.05	27	27,5
Frontală	3	10±5,67	7	10,2±3,64	>0.05	10	10,2
Total	29	100	69	100		98	100

Analizând aspectul morfologic al leziunilor capului produse ca urmare a căderilor simple în funcție de caracterul suprafeței de aterizare, am determinat unele particularități de diagnostic diferențial, specifice anumitor condiții de traumatizare.

După cum arată rezultatele obținute, în căderile simple pe o suprafață *dură*, de regulă, s-au constatat excoriații cu edem al țesuturilor moi adiacente; plăgile contuze preponderent de formă liniară, cu margini neregulate, excoriate, strivite; revărsările sangvine epicraniene au avut caracter difuz, cu hotare delimitate, cuprindeau toată grosimea lamboului cutanat. Fracturile oaselor craniene aveau forme liniare, duble, cominutive, cu fărâmițarea țesutului osos pe lamela externă. Hemoragiile subdurale și subarahnoidiene s-au localizat atât în regiunea loviturii, cât și în regiunea de contralovitură, fiind de formă oval-neregulată, mai pronunțate în regiunile contraloviturii.

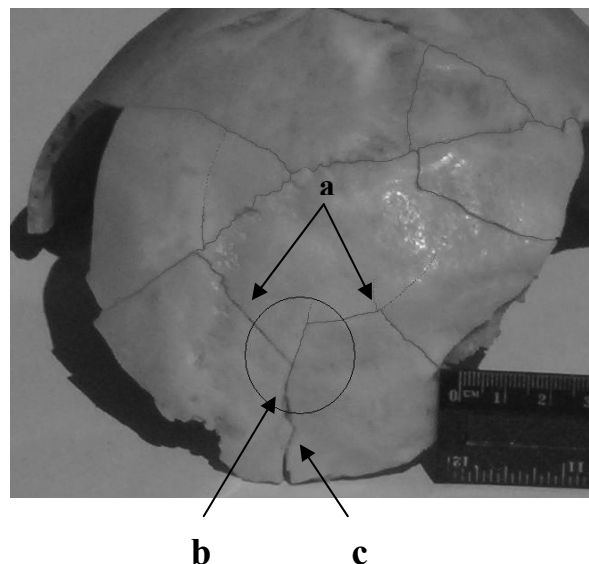
La căderi simple pe o suprafață *semidură*, excoriații am stabilit relativ rar, revărsări sangvine epicraniene aveau dimensiuni mici, erau superficiale, cu hotare slab delimitate. Fracturile craniene – în formă de fisuri liniare, fără semne de fărâmițare a structurii osoase. Hemoragiile subarahnoidiene în regiunea loviturii se prezentau în focare solitare, slab pronunțate, cu hotare bine conturate, iar în zona contraloviturii – manifestate prin acumulări difuze de sânge, cu hotare slab delimitate.

În cazul căderilor de la înălțime, aspectul morfolezional al tuturor structurilor anatomice ale capului s-a deosebit esențial după volum și caracter. În aterizări pe o suprafață *dură*, țesuturile moi din regiunea contactului primar s-au caracterizat prin plăgi contuze, de formă liniar-neregulate, stelate sau neregulate, cu marginile de obicei strivite, excoriate, circumscrise de zone excoriate extinse. Concomitent, la o anumită distanță de locul impactului primar, s-au depistat plăgi „rupte”, produse prin acțiunea marginilor oaselor fracturate, având formă neregulată și margini răsfrânte în afară.

La aterizări pe o suprafață *semidură*, volumul lezional al țesuturilor moi ale capului era mai redus, predominând plăgile contuze de formă liniară și circumscrise de zone echimotice extinse.

În căderile de la înălțime, indiferent de duritatea planului de aterizare, s-au format fracturi deschise, cominutive-înfundate ale oaselor craniene în formă de „päienjeniş”. La nivelul contactului primar cu planul de aterizare, se formează sectoare de distrugere și fărâmițare a substanței compacte pe ambele suprafețe ale osului, de formă triunghiulară sau poligonală. De la nivelul fragmentului osos, în direcție spre baza craniului se formau fracturi liniare-meridionale și ecuatoriale, cu multiple fragmente osoase, ce redau craniului aspectul de päienjeniş.

Este semnificativ faptul că fracturile meridionale, pe întregul lor traiect, au fost neîntrerupte, în timp ce fracturile ecuatoriale, în locul intersectării lor cu cele meridionale, au format deplasări specifice în formă de „treaptă” (vezi imaginea).



În imagine: deplasarea specifică a fracturii ecuatoriale sub formă de „treaptă” în timpul interacțiunii craniului cu locul de aterizare (a – linia de fractură ecuatorială, b – deplasarea fracturii ecuatoriale (fenomenul „fractură în treaptă”), c – linia de fractură meridională)

În viziunea noastră, prezența acestui caracter morfologic specific poate servi drept criteriu pentru a diferenția deformarea generală a capului de cea locală. Totodată, „fractura în treaptă” poate fi considerată un semn suplimentar de diagnosticare și diferențiere a circumstanțelor de traumatizare a capului, fiind specific doar pentru precipitarea cu aterizare pe o suprafață nelimitată, cu deformarea generală a craniului.

Am stabilit că caracterul lezional în cazul acțiunii traumatice asupra capului prin obiecte contondente cu suprafața limitată (ciocan etc.), se deosebește esențial de cel care se observă în căderile simple și în precipitare. Aceasta se referă atât la procesul de deformare, cât și la volumul lezional. Astfel, la acțiunea obiectelor contondente cu suprafața limitată predomină deformarea locală a capului. În egală măsură s-au format fracturi craniene (35,8%), plăgile contuze (31,6%) și leziunile meningo-cerebrale (24,7%).

La acțiunea obiectelor contondente de formă plană, au predominat esențial plăgile de formă stelată (74,1%), fiind urmate de cele liniare și de formă de semilună, spre deosebire de obiectele de formă cilindrică sau cu muchie, când plăgile de formă liniară sunt cele mai frecvente.

Particularitățile morfologice ale plăgilor se deosebesc în funcție de suprafața de interacțiune a obiectului traumatizant (tabelul 2).

Tabelul 2

Caracterul morfologic al plăgilor contuze în funcție de forma suprafeței de interacțiune a obiectului vulnerant

Specificul plăgii	Forma suprafeței de interacțiune a obiectului vulnerant		
	plană/sferică	alungită (cilindrică)	cu muchie
caracterul marginilor la capetele plăgilor	neregulate pe tot parcursul și mai strivite pe centru	relativ regulate	relativ regulate
caracterul marginilor la mijlocul plăgilor	strivire accentuată pe centru	relativ uniformă	relativ uniformă, cu striviri pe centru
localizarea punților tisulare	haotic	predominant la capetele plăgilor	situate la capete sau lipsesc
forma excoriațiilor din jurul plăgilor	dreptunghiulară, ovală, rotunjită	alungite, ovale	benziforme, triangulare
caracterul marginii excoriațiilor	regulată	relativ regulată	neregulată

După cum demonstrează datele obținute de noi, la acțiunea obiectelor contondente de formă plană, plăgile contuze s-au caracterizat prin margini neregulate pe tot traiectul lor, cu o localizare haotică a punților tisulare, iar excoriațiile din jurul plăgii erau de formă ovală sau dreptunghiulară. În același timp, la acțiunea obiectelor de formă cilindrică și cu muchie, plăgile s-au manifestat prin margini regulate, punțile tisulare preponderent localizate la capetele plăgilor, iar excoriațiile din jurul lor aveau formă oval-alungită sau erau benziforme.

Fracturile oaselor craniene s-au format în toate cazurile examinate, iar în funcție de specificul morfologic au avut următoarea structură: în 32,4% cazuri fracturile au fost înfundate, în 22,05% – cominutive, 19,1% au fost liniare, cu afectarea ambelor lamele, 14,7% – fracturi în trepte, 8,8% – fracturi izolate, situate pe una din lamele (internă sau externă) și numai în 2,94% cazuri s-au înregistrat fracturi orificiale.

Anumite particularități caracteristice fracturilor oaselor craniene s-au înregistrat și în raport cu forma suprafeței obiectului contondent (tabelul 3).

La acțiunea obiectelor contondente de formă plană sau cilindrică, preponderent s-au format fracturi înfundate și cominutive, iar la loviri prin obiecte cu muchii au predominat fracturile înfundate în perimetrul unui sector izolat. Caracterul fracturilor se deosebea și în funcție de suprafața osului (externă sau internă). Astfel, la acțiunea obiectelor de formă plană, pe lamela externă se formează defecte osoase patrulaterale sau dreptunghiular-rotungite, ceea ce nu se produce la acțiunea obiectelor cu muchie sau de formă cilindrică.

Tabelul 3

Coraportul dintre caracterul fracturilor oaselor craniene și forma suprafeței de interacțiune a obiectului traumatizant

Specificul fracturilor	Forma suprafeței de interacțiune		
	plană/sferică	cilindrică	cu muchie
aspectul fracturii	- înfundate, - cominutive	- parțial înfundate, - cominutive	- izolate înfundate
forma – pe lamela externă	- patrulateră, - dreptunghiulară	- oval-alungită	- triunghiulară, - alungită
forma – pe lamela internă	- liniară - radială	- liniară	- radială cominutivă
fundul fracturii	- plat, uniform înfundat	- alungit înfundat	- cominutiv în trepte
marginile fracturii	- relativ regulate, ascuțite, în „cozoroc”	- denivelate în trepte	- fărâmițate în trepte
caracterul pe lamela externă a fragmentului osos	- fisuri unice radiale	- fisuri alungite, situate longitudinal	- cominutive și radiale
locul de pornire a fracturilor	- din centrul defectului	- din una sau ambele capete	- atât din capete, cât și din centrul fracturii

Pe lamela internă a sectorului fracturat, se constată fracturi liniare sau radiale, la lovire cu obiecte cu suprafața plană/sferică; fracturi radiale cominutive – la acțiunea obiectelor cu muchii, fracturi liniare – la obiectele de formă cilindrică. Aceasta explică interdependența certă dintre forma fracturii și suprafața de traumatizare a obiectului vulnerant.

Caracterul marginilor fracturii, de asemenea, depindea de forma obiectului traumatizant. Astfel, la acțiunea obiectelor de formă plană/sferică, marginile fracturii au fost relativ regulate sau ascuțite în „cozoroc”, spre deosebire de obiectele cu muchie, la acțiunea cărora marginile fracturii erau fărâmițate în trepte, iar la loviri prin obiecte cilindrice – denivelate în trepte.

În regiunea fundului osului fracturat s-au depistat eschile mici, în profunzime, indiferent de forma suprafeței de interacțiune. Totodată, la lovirea cu obiecte de formă cilindrică, fundul fracturii a fost de formă alungită; la acțiunea obiectelor de formă plană – plat, uniform înfundat, iar prin obiectele cu muchie – cominutiv în trepte.

Analizând modificările macro-microscopice ale leziunilor meningo-cerebrale în funcție de vechimea traumei, am stabilit că în primele ore după traumă revărsări hemoragice epi- și subdurale, macroscopic, se caracterizează prin colecții de sânge în focar, cu hotare slab conturate, pe alocuri cu formare de cheaguri sangvine; peste 12-24-48 de ore de la traumă, revărsări sangvine reprezintă un cheag relativ organizat, flasc, de forma unei lentile biconvexe;

peste 4-5 zile de la traumă, acumularea sangvină se transformă într-un cheag masiv, bine delimitat, relativ dur la palpare.

În primele ore de la traumă, modificările microscopice ale revărsărilor sangvine intracraniene s-au manifestat prin hemoragii infiltrative din eritrocite conjugate, bine conturate, cu edem perifocal; la 24-48 de ore de la traumă au fost prezente limfocite, fibroblaste și fibrocite solitare; la 4-5 zile de la traumă, se observă o infiltrație limfo-leuco-histocitară cu fibre de collagen, macrofage și semne de proliferare a țesutului de granulație.

Concluzii

1. Rezultatele cercetărilor noastre arată că trauma cranio-cerebrală a constituit 24,7% din numărul total de cazuri de moarte violentă și 46,65% din traumatismele mecanice cu urmări letale. 74% din traumele cranio-cerebrale letale s-au produs prin căderi simple, iar 26% – ca urmare a precipitării. Căderile simple mai frecvent (73,5%) au avut loc pe un plan dur și cu mult mai rar – pe o suprafață semidură (26,5%). În ambele cazuri, mai des (62,3%) se traumatizează regiunea occipitală.

• În căderile simple pe o suprafață dură, traumatizarea țesuturilor moi ale capului se manifestă prin: excoriații cu edem al țesuturilor moi adiacente; plăgi contuze, preponderent de formă liniară, cu margini neregulate, excoriate, strivite; revărsări sangvine epicraniene, cu hotare delimitate, ce cuprindeau toată grosimea lamboului cutanat. Fracturile oaselor craniului aveau forme liniare, duble și cominutive, cu fărâmițarea structurii osoase pe lamela externă. Hemoragiile subdurale și subarahnoidiene se localizau atât în regiunea loviturii, cât și în cea a contraloviturii.

• La căderi simple pe o suprafață semidură, relativ rar și în volum lezional mai mic se formează: excoriații, revărsări sangvine epicraniene sunt superficiale, cu hotare slab delimitate; fracturi craniene cu caracter liniar, fără semne de fărâmițare a structurii osoase; hemoragii subarahnoidiene în regiunea loviturii (în focare slab pronunțate) cu hotare conturate, iar în regiunea contraloviturii acumulările sangvine sunt slab evidențiate.

2. În precipitări se formează fracturi craniene specifice în formă de „păienjeniș”: la aterizări pe o suprafață dură prevalează numărul fracturilor meridionale și ecuatoriale, spre deosebire de aterizările pe o suprafață semidură. Fracturile ecuatoriale, în locul intersecției cu cele meridionale, capătă o formă specifică – în „treaptă”, fenomen caracteristic pentru căderi de la înălțime cu aterizarea pe o suprafață nelimitată, din cauza deformării generale a craniului.

3. La acțiunea obiectelor contondente cu suprafața limitată de formă plană (ciocan), predomină plăgile de formă stelată (74,1%), cu margini neregulate

și strivite pe centru, cu punți tisulare haotic orientate, iar la loviturile cu obiecte de formă cilindrică sau cu muchie predomină plăgile de formă liniară, cu margini relativ regulate.

• La acțiunea obiectelor de formă plană, pe lamela externă a osului se formează defecte patru-laterale sau dreptunghiulare, iar pe lamela internă acestea au caracter liniar sau radial, cu margini relativ regulate, fundul fracturii fiind uniform înfundat.

• La lovire prin obiecte de formă cilindrică, pe lamela externă defectele osoase mai frecvent au formă oval-alungită, iar pe lamela internă predomină fracturi liniare, cu margini denivelate, în trepte și cu fundul alungit.

• Prin acțiunea obiectelor cu muchie, pe lamela externă se formează fragmente osoase triunghiulare sau alungite, cu margini fărâmițate, în trepte și fracturi radiale cominutive, localizate pe lamela internă; în regiunea fundului fracturii se formează defecte osoase cominutive în trepte.

Bibliografie

1. Michalodimitrakis E., Scripcaru C., Botez Șt. *Medicina legală a traumatismelor cranio-cerebrale*. Iași: Junimea, 2003, 121 p.
2. Săceanu A. *Hematoamele intracraniene traumatice*. Cluj-Napoca: Ed. Dacia, 1981, 130 p.
3. Антаков С. С., Федоров А. Н. *Некоторые клинико-морфологические аспекты черепно-мозговой травмы*. В: Актуальные вопросы судебно-медицинской теории и практики. Киров, 2005, с. 20-23.
4. Гусейнов Г. К., Павлов А. Л., Богомолов Д. В. *О влиянии фоновых факторов на спектр непосредственных причин смерти при черепно-мозговой травме*. В: Актуальные вопросы судебной медицины и экспертной практики на современном этапе: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, посвященной 75-летию РЦСМЭ. Москва, 2006, с. 109-111.
5. Кодин В. А. *Дифференциально-диагностические признаки поврежденной кости свода черепа предметами с плоской ограниченной поверхностью*. В: Судебно-медицинская экспертиза, 1981, №3, с. 8-10.
6. Кодин В. А. *Судебно-медицинское определение вида травмы и особенностей следообразующей поверхности тупых предметов в повреждениях костей свода черепа*. Автореф. дисс. докт. мед. наук., Москва, 1984, 35 с.
7. Попов В. Л. *Черепно-мозговая травма*. Ленинград: Медицина, 1988, 239 с.
8. Ромодановский О. А. *Повреждения головы при самопроизвольном падении человека навзничь (критерии судебно-медицинской диагностики)*. Москва: Робин, 1998, 152 с.
9. Сажаева О. В. *Оптимизация судебно-медицинской диагностики механизмов травмы головы при падении на плоскость*. Автореф. диссер. канд. мед. наук. Москва, 2008, 24 с.
10. Чикун В. И., Крюков В. Н., Горбунов Н. С. *Внутричерепные гематомы*. Красноярск, 2003, 124 с.

Prezentat la 16.07.2013

Eduard Lungu, tel. +373 22 205515,
e-mail: ediclungu@mail.ru

VARIAȚII STRUCTURALE ȘI TOPOGRAFICE ALE VENEI LIENALE

Olga BELIC,

Catedra Anatomia Omului, USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Structural and topographical aspects of the lienal vein

By macroscopic method it has been established that the drainage of the venous blood from the spleen is done by the lienal vein. In the most of the cases the lienal vein forms by connection of the 1st order veins at the level of the lienal hilum (49 cases). In few cases the trunk of the vein was formed at a distance of about 4-5 cm from the lienal hilum (10 cases). In 91 cases the trunk of the lienal vein was formed by the two 1st order veins superior and inferior one, more rare (six cases); the vein is formed by junction of three tributaries.

Keywords: structural aspect, topographical aspect, lienal vein, trunk.

Резюме

Варианты строения и топографии селезеночной вены

Макроскопическим методом установлено, что отток венозной крови от селезенки осуществляется селезеночной веной. Чаще она образуется соединением вен первого порядка в пределах ворот селезенки – 49 случаев. Реже образование ствола селезеночной вены было обнаружено на расстоянии 4-5 см от ворот (10 случаев). В 91 случае ствол селезеночной вены был образован двумя венами первого порядка и только в 6 случаях – тремя венозными стволами.

Ключевые слова: строение, топография, селезеночная вена, венозный ствол.

Introducere

Cunoașterea aspectelor structurale și topografice ale vaselor sangvine ale splinei este importantă în cazul intervențiilor operatorii, planificate sau urgente, pe organele imunocompetente, îndeosebi astăzi, în legătură cu lărgirea sferei de intervenții chirurgicale, cu includerea principiilor de păstrare maximă a organelor lezate prin traumatisme asociate sau izolate ale abdomenului. Splenorafia deseori este considerată periculoasă, din cauza riscului de sângerare din țesuturile suturate. Acest pericol poate fi redus prin îmbunătățirea tehnicii chirurgicale și prin cunoașterea detaliată a anatomiei sistemului vascular al organului vizat.

În caz de rupturi multiple ale splinei, majoritatea chirurgilor efectuează splenectomia, ea fiind o modalitate argumentată. Indicele complicațiilor postsplenectomice, mai ales în traumatismele combinate ale organelor cavității abdominale, este foarte înalt – 11-32%; deși complicațiile purulente se întâlnesc mai rar – în 0,5-1% din cazuri. Totodată, sepsisului îi revine un rol deosebit în leziunile izolate ale splinei, unde el constituie 2% din cazuri [2, 6]. Splenectomia executată la persoane de vârstă fragedă crește riscul apariției tulburărilor imunologice, ea poate duce la dereglări funcționale ale organismului, la diminuarea capacităților regenerative.

La copii, după splenectomie, sensibilitatea la infecții, preponderent la flora pneumococică, atinge 4%, iar mortalitatea – 88% [1]. În legătură cu rata crescută a complicațiilor după splenectomie, mulți autori preferă tactica păstrării organului integral sau barem parțial [3, 4, 5]. La baza acestei tactici conservatoare și de menajare maximă a organului se află cunoașterea aprofundată a structurii și a topografiei sistemului vascular al organului în cauză.

Material și metode de cercetare

Topografia venei lienale a fost stabilită pe blocuri de organe prin metoda de disecție macroscopică fină, propusă de V.P. Vorobiov și perfecționată de B.Z. Perlin:

- numărul cazurilor studiate – 97;
- componența organelor prelevate în bloc: splina, pancreasul, stomacul, duodenul, vasele magistrale regionale (aorta abdominală, vena portă).

Pentru acumularea datelor a fost creat un chestionar special. Au fost supuse analizei 97 de obiecte, cu descrierea indicatorilor de proporție, frecvențe și raport. Statistica descriptivă a permis prezentarea rezultatelor prin tabele și diagrame.

Rezultate și discuții

În ultimii ani, în legătură cu perfecționarea metodelor de diagnostic și operatorii în cazul insuficienței portale, precum și a intervențiilor pe pancreas, se acordă o atenție sporită venelor. Analiza pieselor anatomice demonstrează că drenarea sângelui din splină este efectuată prin vena lienală (*v. lienalis*), localizată paralel cu artera. Venele extralienale fuzionează, de regulă, formând un trunchi unic – vena lienală, diametrul căreia depășește de 1,5-2 ori calibrul arterei omonime. Lungimea venei lienale echivalează cu 8-12 cm, calibrul – cu 6-12 mm. Vena lienală a fost studiată la adulți pe 97 piese anatomice. Materialul inclus în studiu a fost prelevat de la 58 bărbați și 39 femei.

De obicei, în hilul splinei se depistează 5-6 afluențe venoase de ordinul II-III, uneori III-IV, care în hil au sediu înapoia ramurilor arteriale. Prin fuzionare, ele dau naștere trunchiurilor de ordinul I. Formarea venei lienale are loc diferit. Ea depinde de numărul și modalitatea confluenței intraviscerale. Locul de contopire a venelor poate varia mult de la caz la caz. Mai des ramurile de ordinul I se formează în regiunea hilului lienal – 49 observații. Cota-parte la bărbați – 28 (48,3 ± 6,56%) cazuri și la femei – 21 (53,8 ± 7,98%) cazuri ($p > 0,05$) (tabelele 1-3). În alte observări (38 de cazuri), contopirea venelor lienale extraorganice are loc la o distanță de 2-3 cm de la splină, din care 24 (41,4 ± 6,47%) de cazuri aparțin bărbaților și 14 (35,9 ± 7,68%) cazuri – femeilor ($p > 0,05$). Numai în 6 (10,3 ± 3,99%) cazuri la bărbați și în 4 (10,3 ± 4,87%) cazuri la femei vena lienală era formată la o distanță de la 4 până la 5 cm de la hil, în total 10 observații ($p > 0,05$).

Tabelul 1

Locul de fuzionare a ramurilor venoase de ordinul I cu formarea venei lienale la bărbați și perioadele de vârstă ($n = 58$)

Locul de fuzionare	Bărbați									
	Grupele de vârstă									
	VII		VIII ₁		VIII ₂		IX		X	
	abs.		abs.		abs.		abs.		abs.	
În regiunea hilului splinei	5		4		13		4		2	
La o distanță de 2-3 cm de la hilul splinei	2		4		7		5		6	
La o distanță de 4-5 cm de la hilul splinei	-		1		2		2		1	
Total	7	12,1 ± 4,28	9	15,5 ± 4,75	22	37,9 ± 6,37	11	18,9 ± 5,14	9	15,5 ± 4,75

Tabelul 2

Locul de fuzionare a ramurilor venoase de ordinul I cu formarea venei lienale la femei și perioadele de vârstă ($n = 39$)

Locul de fuzionare	Femei									
	Grupele de vârstă									
	VII		VIII ₁		VIII ₂		IX		X	
	abs.		abs.		abs.		abs.		abs.	
În regiunea hilului	3		2		8		2		6	
La o distanță de 2-3 cm de la hilul splinei	1		-		4		5		4	
La o distanță de 4-5 cm de la hilul splinei	-		-		1		2		1	
Total	4		2		13		9		11	

Tabelul 3

Raporturile de fuzionare al ramurilor venoase de ordinul I cu formarea venei lienale în funcție de vârstă și sex

Fuzionare	Bărbați $n_1 = 58$		Femei $n_2 = 39$		t	p
	Total		Total			
	Abs.	P±ES (%)	Abs.	P±ES (%)		
În regiunea hilului splinei	28	48,3 ± 6,56	21	53,8 ± 7,98	0,5324	> 0,05
La o distanță de 2-3 cm de la hilul splinei	24	41,4 ± 6,47	14	35,9 ± 7,68	0,5478	> 0,05
La o distanță de 4-5 cm de la hilul splinei	6	10,3 ± 3,99	4	10,3 ± 4,87	0,0000	> 0,05

Comparația variantelor de fuzionare a ramurilor venoase de ordinul I cu formarea venei lienale, în funcție de sex și categoriile de vârstă, nu arată o diferență semnificativă: $\chi^2 = 5,76$, $gl = 4$, $p > 0,05$.

În 91 de cazuri, vena lienalis era formată din 2 vene de ordinul I – superioară și inferioară (figurile 1, 2). La bărbați a fost înregistrată formarea venei din două trunchiuri în 52 (89,7 ± 3,99%) de cazuri, la femei – în 39 (100,0 ± 0,0%) de cazuri ($p < 0,05$). Vena superioară amintește un arc descendent de-a lungul axei longitudinale a splinei. Afluenții ei sunt ramurile de ordinul II, de la 1 până la 4. Vena inferioară este situată orizontal sau urmează oblic în sus, rezultând din 2-3 ramuri de ordinul II. La bărbați și la femei, cel mai înalt indicator a fost înregistrat în perioada de vârstă VIII₂: 18 și 13 cazuri, respectiv. Mai rar, în 6 (10,3 ± 3,99%) cazuri, vena era formată din 3 ramuri, 2 dintre care acumulau sânge de la poli și una – de la centrul organului.

O asemenea variantă se observă la bărbați în perioadele de vârstă VIII₁ și VIII₂ (p > 0,05).

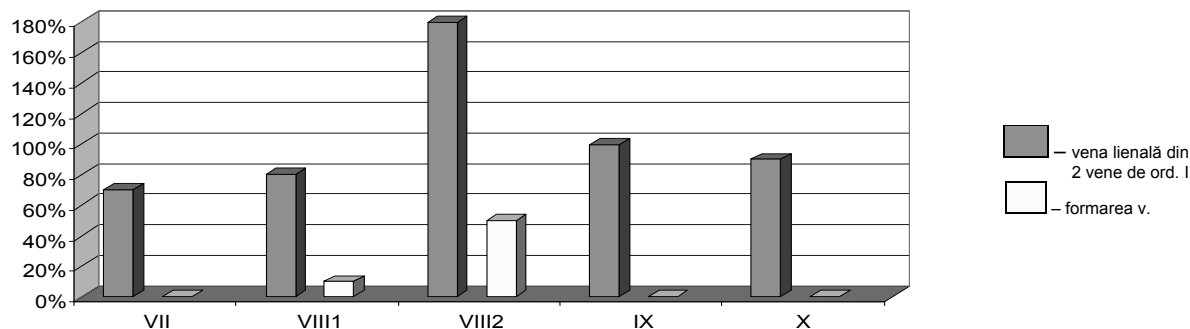


Figura 1. Variantele formării trunchiului venei lienale la bărbați (n = 58)

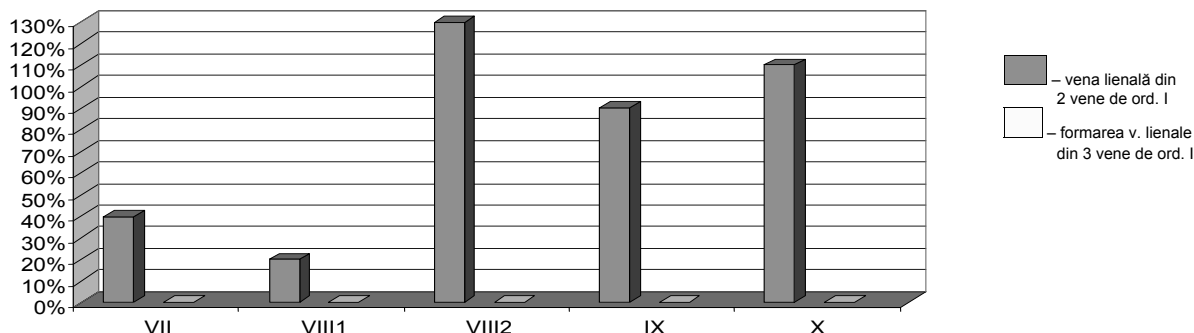


Figura 2. Variantele formării trunchiului venei lienale la femei (n = 39)

Topografic pot fi evidențiate 3 porțiuni ale venei lienale: proximală, mijlocie și distală. În prima porțiune, vena merge de la hil până la corpul pancreasului. Trunchiul venei lienale și ramurile lui de ordinul I urmează de la stânga spre dreapta. În majoritatea cazurilor în care, pe piesele studiate, coada pancreasului era situată aproape de hilul splinei, venele trec pe fața anterioară a cozii glandei. Varianta dată de localizare a vasului s-a înregistrat în 68 de cazuri: 45 (77,6 ± 5,47%) la bărbați și 23 (58,9 ± 7,88%) la femei (p > 0,05). Mai rar trunchiul venei lienale era localizat posterior de coada pancreasului – 19 cazuri: 8 (13,8 ± 4,53%) la bărbați și 11 (28,2 ± 7,21%) la femei (p > 0,05). Numai în 10 cazuri (5 la bărbați și 5 la femei) vena era situată mai sus de coada glandei, ceea ce constituie 8,6 ± 3,68% la bărbați și 12,8 ± 5,35% la femei (p > 0,05) (tabelele 4-6).

Tabelul 4

Sediul venei lienale în raport cu coada pancreasului, în funcție de vârstă și sex (n=58)

Sediul venei	Bărbați									
	Grupele de vârstă									
	VII		VIII ₁		VIII ₂		IX		X	
	abs.		abs.	abs.		abs.		abs.		abs.
Pe fața anterioară a cozii pancreasului	6		7		15		10		7	
Posterior de coada glandei	1		2		3		1		1	
Mai sus de coada pancreasului	1		-		3		1		-	
Total	8	13,8 ± 4,53	9	15,5 ± 4,75	21	36,2 ± 6,31	12	20,6 ± 5,31	8	13,8 ± 4,53

Tabelul 5

Sediul venei lienale în raport cu coada pancreasului, în funcție de vârstă și sex (n=39)

Sediul venei	Femei									
	Grupele de vârstă									
	VII		VIII ₁		VIII ₂		IX		X	
	abs.		abs.	abs.		abs.		abs.		abs.
Pe fața anterioară a cozii pancreasului	4		2		7		2		8	
Posterior de coada glandei	-		-		4		4		3	
Mai sus de coada pancreasului	-		-		2		3		-	
Total	4	10,3 ± 4,88	2	15,5 ± 4,75	13	33,3 ± 7,55	9	23,1 ± 6,75	11	28,2 ± 7,21

Tabelul 6

Raporturile venei lienale cu pancreasul în funcție de vârstă și sex

Sediul venei	Bărbați $n_1 = 58$		Femei $n_2 = 39$		t	p
	Total		Total			
	Abs.	$P \pm ES$ (%)	Abs.	$P \pm ES$ (%)		
Pe fața anterioară acozii pancreasului	45	$77,6 \pm 5,47$	23	$58,9 \pm 7,88$	1,9499	$> 0,05$
Posterior de coada glandei	8	$13,8 \pm 4,53$	11	$28,2 \pm 7,21$	1,6921	$> 0,05$
Mai sus de coada pancreasului	5	$8,6 \pm 3,68$	5	$12,8 \pm 5,35$	0,6471	$> 0,05$

Comparația variantelor de localizare a venei lienale față de coada pancreasului, conform vârstei și în funcție de sex, nu a arătat diferență semnificativă: $\chi^2 = 5,04$, $gl = 4$, $p > 0,05$. În a doua porțiune topografică, vena lienală urmează prin incizia marginii superioare a corpului pancreasului. Traiectul venei lienale este rectiliniu, independent de forma vasului arterial, paralel sau cu 1,5-2,0 cm mai jos de arteră, cu formarea unei curbe ușoare. Ca și artera lienală, vena omonimă poate fi situată de-a lungul marginii superioare a corpului pancreasului. Uneori vena trece mai jos de marginea superioară a glandei, urmând pe fețele anterioară sau posterioară ale corpului pancreasului.

O altă remarcă de ordin topografic: în porțiunea mijlocie vena poate fi situată împreună cu vasul arterial în parenchimul glandei. Vena trece din stânga spre dreapta, intersectând din anterior rinichiul stâng, aorta abdominală. În porțiunea distală, vena lienală participă la formarea venei porte.

Locul fuzionării ei cu vena mezenterică superioară este acoperit parțial sau complet de colul pancreasului. Mai rar, până la contopirea cu vena mezenterică superioară, în vena lienală se varsă vena mezenterică inferioară – 16 cazuri (figura 3). Din numărul total de cazuri, 6 ($10,3 \pm 3,99\%$) s-au înregistrat la bărbați și 10 ($25,6 \pm 6,99\%$) la femei ($p > 0,05$). În 30 de cazuri vena portă era formată prin contopirea venei lienale cu trunchi mezenteric comun (figura 4). În 19 ($32,8 \pm 6,16\%$) cazuri varianta în cauză s-a depistat la bărbați și numai în 11 ($28,2 \pm 7,21\%$) la femei ($p > 0,05$). Cea mai des întâlnită variantă constă în fuzionarea a trei trunchiuri venoase: vena mezenterică superioară, mezenterică inferioară și splenică, pentru a forma vena portă; ea a fost observată în 51 de cazuri (figura 5). Din acest număr de cazuri, 33 ($56,8 \pm 6,50\%$) aparțin bărbaților și 18 ($46,2 \pm 7,98\%$) – femeilor ($p > 0,05$) (figurile 6, 7).



Figura 3. Formarea venei porte prin contopirea venei lienale cu vena mezenterică superioară. Macropreparat. Obiectul 323 (femeie, 50 de ani). 1 – stomacul; 2 – ficatul; 3 – artera hepatică comună; 4 – artera gastrică stângă; 5 – artera splenică; 6 – vena lienală; 7 – splina; 8 – artera polară inferioară; 9 – vena gastroepiploică stângă; 10 – vena mezenterică inferioară; 11 – vena mezenterică superioară; 12 – vena portă



Figura 4. Unirea venei lienale cu trunchi mezenteric comun, cu formarea venei porte. Macropreparat. Obiectul 321 (bărbat, 60 de ani). 1 – vena portă; 2 – vena lienală; 3 – vena mezenterică inferioară; 4 – vena mezenterică superioară; 5 – artera lienal

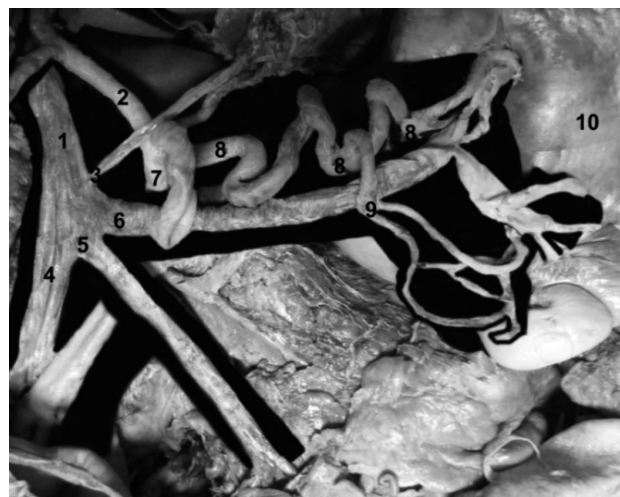


Figura 5. Formarea venei porte prin contopirea venelor mezenterică superioară, mezenterică inferioară și lienală. Macropreparat. Obiectul 322 (bărbat, 50 de ani). 1 – vena portă; 2 – artera hepatică comună; 3 – vena gastrică stângă; 4 – vena mezenterică superioară; 5 – vena mezenterică inferioară; 6 – vena lienală; 7 – trunchiul celiac; 8 – artera lienală; 9 – artera polară inferioară; 10 – splina

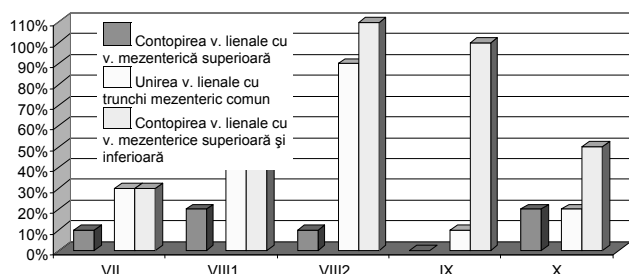


Figura 6. Variantele formării venei porte la bărbați

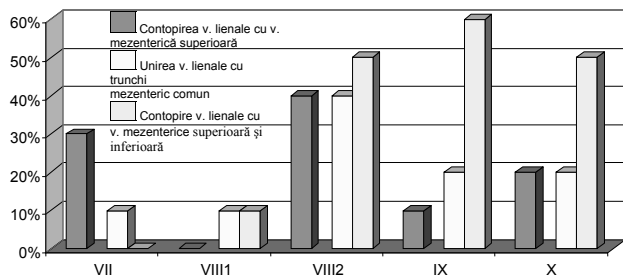


Figura 7. Variantele formării venei porte la femei

Vena lienală pe traiectul său primește afluenții de la stomac (vene gastrice scurte, vena gastroepiploică stângă) și de la pancreas (vene pancreatice). Venele pancreatice sunt numeroase și mici (până la 7-8 vase), ele se varsă pe tot traiectul venei lienale. Se observă cazuri în care în corpul pancreasului se formează 1-2 vene cu diametrul de 3-4 mm. Mai des ele se varsă în vena lienală în porțiunea distală a corpului glandei. Venele pancreatice sunt foarte scurte, atunci când vena lienală este înglobată complet în țesutul pancreatic. Vena cozii pancreasului, în majoritatea cazurilor, se varsă în vena gastroepiploică

stângă, mai rar – în afluenții de ordinele I-II ai venei lienale. Venele gastrice scurte, 2-4 la număr, încep în regiunea fundului și curburii mari a stomacului, trec în componența ligamentului gastrolenal și se varsă în vena lobară superioară sau în vena lienală.

Vena gastroepiploică stângă este un vas voluminos care trece de la curbura mare a stomacului în lig. gastrolenale și se varsă, în majoritatea cazurilor, în vena lienală în regiunea hilară sau la o distanță de 4-5 cm de la hil. O variantă mai rar întâlnită este aceea în care vena gastroepiploică stângă se varsă în afluenții de ordinul I ai venei lienale.

Bibliografie

1. Bisharat N., Omari H., Lavi I. *Risc of infection and death among post-splenectomy patients.* In: J. Infect., 2001; nr. 43(3), p. 182-186.
2. Caditi A., de Gara C. *Complications of splenectomy.* In: Am. J. Med., 2008; nr. 121, p. 371-375.
3. Ghidirim Gh., Beschieru T., Beschieru E., Iacub V. *Analiza rezultatelor tratamentului leziunilor splinei.* În: Anale științifice ale USMF Nicolae Testemițanu. Probleme clinico-chirurgicale, 2006, v. 4, p. 16-20.
4. Kristoffersen K.W., Mooney D.P. *Long-term outcome of nonoperative pediatric splenic injury management.* In: Ped. Surg., 2007; nr. 42, p. 1038-1042.
5. Алимов А.Н., Исаев А.Ф. и др. *Выбор метода хирургического лечения разрыва селезенки при сочетанной и изолированной травме живота с позицией эндохирургии.* В: Хирургия, 2006, №3, с. 43-49.
6. Маховский В. З., Николаев А. В. *Анатомическая резекция селезенки в эксперименте.* В: Хирургия, 2001, № 2, с. 27-31.

Prezentat la 28.05.2013

CONGRUENȚA IMAGISTICĂ A RMN CU HISTOLOGIA ÎN DIAGNOSTICUL LEZIUNILOR DEGENERATIVE ALE DISCULUI INTERVERTEBRAL LOMBAR

Summary

The congruence of the pathological changes by nuclear magnetic investigation and histology in diagnosis of the degenerative lumbar intervertebral disc lesions.

The lumbar intervertebral disc degeneration is the most important cause of low back pain. The purpose of the paper was to highlight the herniated lumbar disc and degenerative change in patients with clinical accusations by MRI that pleads for the diagnosis and staging them in relation to Modic classification and correlative histological examination of the material according to the postoperative lumbar disc degeneration degree, performed in 173 patients admitted in Vertebrology department of PMSI SCTO January 2008 – December 2009, of which 87 patients were operated for osteochondrosis with herniated lumbar compression and spondylolisthesis. The first type of change evidenced

by MRI, histopathological, it was demonstrated the recent forms of the intervertebral disc degeneration, identified in 10 (11.49%) operated patients. The type II changes by MRI, similar histopathological correspond with two-phase – the medium forms of the intervertebral disc degeneration, detected in 32 (36.78%) operated patients. The type III changes by MRI, histopathological, correspond with the type three, the advanced forms of the intervertebral disc degeneration, discovered in 45 cases (51.72%): myxoid degeneration and intradiscal calcification, discal cartilage hialinization with intradiscal calcification areas and the presence of young cells, fibroblasts and chondroblasts, cartilage tissue with areas of fibrosis and chronic inflammatory infiltrate.

Keywords: degenerative-dystrophic changes, lumbar intervertebral disc, magnetic resonance investigation.

Adrian COCIUG,
Catedra Morfopatologie, USMF N. Testemițanu

Резюме**Конгруэнтность дегенеративных изменений, обнаруженных посредством магнитной резонансной томографии и гистологического исследования поясничного межпозвоночного диска**

Дегенеративные процессы в поясничных межпозвоночных дисках являются наиболее важной причиной болей в пояснице. Целью работы было подчеркнуть дегенеративные изменения, обнаруженные с помощью магнитной резонансной томографии на уровне межпозвоночного диска поясничного отдела позвоночника у этих больных с клиническими жалобами, которые важны в диагностике грыжи диска. Были произведены стадиялизация данных изменений по отношению к классификации по Модуку и корреляционный анализ результатов гистологического исследования послеоперационного материала в соответствии со степенью дегенерации диска. Материал набирали от 173 пациентов, поступивших в Республиканскую клиническую больницу, отделение вертебродологии, в период январь 2008 – декабрь 2009 г., из которых 87 больных были оперированы с диагнозом «остеохондроз поясничного отдела с компрессионной грыжей» и «спондилолизез». В первом типе изменений, обнаруженных с помощью магнитной резонансной томографии посредством гистологического исследования, у 10 (11,49%) оперированных пациентов были выявлены ранние формы дегенерации межпозвоночного диска. Вторым тип изменений, обнаруженных с помощью магнитной резонансной томографии после гистопатологического исследования, соответствовал со второй фазой – средней формой дегенерации межпозвоночного диска, обнаруженной у 32 (36,78%) оперированных больных. Третий тип изменений после магнитной резонансной томографии и гистопатологического анализа свидетельствовал о тяжелой форме дегенерации межпозвоночного диска, обнаруженной в 45 случаях (51,72%). Соответственно третьему типу были обнаружены следующие изменения: миксоидная дегенерация, внутридискковая кальцификация гиалинизированного хряща диска, присутствие молодых клеток-фибробластов и хондробластов, хрящевая ткань с зоной фиброза и воспалительным хроническим инфильтратом.

Ключевые слова: дегенеративно-дистрофические изменения, межпозвоночный диск, магнитная резонансная томография.

Introducere

Degenerarea discului intervertebral lombar este complex și descrie o pierdere progresivă a proprietăților de amortizare ale coloanei vertebrale. 90% din discurile afectate degenerativ sunt cele din regiunea lombară L 4 și L5 [2]. Degenerarea discului intervertebral, în special la nivelul porțiunii lombare a coloanei vertebrale, începe cel mai frecvent la persoane în al treilea și al patrulea deceniu de viață [1].

Îmbătrânirea este un factor de risc pentru degenerescența discului intervertebral lombar. Printre persoanele de toate vârstele, examinate prin RMN, la 30% din cei fără simptome am depistat degenerarea discului; în rândul persoanelor de 60 de ani și mai în

vârstă, 57% au avut anomalii de vertebre [1]. Incidența durerilor de spate, legate de discuri degenerate, este cea mai mare la persoanele de vârsta a doua [1]. Fumatul a fost un factor demonstrat de creștere a riscului de degenerare și a ratei de risc.

Potrivit Centrului Național de Statistică Sanitară din SUA, durerile de spate reprezintă 13 milioane de vizite la medic în fiecare an și 2,4 milioane de oameni scutiți de activitate la locul de muncă în cursul oricărei perioade a anului. Durerile de spate duc la scăderea productivității muncii și deci la reducerea potențialului economic al țării [1].

Prevalența durerilor lombare și cervicale, asociate cu modificări degenerative ale discului, reprezintă o problemă epidemiologică majoră. Peste 80% din pacienți au avut cel puțin un episod de durere lombară, iar 5% – probleme cronice.

Dintre toate țesuturile conjunctive, discul intervertebral suferă cele mai importante modificări legate de vârstă. În cea de-a treia decadă de viață, nucleul pulpos este înlocuit cu fibrocartilaj, iar distincția dintre nucleu și inel dispare. Proteoglicanii, apa și proteinele noncolagenice scad, iar concentrația de colagen crește. Creșterea colagenului este mai pronunțată în porțiunea lombară [3].

Prin poziția bipedă a omului, coloana vertebrală a căpătat un rol deosebit în ceea ce privește mobilitatea, alături de rolul de susținere atribuit întregului ax vertebral. Viața cotidiană a venit să adauge condiții de existență și de muncă neobișnuite pentru generațiile anterioare, punând coloana vertebrală în situații noi legate, de exemplu, de activitatea sedentară tot mai răspândită odată cu modernizarea proceselor de producție, dezvoltarea transporturilor, prelungirea perioadelor de școlarizare etc. [4].

Actualmente este recunoscut faptul că momentul etiologic principal al afecțiunilor degenerative ale coloanei vertebrale îl constituie modificările din discul intervertebral, cu iritarea ulterioară a receptorilor nervului sinuvertebral [5]. Însă această teorie nu poate da răspuns la un șir de întrebări pe care le pune vertebroneurologia practică: Cum se explică asocierea constantă a schimbărilor morfologice degenerativ-distructive ale discului intervertebral cu periodicitatea manifestărilor clinice? Care este cauza corelației insuficiente a ritmului de evoluție cu gradul expresivității manifestărilor morfologice și clinice? De ce înlăturarea chirurgicală a herniei de disc deseori se dovedește a fi ineficace? etc.

Cauza cea mai frecventă a durerii lombare este dislocarea discului intervertebral. Cel mai adesea hernia de disc se produce pe un disc care a suferit modificări degenerative, dar există și cazuri apărute din cauza osului traumatizat [6].

Hernia de disc presupune ruperea inelului fibros și deplasarea unei porțiuni a corpului vertebral. Întotdeauna fragmentele din inelul fibros și din placa cartilaginoasă a corpului vertebral sunt însoțite de fragmente de disc herniat [7, 8].

Imagistic, prin rezonanța magnetică nucleară (RMN) se descriu mai multe stadii ale herniilor discale, acestea variind de la mici protruzii focale până la situații cu fragmente mari sechestrate [6, 9].

Rezonanța magnetică lombară este examenul de elecție în diagnosticarea herniei de disc și a celorlate faze ale discopatiei lombare [3].

M. Modic stadializează imagistic RMN în 3 tipuri (I, II, III), evidențiind mărimea elementului compresiv discal și a răsunetului asupra sacului dural, asupra rădăcinilor nervoase din vecinătate, elementele complexului musculo-ligamentar, structurile osoase (la nivel inferior față de CT vertebrală), modificările degenerative asociate de spondiloza lombară la nivel superior [10, 11].

Scopul lucrării este evidențierea herniei și a schimbărilor degenerative ale discurilor intervertebrale lombare la pacienții cu acuze clinice care pledează pentru acest diagnostic și stadializarea lor în raport cu clasificarea Modic, și, totodată, aprecierea examenului histologic al materialului post-operator, conform gradului de degenerare a discului lombar.

Material și metodă

În urma examinărilor RMN, efectuate celor 173 de bolnavi, am identificat trei tipuri majore de modificări de la nivelul discului intervertebral și al platourilor vertebrale, descrise în literatura de specialitate.

Analizând datele clinice, RMN și histologice ale celor 87 de cazuri, am realizat o stadializare clinico-imagistică a leziunilor discale intervertebrale. Stadializarea imagistică oferită de RMN a avut ca reper clasificarea realizată de M. Modic (tipurile I, II, III).

Contribuția personală a constat în stadializarea leziunilor discului intervertebral corelate cu leziunile RMN descrise de Modic.

Tabelul 1

Repartiția cazurilor lotului de studiu după tipul modificărilor RMN

Imagini IRM		Nr. total cazuri/procent	Lot I A	Lot I B	Lot II
MODIFICĂRI TIP I	hiposemnal în T 1 hiperseemnal în T 2	41 (23,69 %)	23 (56,09 %)	10 (24,39 %)	8 (19,51 %)
MODIFICĂRI TIP II	hiperseemnal în T 1 și un semnal izointens sau ușor hiperintens în T 2	55 (31,72 %)	25 (45,45 %)	10 (18,18 %)	20 (36,36 %)
MODIFICĂRI TIP III	hiposemnal atât în T 1, cât și în T 2	77 (44,51 %)	-	18 (23,37 %)	59 (76,62 %)

Au fost studiate 87 de discuri intervertebrale, obținute postoperator de la bolnavii operați în secția de vertebrologie a IMSP SCTO în ianuarie 2008 – decembrie 2009, cu diferite patologii somatice, vârstă și sex. Studiul histopatologic, folosind colorarea cu hematoxelin-eozină și picrofuxină, a fost efectuat în Laboratorul de anatomie patologică al USMF Nicolae Testemițeanu din spitalul CMSPMU, Chișinău. Vârsta pacienților operați: până la 20 ani – 3 persoane; 21-30 ani – 16 persoane, 31-40 ani – 36 bolnavi, 41-50 ani – 39 persoane, 51-60 ani – 31 persoane, după 61 ani – 10 persoane; 47 bărbați (65%) cu o medie de vârstă de 45,3 ani și 40 femei (35%) cu media de vârstă de 39,6 ani. Localizare a herniei: nivel L₂ – 3 cazuri (3,45%), nivel L₃ – 8 cazuri (9,19%), nivel L₄ – 51 (58,62%), nivel L₅ – 25 cazuri (28,73%).

Histologic la 10 pacienți (11,49%) au fost determinate forme incipiente de degenerescență a discului intervertebral, având aspecte de degenerescență mixoidă, central condroblaste cu condrocite. La 32 pacienți (36,78%), în formele medii de degenerescență a discului intervertebral s-a depistat: țesut discal fibrozat, cu zone de edem interfibrilar; țesut cartilagos discal, cu condrocite în condroblaste, aspect papilar și zone hemoragice, zone de



Figura 1. Pacient A., 55 ani. Aparține Lot. IB, cu modificări de a) tip II hipersemnal în T 1 și un semnal izointens sau ușor hiperintens în T 2 la nivelul discurilor L4 – L5, b) osteofit la nivelul corpului vertebral 5, RMN



Figura 2. Pacient B., 71 ani. Aparține lot. II, cu modificări de tip III hiposemnal atât în T 1, cât și în T 2, a) la nivelul discurilor L3-S1 cu b) semne de protruzie și extinderea ligamentului longitudinal anterior, c) scăderea înălțimii discurilor, RMN

hialinizare. La 45 de pacienți (51,72 %) cu vârsta după 61 de ani, în formele avansate de degenerescență a discului intervertebral s-a descoperit: cartilaj discal hialinizat, calcifieri intradiscale sau zone de osificare, infiltrat limfocitar.

La persoanele cu vârste înaintate, schimbările degenerative devin mai profunde și depunerea calciului ocupă un areal mai vast, investiga-

ția histologică la nivelul discului vertebral colorat cu hematoxelină-eozină indică forme avansate de degenerescență a discului intervertebral (figura 3.A), cu cartilaj discal hialinizat (a), calcifieri intradiscale sau zone de osificare (b), infiltrat limfocitar (c).

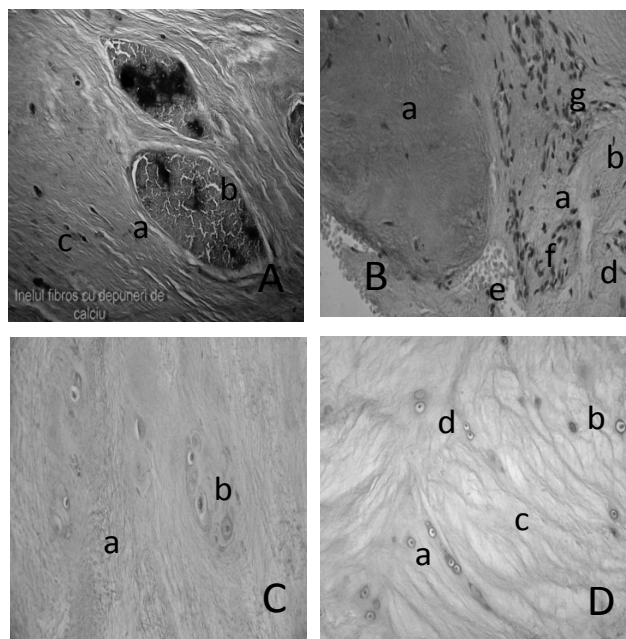


Figura 3. **A.** Pacient K., 82 ani. Inelul fibros din discul intervertebral V a) cartilaj discal hialinizat, b) calcifieri intradiscale sau zone de osificare, c) infiltrat limfocitar (H-Ex140). **B.** Pacient A., 62 ani. Nucleul pulpos din discurile intervertebrale lombare IV, V a) țesut discal fibrosat, cu b) zone de edem interfibrilar; c) țesut cartilagininos discal, cu condrocite în condroblaste, d) aspect papilar și e) zone hemoragice, f) zone de hialinizare, g) proliferarea fibroblaștelor (H-Ex140). **C.** a) degenerescență mixoidă, b) central-condroblaste cu condrocite (H-Ex140). **D.** Pacient C., 32 ani. Nucleul pulpos din discul intervertebral lombar II a) condrocite și b) condroblaste conturate, c) structura fibrilară organizată, cu persistența substanței fundamentale condrogene (d) (H-Ex140)

În grupul II, prin examen histologic cu hematoxelin-eozină, au fost depistate schimbări incipiente de degenerescență (figura 3.C) a discului intervertebral, având aspecte de degenerescență mixoidă (a), central-condroblaste cu condrocite (b).

La persoanele tinere ce suferă de osteocondroză lombară cu dureri acute, nucleul pulpos, în primul grup, prin examen histologic cu hematoxilin-eozină (figura 3.D) sunt bine vizualizate: (a) condrocite și condroblaste nemodificate, (b) cu elementele structurale ale structurilor fibrilare bine conturate (c), persistența substanței fundamentale condrogene (d).

Rezultate obținute

Pe parcursul cercetărilor, au fost determinate cele trei tipuri majore de modificări la nivelul discului intervertebral și al platourilor vertebrale.

Primul tip de modificări RMN a fost evidențiat la un număr de 50 de bolnavi (28,90%) studiați, din care 8 (9,19%) au fost operați, constatând în corpii vertebrali, paralel cu platourile vertebrale ale discului degenerat, un semnal de intensitate diminuată pe imaginile ponderate în T1 și de intensitate crescută în T2.

Modificările histopatologice evidențiate în formele incipiente de degenerescență a discului intervertebral, identificate la 10 (11,49%) pacienți operați, au fost următoarele:

- degenerescență mixoidă la nivelul cartilajului discal, cu condroblaste și condrocite în centrul imaginii;
- hialinizare și zone de edem interfibrilar în țesutul discal fibrosat.

Modificările RMN de tip II au fost identificate la un număr de 36 de cazuri (20,83%) studiate, din care 10 (11,49%) au fost operate, având următoarele schimbări:

- creșterea intensității semnalului pe imaginile ponderate în T1 și un semnal izointens sau ușor hiperintens pe imaginile din T2, expresia imagistică a leziunilor discale constând în protruzia nucleului pulpos și hernii discale incipiente relativ recente.

Modificări histopatologice în faza a doua, numite forme medii de degenerescență a discului intervertebral, au fost depistate la 32 (36,78%) bolnavi cu:

- țesut cartilagininos discal, cu condrocite în condroplaste cu aspect papilar și zone hemoragice;
- condroblaste și condrocite asociate cu zona de degenerescență mixoidă.

Modificările RMN de tip III, identificate la un număr de 87 de cazuri (50,28%), din care 69 (79,31%) au fost operați cu următoarele schimbări: scăderea intensității semnalului pe imaginile ponderate atât în T1, cât și în T2, fiind corelată cu scleroza osoasă extensivă, vizualizată pe imaginile radiografice planare uzuale, în timp ce modificările de tipurile I și II nu au corespuns radiologic.

Modificări histopatologice de tip trei, în formele avansate de degenerescență a discului intervertebral, au fost descoperite la 45 (51,72%) pacienți degenerescență mixoidă și calcifieri intradiscale, cartilaj discal hialinizat, cu zone de calcifiere intradiscale și prezența celulelor tinere – fibroblaste și condroblaste, țesut cartilagininos cu zone de fibroză și infiltrat inflamator cronic.

Tabelul 2

Repartiția cazurilor în raport cu aspectul RMN

Aspecte	Număr cazuri / procent		
	TIP I	TIP II	TIP III
IRM	8 (9,19%)	10 (11,49%)	69 (79,31%)
Histopatologie	10 (11,49%)	32 (36,78%)	45 (51,72%)

Discuții

Rezultatele studiului histologic evidențiază faptul că degenerescența discului intervertebral este însoțită de deshidratarea nucleului pulpos, iar,

în final – calcificarea discului intervertebral. Prin studiul clinic, histologic colaborat și cel imagistic am obținut o corelare cu stadializarea imagistică a lui Modic [12].

Rezonanța magnetică nucleară este una dintre cele mai bune soluții pentru diagnosticul stadiilor incipiente, acolo unde testele mai puțin costisitoare sunt negative sau echivoce, prevenind eșecul clinic și terapeutic, mai costisitor, preîntâmpinând invaliditatea persoanelor de vârstă tânără în plină activitate. Această metodă identifică stările incipientă și definitivă ale leziunii discului, evaluează extensia acestuia, determină prognosticul și monitorizează efectul [13, 14, 15].

În ultimii ani, dezvoltarea tehnologică în bioimagistică a dus la folosirea în masa a RMN ca instrumente de evaluare și de diagnostic în afecțiunile dureroase ale coloanei. RMN aduce rezoluție înaltă și imagini multiaxiale, nu folosește radiații ionizante, prezintă un risc mai mic pentru pacient decât alte procedee imagistice [15].

Pentru ca eforturile teoretice să devină mai mult profilactice și reconstructive, este obligatoriu să fie cunoscute modificările biologice, histologice și, în ultima vreme, genetice, corelate cu manifestările clinice și examenul IRM [13].

Din analiza rezultatelor se observă că 4/5 din cazurile a caror hernie de disc a fost sancționată chirurgical prezentau la IRM modificări tipice avansate la nivelul focarului lezional, iar la mai mult de 1/2 din subiecți, examinarea histologică a confirmat leziunile avansate de degenerare a discului intervertebral.

Modelul conceptual din studiul de față a pornit de la premisa că evaluarea clinică cu ajutorul imagistic stă la baza unei terapii adecvate.

Concluzii

1. Studiul a subliniat importanța existenței unor markeri ai diagnosticului și evoluției herniei de disc, utili în luarea deciziei terapeutice.

2. Din analiza rezultatelor se observă că peste 80% din cazurile a căror hernie de disc a fost sancționată chirurgical prezentau la IRM modificări tipice avansate la nivelul focarului lezional.

3. Cercetarea noastră a demonstrat importanța depistării modificărilor și localizării herniei cu rol predicator asupra evoluției, implicit asupra tratamentului, care nu poate fi decât benefic pentru practica medicală.

4. Aspectele histopatologice evidențiate la 1/10 din discurile intervertebrale analizate prezentau degenerescență mixoidă corespunzătoare formelor incipiente.

5. Forme medii de degenerescență a discului intervertebral s-au depistat la 1/3 din lamele cu disc intervertebral prelevate, modificările histopatologice identificate au fost: țesut discal fibrozat, cu zone de edem interfibrilar; țesut cartilagos discal, cu condrocite în condroblaste, aspect papilar și zone hemoragice, țesut cartilagos discal cu zone de hialinizare.

6. Peste 1/2 din discurile analizate, histopatologic aveau forme avansate de degenerescență a discului intervertebral, cu cartilaj discal hialinizat, calcifieri intradiscale sau zone de osificare, cu infiltrat inflamator cronic la nivelul cartilajului discal.

7. La 4/5 din subiecți, examinarea histologică a confirmat leziunile avansate de degenerare a discului intervertebral, evidențiate prin IRM.

8. Un element important a fost identificarea celulelor tinere (fibroblaste) în leziunile medii degenerative, oferind astfel posibilitatea reparării leziunilor discale.

Bibliografie

- Patel R., Rajeev K., Curtis W. Slipman. *Disc lombara boli degenerative*. In: eMedicine. Eds. J. Michael, 2004, nr. 10, p. 35-36.
- Hoff L., Julian T. *Boala discului intervertebral. Diagnosticul și tratamentul chirurgical curent*. In: Eds. L.W. Way, Gerald M. Doherty. New York: McGraw-Hill, 2004, p. 952-958.
- Carragee E. et al. *Traumatismele minore și cele grave în boala degenerativă cu dureri de spată*. In: Spine, 2006, nr. 31, p. 2942-2949.
- Saifuddin A., Braithwaite I., White J., et al. *The value of lumbar spine magnetic resonance imaging in the demonstration of annular tears*. In: Spine, 1998, nr. 23; p. 453-457.
- Веселовский В.П., Попелянский Я.Ю. *Болезни периферической нервной системы*. М., с. 462.
- Milette P.C. *Classification, diagnostic imaging, and imaging characterization of a lumbar herniated disc*. In: Radiol. Clin. North., 2000, nr. 38, p. 1267-1292.
- Imhof H., Breitenseher M., Kainberger F., Rand T., Trattnig S. *Spine disease*. In: European Radiol. Suppl., 2000, nr. 10, p. 313-319.
- Mihaița I., Opreș L. *IRM vertebro-medular*. București: Centrul de Imagistică „Medist”, 2001, nr. 12, p. 34-37.
- Pfirrmann C.W., Metzendorf A., Zanetti M., et al. *Magnetic resonance classification of lumbar intervertebral disc degeneration*. In: Spine, 2001, nr. 26, p. 1873-1878.
- Modic M., Steinberg P. et al. *Degenerative disk disease: assesment of changes in vertebral body marrow with MR imaging*. In: Radiology, 1988, nr. 166, p. 193-199.
- Modic M.T., Masaryk T.J., Ross J.S., Carter J.R. *Imaging of degenerative disk disease*. In: Radiology, 1988, nr. 168, p. 177-186.
- Modic M.T., Steinberg P.M., Ross J.S., Carter J.R. *Degenerative disk disease: assesment of changes in vertebral body marrow with MR imaging*. In: Radiology, 1988, Jan; nr. 166 (1, Pt. 1), p. 193-199.
- Hajek P.C., Baker L.L., Goobar J.E., Sartoris D.J., Hesselring J.R., Haghghi P., Resnick D. *Focal fat deposition in axial bone marrow: MR characteristics*. In: Radiology, 1987, nr. 162, p. 245-249.
- Lang P., Chafets N., Genant H.K., Morris J.M. *Lumbar spinal fusion assesment of functional stability with Magnetic Resonance Imaging*. In: Spine, 1990, nr. 15, p. 581-588.
- Li K.C., Poon P.Y. *Sensitivity and specificity of MRI in detecting spinal cord compression and in distinguishing malignant from benign compression fractures of vertebrae*. In: Magn. Reson. Imag., 1988, nr. 6, p. 547-556.

Prezentat la 04.10.2013

Adrian Cociug, medic-operator,
Banca de Țesuturi și Celule Umane IMSP SCTO
Tel. mob. 079741902 Tel. ser. (+37322) 242255
adi-co@mail.ru, adriancociug@gmail.com

INCURSIUNE
ÎN ESENȚA
COMPORTAMENTULUI
SUICIDAR ÎN SCHIZOFRENIE

Oleg ȚURCANU¹, Oleg COBÎLEANSCHI²,

¹Spitalul Clinic de Psihiatrie, or. Chișinău,

²Catedra Psihiatrie, Narcologie și Psihologie Medicală,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

Insight into the essence of suicidal behavior in schizophrenia

The paper did a rundown of key concepts that define the behavior of the suicidal and visions of this phenomenon to the mentally ill patients in general and in particular schizophrenics. So are analyzed briefly the theories that have tempted not only understanding the meaning, as well as providing solutions for attitude and even suicide prevention, emphasizing that the theories of neuro-psycho-biological released during the 20th century are those that have developed arguments in favor of preventing suicide through medication and psychological support step-by-step. Review of biological perspective, the suicidal act can be correlated with changes in two or more transmission systems, namely: the serotonin system, HHC axis hyperactivity, increased involvement of noradrenergic system, other systems (dopaminergic, GABA); neuroanatomic anomalies.

The suicidal phenomenon investigations have suggested different scientific approaches, but they have the support of the theory of risk factors, which are elucidated the circumstances that grow consistently the suicide-biological risk factors, existential and protective factors, which can suppress or diminish the effect of risk factors.

Keywords: suicidal behavior, schizophrenia, theory of risk factors.

Резюме

Понимание сущности суицидального поведения у больных шизофренией

Авторы статьи осуществляют обзор ключевых понятий, которые определяют суицидальное поведение, рассматривают это явление в целом у психически больных и лиц, страдающих шизофренией, в частности. Таким образом, были проанализированы теории, которые не только пытаются понять сложную сущность процесса, но и предлагают решения по предупреждению суицида, подчеркивая, что нейро-психобиологические теории, выдвигаемые на протяжении XX века, выработали медикаментозные методы предотвращения суицида и поэтапную психологическую помощь. С биологической точки зрения, суицидальный поступок может быть связан с изменениями в нескольких системах передачи, таких как: дисфункция серотонинергической системы, гиперактивность гипоталамо-гипофизарной системы, повышенная активность норадренергической системы, вовлечение других систем (дофаминергической, ГАМК), нейроанатомические аномалии.

Исследования суицидального феномена предоставили новые научные подходы, которые основываются на теории факторов риска, освещающей последовательно обстоятельства, повышающие потенциал суицида – биологические факторы риска, так и предотвращающие факторы, которые могут подавлять или снижать эффект факторов риска.

Ключевые слова: суицидальное поведение, шизофрения, теория факторов риска.

Introducere

Comportamentul suicidar a fost catalogat sub numeroase forme de-a lungul istoriei sale foarte îndelungate – practic de la începuturile omenirii, el fiind considerat fie normal sau patologic, fie moral sau imoral și, ca urmare, a fost glorificat sau pedepsit. Din punct de vedere etimologic, termenul de *suicid* provine din cuvintele latine “sui” = *de sine* și “caedere” = *omorător*, însemnând “omorâre de sine”, termen folosit pentru prima dată în 1642 de către Sir Thomas Browne, în cartea *Religio medici* [18].

Există mai multe nivele ale acestui comportament, cu grade diferite de pericolozitate, ceea ce conduce la imaginea unui continuum al comportamentului suicidar care presupune următoarele fenomene:

- ideea suicidară
- amenințarea cu suicidul
- tentativele de suicid (sau actele de autovătămare)
- suicidul consumat – producerea unor leziuni provocatoare de moarte, existând în prealabil intenția clară de a muri.

În aria suicidologiei este inclusă și noțiunea de *suicid indirect* [70], a cărei intenționalitate este mai puțin manifestă decât în cazul tentativelor suicidare vădite și se caracterizează mai degrabă printr-o probabilitate de producere a morții decât printr-un atentat direct asupra vieții.

Existența conceptului de *suicid rațional* a constituit un subiect intens de dezbatere în diferite domenii ce au în vizor această problematică. Atributul *rațional* poate să derive din faptul că unii indivizi refuză să accepte termenii condiției umane, așa încât suicidul este văzut ca o modalitate de rezolvare a problemelor, singura alternativă aptă de a răspunde cerințelor individuale la un moment dat [3, 14].

Interpretarea fenomenului suicidar la diferite etape ale dezvoltării umanității

În **Grecia antică** se evidențiază o pluralitate de opinii privind moartea voluntară, aceste opinii fiind susținute sau abrogate de

diferitele școli filozofice. Astfel, se remarcă opoziția puternică a pitagoricienilor, urmată de pozițiile, în esență contrare față de fenomenul suicidar, aparținând marilor gânditori ai Antichității, Platon și Aristotel, și continuând cu atitudinea îngăduitoare a epicurienilor și a stoicilor

Și în **Roma antică** întâlnim, datorită influenței stoicilor, o atitudine favorabilă sinuciderii, care datează din sec. al V-lea î. H. până în sec. al II-lea d. H. Numărul foarte mare de morți voluntare se datorează, în mare măsură, flexibilității autorităților de la acea vreme care a făcut posibilă declararea motivului real al acestor morți, lucru care nu s-a putut face în alte epoci [41].

În **Evul Mediu**, se remarcă o atitudine generală care nu este îngăduitoare actului suicidar. El este incriminat în aceeași măsură de religia oficială, de puterea civilă și de credințele populare, fiind considerat un act împotriva naturii, împotriva societății și împotriva lui Dumnezeu [51]. În continuare, opiniile asupra suicidului au devenit tot mai categorice, acesta fiind considerat un act reprobabil și rușinos, care trebuie condamnat public. Se remarcă afirmațiile Sfântului Toma d'Aquino, care numește trei rațiuni fundamentale pentru a interzice suicidul [62]: 1) este un atentat împotriva naturii, deoarece contrazice tendința naturală de a trăi; 2) este un atentat împotriva societății, căci facem parte dintr-o comunitate unde avem un rol de jucat; 3) este un atentat împotriva lui Dumnezeu – singurul proprietar al vieții noastre.

Renașterea a generat o clasă aparte de elite intelectuale, iar odată cu revoluția tipografiei a crescut accesul la cultura scrisă, acest fapt nu a modificat însă în esență sa percepția socială asupra suicidului, ci, dimpotrivă, se poate urmări chiar o înăsprire a pedepselor pentru aceste intenții, sancțiunile fiind retrase mult mai târziu, de exemplu, în Anglia, considerată ca fiind foarte conservativă în modularea legislației, în 1823, cele civile – în 1870, pentru ca abia în 1961 suicidul să nu mai fie considerat drept o crimă.

Toate religiile lumii condamnă suicidul, moartea fiind considerată prerogativa exhaustivă a lui Dumnezeu și doar în cazuri aparte se acceptă sacrificiul suprem – în cazul confruntării cu anumite situații ce fac atingere demnității și onoarei individului.

Teoriile etiopatogenice ale comportamentului suicidar se subdivid în:

- **teorii sociologice** (în 1897, Emile Durkheim, în lucrarea sa intitulată *Le suicide*, lansează o nouă abordare a suicidului [25], care distinge suicidul de cauză socială – suicidul egoist, suicidul altruist, și suicidul anomic, când individul nu își mai regăsește reperele la care este obișnuit să se raporteze.

- **teorii psihologice** și, în primul rând, **teoria psihanalitică** modelată la începutul secolului al XX-lea

de Sigmund Freud, teorie care explică suicidul într-un mod asemănător cu psihopatologia depresiei [22].

Tot aici se inserează **teoria psihosocială**, reprezentată de Erik Erikson, care susține ideea că rezoluția necorespunzătoare a crizelor ce apar pe parcursul vieții ar constitui factorii de risc ai producerii suicidului, care nu înseamnă altceva decât dificultăți adaptative.

Teoria cognitivă abordează suicidul din perspectivă cognitiv-comportamentală [14], actul extrem fiind asociat cu depresia. Conform acestei teorii, sistemul de gândire al unui depresiv abordează o realitate deformată, distorsionată, marcată de erori ce se datorează unor procese cognitive, cum ar fi: generalizarea, maximizarea/minimizarea, abstractizarea selectivă etc.

Teoria comportamentală admite învățarea socială a comportamentului suicidar [5], prin întărirea unor comportamente determinate de stimuli exteriori.

Teoria interpersonală, reprezentată de Harry Stuck Sullivan, plasează actul suicidar în domeniul relațiilor interpersonale, în sensul că acesta este rezultatul eșecului rezolvării conflictelor interpersonale, datorită unei anumite percepții asupra persoanei care comite suicidul în ochii persoanelor apropiate și semnificative din viața acesteia [3].

Teoria existențială a fost susținută de Albert Camus, care acorda un mare interes problemei suicidului și a emis bine cunoscuta frază în eseu *Mitul lui Sisif*: "Există o singură, cu adevărat serioasă problemă și aceasta este suicidul" [26].

Evoluția viziunilor vizavi de cauzalitatea complexă a actului suicidar se reflectă fidel în **teoriile neuropsihobiologice**, lansate pe parcursul secolului XX. Conform acestora, din perspectiva biologică, actul suicidar poate fi corelat cu modificări în mai multe sisteme de transmisie, și anume: disfuncția sistemului serotoninergic; hiperactivitatea axei HHC; activitatea crescută a sistemului noradrenergic; implicarea altor sisteme (dopaminergic, GABA etc.); anomalii neuroanatomice. Conform modelului stres-diateză propus de Mann et al. (1999), factorul stresant este reprezentat fie de o anumită tulburare psihiatrică, fie de intervenția unor evenimente psihotraumatice (dificultăți interpersonale, sociale etc.), adversități ce acționează pe un teren constituțional favorizant – influențe genetice, experiențe traumatice în copilărie etc. Toate aceste predispoziții au ca rezultat formarea unor trăsături de personalitate ce prefigurează o vulnerabilitate deosebită pentru actul suicidar, și anume impulsivitatea, agresivitatea și disperarea extremă [13].

Rezultanta îndelungatei căutări de explicații pentru acest act, care sfidează firea lucrurilor, se poate considera abordarea științifică modernă a suicidului de pe poziția **teoriei factorilor de risc**, care are

în vedere atât dezavuarea circumstanțelor care cresc potențialitatea suicidului – factori de risc biologic, existențial, cât și cunoașterea și punerea în aplicare a factorilor protectivi, care contrabalansează efectul factorilor de risc [41]. Aici trebuie să fie citați mai mulți autori moderni, în primul rând cei recunoscuți pe plan mondial [12, 19, 31, 32, 34, 46, 55, 73].

Suicidul este o cauză majoră de deces în rândul pacienților cu schizofrenie. Cercetările indică faptul că cel puțin 5-13% din pacienții schizofrenici mor prin suicid și este probabil că limita superioară a gamei este estimarea cea mai precisă. În literatura de domeniu, problema factorilor de risc suicidar este abordată foarte frecvent și de pe diferite poziții, autorii cercetând fenomenul în raport cu numeroase circumstanțe de ordin biologic și social [3, 14, 24, 41]. În ceea ce se referă la riscul suicidar al pacienților cu schizofrenie, specialiștii invocă în unison: antecedentele anterioare de suicid, nonaderența la tratament sau terapia inadecvată a simptomelor pozitive și a celor negative, impregnarea neuroleptică, spitalizările repetate, suportul extern limitat și izolarea socială [9, 12, 20, 28, 31, 37, 66, 73, 75].

În literatura de specialitate, prezența tulburărilor psihiatrice este unul dintre cei mai frecvenți factori de risc în apariția suicidului [29].

Edwin S. Shneidman, în lucrarea sa celebră *Autopsy of a Suicidal Mind* (2004), afirma în cunoștință de cauză, el fiind considerat unul dintre cei mai versați suicidologi, cum că "în fiecare sinucidere se poate distinge o componentă schizofrenică, în sensul discordanței crase între gândire și sentimente" [60].

Despre un comportament suicidar (adică despre o acțiune autolitică conștientă și deliberată) al unui bolnav cu devieri de spectru schizofrenic se poate afirma doar în cazul în care suicidentul are discernământul propriilor acțiuni, adică nu se află sub efectul unui statut psihotic [71, 72, 73, 75].

Dacă un subiect a comis un act de suicid fiind în acces psihotic, comportamentul lui ar trebui calificat ca autoagresiune, iar în acest caz autoagresiunea are un caracter secundar, deoarece a fost condiționată de tulburări psihotice. Există, însă, situații când interpretarea cauzelor comportamentului suicidar la bolnavul cu tulburări de ordin schizotipal se face cu dificultate, de aceea mulți suicidologi tratează toate acțiunile de gen autolitic ale bolnavilor psihici ca fiind intenții suicidale [73]. Indiferent, însă, de modalitatea diversă de abordare și divergențele terminologice, autorii converg spre afirmația că rata de suicide printre pacienții schizofrenici este debordantă [19, 27, 29, 53, 73]. Se estimează astfel că cca 50% din bolnavii care suferă de schizofrenie pe parcursul a 20 de ani comit suicide, 10% dintre care sunt suicide realizate [71, 72, 73, 75].

În baza numeroaselor studii și observații de durată s-a ajuns la concluzia că cei mai periculoși sub acest aspect sunt primii 3-5 ani de maladie. Maxima suicidelor se situează la femei în intervalul a 3-4 ani, iar la bărbați – între 7 și 8 ani, adică în perioada cuprinsă între 4 și 9 ani de boală [45, 46, 56, 71, 72, 73]. Astfel, și speranța de viață a persoanelor cu schizofrenie este cu 12-15 ani mai mică decât a celor care nu au această tulburare, acest fapt fiind nu doar rezultatul frecvenței crescute a sinuciderilor printre respectivii bolnavi (în jur de 5%), ci și al problemelor de sănătate fizică care se asociază adesea bolii (Van Os J., Kapur S., 2009).

Meltzer H.Y. (2002) și alți specialiști afirmă că mai predispuși sunt pacienții cu schizofrenie paranoidă, deși, conform statisticilor, tentativele de suicid în 43-45% de cazuri sunt comise de pacienți tineri cu schizofrenie de formă simplă [12, 28, 33, 43, 72].

Probabilitatea de suicid scade odată cu vârsta, iar media de vârstă a suicidenților schizofrenici este de 33,4 ani. De altfel, media de vârstă la bărbați este cu 10-12 ani mai mică decât la femei [31, 55, 67, 73, 75]. După vârsta de 50 de ani, la pacienții marcați de această boală riscul de suicid este din nou în creștere. Raportul bărbați/femei printre suicidenții suferind de schizofrenie este de 3:2.

Factorii care potențiază sau limitează riscul suicidar al bolnavilor de schizofrenie au fost mereu un subiect de interes științific și aplicativ aparte, în literatura de specialitate fiind raportate numeroase studii, trialuri, sondaje efectuate atât pe cohorte masive de populație în ansamblu, cât și pe categorii aparte de bolnavi psihici [19, 29, 73, 75].

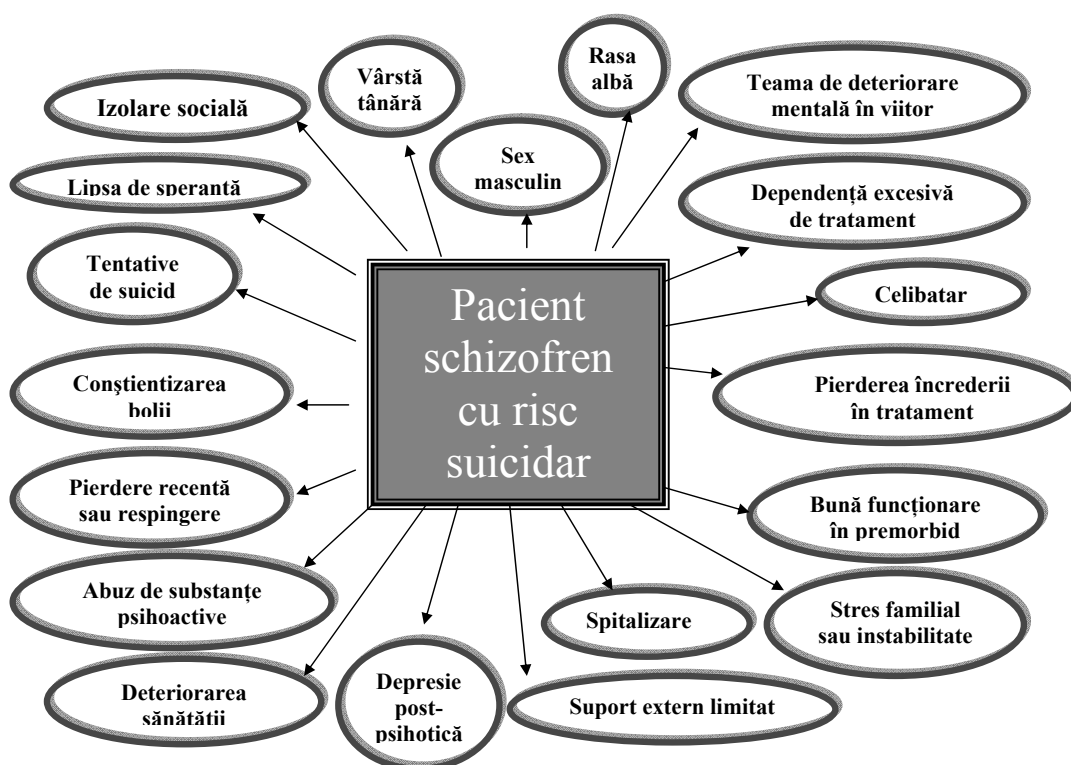
Este firesc faptul că asupra bolnavilor schizofrenici, care se cunoaște că au cea mai mare rată de suicide și cele mai pregnante trăsături încadrabile ca fiind comportament suicidar, au fost realizate studii avizate, în urma cărora au fost schițate diferite programe de management curativ și de recuperare psihosocială [43, 47, 68, 73, 75].

Analizând atent cercetările realizate la subiectul nostru de interes, am dedus că practic nu există spații pe glob unde fenomenul suicidar să nu fi fost cercetat sub diferite aspecte. Mai mult, foarte multe echipe de cercetători colaborează, realizând studii tranșante și comparate [6, 9, 29, 75], pentru a distinge diferențele de cel mai diferit ordin, ca în temeiul acestora să se deducă circumstanțele și factorii de ordin demografic, etnic, genetic, social, clinic și psihopatologic care concură la formarea și manifestarea comportamentului suicidar [12, 19, 33, 67, 73, 75].

Am analizat mai multe principii de delimitare a acestor factori și am desprins că, în linii mari, factorii de risc suicidar ai bolnavului schizofrenic se pot divide precum urmează (tabel adaptat după Л. Н. Юрьева. *Клиническая суицидология*, 2006, p. 223):

<i>Factorii care potențează riscul suicidar</i>	<i>Factorii care limitează riscul suicidar</i>
<p><i>Factori demografici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Sexul – masculin. ◆ Vârsta – maxima suicidelor revine vârstei de sub 30 de ani, iar media de vârstă a suicidenților este de 33 de ani. <p><i>Factori psihosociali</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Particularitățile individuale ale personalității (vulnerabilitate, senzitivism, subaprecierea de sine, impulsivitatea). ◆ Antecedent suicidar în anamnezic. ◆ Nivel înalt de instruire și aspirații. ◆ Izolare socială, în special în cazurile în care adaptarea socială de până la îmbolnăvire fusese de bună calitate. Lipsa serviciului și a familiei. <p><i>Factori clinici</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Prezența simptomocomplexului depresiv în structura psihopatologică a psihozei – la orice etapă de evoluție. ◆ Halucinații verbale imperative de mesaj suicidal. ◆ Recidive frecvente ale bolii, în special în primii ani de la îmbolnăvire. ◆ Etapa de ieșire din psihoză, când se întâmplă conștientizarea bolii și a consecințelor ei. ◆ Etapa de constituire a remisiei. ◆ Dezadaptarea socială manifestă (inadaptivitatea la condițiile vieții extraspitalicești, de ex. după o lungă perioadă de tratament staționar forțat). <p><i>Tulburări asociate</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Consum de substanțe psihoactive (alcool, opiate ș.a.). ◆ Dereglări cronice de ordin somatic și tulburări neurologice, condiționate de farmacoterapie: <ul style="list-style-type: none"> - depresie neuroleptică, - depresie achinetică, - disforii generate de consumul preparatelor antipsihotice. 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ Debutul tardiv al schizofreniei. ◆ Episoade unice de crize schizotipale. ◆ Prezența simptomaticei hipo- sau maniacale. ◆ Existența relațiilor sociale. ◆ Existența familiei parentale, statutul de căsătorit. ◆ Un anamnezic profesional bun până la îmbolnăvire.

Spre comparație, prezentăm un sumar al factorilor de risc suicidar la pacienții suferind de schizofrenie, la care subscriu nume recunoscute în managementul sănătății mentale, cum ar fi Meltzer H.Y., (2002; 2005); Ettlinger R., (1975); Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A. et al. (2005); Harris E.C., Barraclough B. (1997), Har-kavy-Friedman J.M., Kimhy D., Nelson E.A. et al. (2003) și mulți alți savanți și grupuri de experți în domeniu.



Din acest complex de premise biologice, circumstanțe sociale și asociații psihopatologice rezultă că la conturarea riscului suicidar al bolnavilor cu schizofrenie își aduc aportul trei grupe distincte de factori:

- Particularitățile psihopatologice ale statutului psihic individual;
- Particularitățile personalității bolnavului (atât premorbide, cât și cele postmorbide, imprimare prin evoluția procesului schizofrenic);
- Circumstanțele psihotraumatizante cu caracter exo- și endogen.

Schizofrenia, însă, este o boală de heterogenitate considerabilă, de aceea au fost efectuate numeroase tentative de a relaționa riscul suicidar cu subtipul schizofreniei. În cele din urmă, s-a ajuns la concluzia că subtipurile clasice de schizofrenie – paranoidă, catatonică, hebefrenică și nediferențiată – nu par a fi de importanță [51, 50, 45]. Andreasen și Olsen [2] au fost cei care au propus a diferenția în spectrul de semnalmente ce se intrică în formarea riscului suicidar simptomatice *pozitivă*, *negativă* și cea *mixtă*. Există doar dovezi solitare și acelea indicând o corelație slabă negativă între simptomele pozitive și suicid [30].

O altă tipologie a fost concepută de către Crow [17], care a diferențiat *tipul I* de sindroame în schizofrenie, echivalent cu schizofrenia acută, și *tipul II*, echivalent cu stările de defect rezidual, dar asociate cu un risc redus de suicid în viitor. Deși nu a putut fi delimitat un sindrom unitar, se poate totuși afirma că specificul de evoluție a bolii, recidivele frecvente [24; 44], o mare severitate a maladiei, o crasă limitare în funcționarea socială și profesională [21, 59, 63] și o conștientizare realistă a efectelor deteriorative ale bolii sunt factorii de risc suicidar specifici și omniprezenți în toate tipurile de comportament suicidar al unui schizofrenic [3].

Se aplică și multe alte modalități de clasificare a pacienților suicidari, autorii lor reieșind din propriile observații, care se pot distanța ca rezultat observațional destul de important și asta pentru că se lucrează cu contingente de suicidenți diferite ca statut etnic, cultural, ca reședință geografică, dezvoltare socială etc., multe dintre aceste tipologii sunt, totuși, aplicabile în condiția în care se întrunesc cel puțin careva dintre parametrii de start (Funahashi, 2000; Osby, 2000; Martin, 2000; Deisenhammer, 2000; Bralet, 2000; De Hert, 2001; Hiroeh, 2001; Yim, 2004; Jarbin, 2004; Kim, 2004; Kelly, 2004).

De exemplu, s-a constatat că aproximativ o treime dintre victimele suicidului îndeplinesc criteriile pentru o tulburare de personalitate [58]. Sunt importante și ratele de comorbiditate a schizofreniei cu tulburările generate de utilizarea substanțelor psi-

hoactive [55], astfel, o tipologie a suicidului bazată pe prezența sau absența unei tulburări de dependență ar putea fi luată în calcul, dat fiind faptul că abuzul de droguri sau dependența crește considerabil riscul de suicid [30].

Au fost delimitate și alte subtipuri de motivație suicidară în tulburările schizofrenice, dar acestea au fost analizate doar sub aspect clinic și s-au bazat pe studiul asupra pacienților ambulatorii psihotici și pe comportamentul lor în spitalul de psihiatrie. Astfel, Farberow et al. [27] au propus trei subtipuri de suicid în schizofrenie: (1) pacient inabordabil, distorsionat grosolan, care se opune spitalizării; (2) pacient în funcție, a cărui suicid realizat în afara spitalului pare a fi o consecință a conflictului de stres și a ambivalenței în ceea ce privește mediul de acasă; (3) pacient nemulțumit, exigent, care pare să fi pierdut încrederea în potențialul terapeutic de spitalizare.

În cadrul unor studii de anchetă privind suicidul [46, 47], autorii au încercat să diferențieze alte două tipuri clinice de suicid pe fundal de schizofrenie: (1) suicidul de *tip I*, caracterizat prin debutul timpuriu al bolii, complicat cu dificultatea gravă de adaptare psihosocială, și (2) suicidul de *tip II*, caracterizat printr-un debut mai tardiv al bolii, pacienții aceștia prezentând adesea o capacitate mare funcțională în premorbid, dar, din cauza gravității bolii, au ajuns să resimtă o mobilitate psihosocială și profesională descendentă și în degradare continuă. Pacienții din ambele tipuri, consideră cercetătorii, conștientizează starea lor și sunt capabili să-și autoevalueze realist perspectivele de viață reduse [45]. Aceștia, de regulă, comit suicid într-o stare nonpsihotică. Bolnavii de tip I își dau seama de eșecul lor în comparație cu realizările colegiilor lor, în timp ce pacienții de tip II simt că nu se pot conforma exigențelor înalte față de sine și, deci, se simt inadecvați în raport cu obiectivele lor [67]. În ambele tipuri, suicidul pare să fie rezultatul unei evaluări realiste a întregii situații de viață pe care o parcurg, inclusiv boala, incapacitatea și consecințele psihosociale negative generate de aceasta.

Rezumăm prin a consemna că un comportament suicidar la pacientul schizofren se constituie prin interferența a numeroase circumstanțe psihologice și psihopatologice, care adesea complică sau fac chiar imposibilă predicția evoluției tulburărilor psihice și a finalității lor vitale. Comportamentul autolitic, în ansamblu, și cel al persoanelor marcate de schizofrenie, în special, implică nivele diferite de vulnerabilitate, constituite prin concursul mai multor factori agresivi ce acționează pe parcursul dezvoltării ontogenetice. În cazul pacientului schizofren primează vulnerabilitatea neurobiologică, în timp ce vulnerabilitatea cognitivă, psihologică și socială au doar un rol favorizant aleator [14, 15, 16, 36, 41].

Studiile fundamentale de neurobiologie cerebrală au permis evidențierea unor indicatori de risc și/sau de predicție pentru comportamentul suicidar al schizofrenului care se cer a fi luate în calcul la evaluarea globală [67, 71, 75]. Asemenea modificări, însă, pot fi asociate sau nu cu tulburări psihopatologice încadrabile nosologic în momentul suicidului. Diminuarea transmisiei serotoninergice presinaptice pare a fi semnificativ corelată cu suicidul violent și cu comportamentul antisocial al unora din acești pacienți [22, 27, 28].

Concluzii

1. Fenomenul suicidar are o vechime ce se suprapune cu istoria umanității în ansamblu și, indiferent de atitudinea față de acesta, a fost întotdeauna un eveniment dramatic, misterios și greu de acceptat ca soluție rațională.

2. Interesul nestins față de suicid și supliciile lui complexe a generat, de-a lungul timpului, numeroase teorii, unele dintre care au tentat nu doar înțelegerea esențelor complexe, dar și oferirea unor soluții de atitudine și chiar de prevenire a gestului nesăbuit, dar numai era modernă a gândirii mediciniste, care a abordat suicidul de pe poziția *teoriilor neuro-psihobiologice lansate pe parcursul secolului XX, a oferit în cele din urmă un suport de argumente în favoarea prevenirii suicidului*.

3. Rezultanta îndelungatelor investigații asupra fenomenului suicidar a devenit abordarea lui științifică modernă de pe poziția teoriei factorilor de risc, care are în vedere atât dezavuarea circumstanțelor care cresc potențialitatea suicidului – factorii de risc biologic, existențial, cât și cunoașterea și punerea în aplicare a factorilor protectivi, care contrabalansează efectul factorilor de risc.

4. Analizat din perspectiva biologică, actul suicidar poate fi corelat cu modificările mai multor sisteme de transmisie, și anume: disfuncția sistemului serotoninergic; hiperactivitatea axei HHC; activitatea crescută a sistemului noradrenergic; implicarea altor sisteme (dopaminergic, GABA etc.); anomalii neuroanatomice.

5. Conform modelului stres-diateză propus de Mann et al. (1999), factorul stresant este reprezentat fie de o anumită tulburare psihiatrică, fie de intervenția unor evenimente psihotraumatice (dificultăți interpersonale, sociale etc.), adversități ce acționează pe un teren constituțional favorizant – stigme genetice, experiențe traumatice în copilărie, toate aceste predispoziții având ca rezultat formarea unor trăsături de personalitate ce prefigurează o vulnerabilitate deosebită pentru actul suicidar, și anume impulsivitatea, agresivitatea și disperarea extremă.

Bibliografie

1. Amador X.F., Kronengold. *Understanding and Assessing Insight*. In: *Insight and Psychosis*. 2nd edition. Edited by Amador X., David A. New York: Oxford University Press; 2004.
2. Andreasen N.C., Olsen S. *Negative v. positive schizophrenia. Definition and validation*. In: *Arch. Gen. Psychiatry*, 1982, nr. 39, p. 789-794.
3. Bandura A. *Social cognitive theory*. In: R. Vasta (ed.). *Annals of Child Development*, nr. 6. Six theories of child development, p. 1-60. Greenwich, CT: JAI Press, 1989.
4. Batel P. *Addiction and schizophrenia*. In: *Eur. Psychiatry*, 2000, nr. 15, p. 115-122.
5. Beck A., Rush J., Shaw B., Emery G. *Cognitive Therapy of Depression*. Guilford Press, 1987.
6. Beck A.T., Steer R.A., Kovacs M., Garrison B. *Hopelessness and eventual suicide: a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation*. In: *Am. J. Psychiatry*, 1985, nr. 142, p. 559-563.
7. Beck A.T. *Depression: Clinical, Experimental, and Theoretical Aspects*. New York: Harper & Row; 1967.
8. Bedrosian R.C., Beck A.T. *Cognitive aspects of suicidal behavior*. In: *Suicide Life Threat Behav.*, 1979, nr. 2, p. 87-96.
9. Bourgeois M., Swendsen J., Young F., Amador X. et al. *Awareness of disorder and suicide risk in the treatment of schizophrenia: Results of the international suicide prevention trial*. In: *Am. J. Psychiatry*, 2004, nr. 161, p. 1494-1496.
10. Bralet M.C., Yon V., Loas G., Noisette C. *Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients*. In: *Encephale*, 2000; nr. 26, p. 32-41.
11. Bronisch T. *The typology of personality disorders – diagnostic problems and their relevance for suicidal behavior*. In: *Crisis*, 1996, nr. 17, p. 55-58.
12. Caldwell C.B., Gottesman I. *Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide*. In: *Schizophr. Bull.*, 1990, nr. 16, p. 571-589.
13. Camus A. *The Myth of Sisyphus*. New York: Penguin, 1975.
14. Chiriță R. *Depresie și suicid – dimensiuni biologice și axiologice*. Constanța: Ed. Fundației Andrei Șaguna, 2002.
15. Cooper S.J., Kelly C.B., King D.J. *5-Hydroxyindoleacetic acid in cerebrospinal fluid and prediction of suicidal behaviour in schizophrenia*. In: *Lancet*, 1992, nr. 340, p. 940-941.
16. Correa H., Duval F., Mokrani M.C., Bailey P. et al. *Serotonergic function and suicidal behavior in schizophrenia*. In: *Schizophr. Res.*, 2002, nr. 56, p. 75-85. *J. Psychopharmacol*, 2004, nr. 18, p. 384-387.
17. Crow T.J. *Molecular pathology of schizophrenia: more than one disease process?* In: *Br. Med. J.*, 1980, nr. 280, p. 66-68.
18. Cunningham A. *Sir Thomas Browne and his Religio Medici: Reason, Nature and Religion*. In: Ole Peter Grell and Andrew Cunningham (eds). *Religio Medici, Medicine and in Seventeenth Century England*. Aldershot: Scholar Press, 1996.
19. De Hert M., McKenzie K., Peuskens J. *Risk factors for suicide in young people suffering from schizophrenia: a long-term follow-up study*. In: *Schizophr. Res.*, 2001, nr. 47, p. 127-134.

20. Deisenhammer E.A., DeCol C., Honeder M., Hinterhuber H., Fleischhacker W.W. *In-patient suicide in psychiatric hospitals*. In: Acta Psychiatr. Scand., 2000; nr. 102, p. 290-294.
21. Dingman C.W., McGlashan T.H. *Discriminating characteristics of suicides. Chestnut Lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder*. In: Acta Psychiatr. Scand., 1986, nr. 74, p. 91-97.
22. Dingman C.W., McGlashan T.H. *Discriminating characteristics of suicides. Chestnut Lodge follow-up sample including patients with affective disorder, schizophrenia and schizoaffective disorder*. In: Acta Psychiatr. Scand., 1986, nr. 74, p. 91-97.
23. Drake R.E. *Suicide attempts and completed suicides among schizophrenia patients*. In: Suicide in schizophrenia. Edited by Tatarelli R., Pompili M., Girardi P. New York: Nova Science Publishers Inc; 2006.
24. Duică L., Talau R., Nicoară D., Talau G., Chiriță V. *Corelații neuro-psihiobiologice ale comportamentului suicidar*. În: Buletin de Psihiatrie Integrativă, nr. 4, 2008.
25. Durkheim E. *Le suicide*. Paris: Alcan, 1897.
26. Evans F.B. *Harry Stack Sullivan: Interpersonal Theory and Psychotherapy*. London: Routledge, 1996.
27. Farberow N.L., Shneidman E.S., Leonard C.V. *Suicide among schizophrenic mental hospital patients*. In: The Cry for Help. Edited by Farberow N.L., Shneidman E.S. New York – Toronto – London: McGraw-Hill; 1961, p. 78-97.
28. Fenton W.S. *Depression, suicide, and suicide prevention in schizophrenia*. In: Suicide Life Threat. Behav., 2000, nr. 30, p. 34-49.
29. Funahashi T., Ibuki Y., Domon Y., Nishimura T., Akehashi D., Sugiura H. *A clinical study on suicide among schizophrenics*. In: Psychiatry Clin. Neurosci., 2000; nr. 54, p. 173-179.
30. Grise Y. *Le suicide dans la Rome antique*. Paris, 1983.
31. Harkavy-Friedman J.M., Nelson E.A., Venarde D.F., Mann J.J. *Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: Examining the Role of Depression*. In: Suicide Life Threat Behav, 2004, nr. 34, p. 66-76.
32. Havaki-Kontaxaki B.J., Kontaxakis V.O., Protopappa V.A., Christodoulou G.M. *Suicides in a large psychiatric hospital: risk factors for schizophrenic patients*. In: Topics in Preventive Psychiatry. Edited by Christodoulou G.M., Kontaxakis V.O. Karger, Basel: Bibliotheca Psychiatrica; 1994, p. 63-71.
33. Haw C., Hawton K., Sutton L., Sinclair J., Deeks J.J. *Schizophrenia and deliberate self-harm: a systematic review of risk factors*. In: Suicide Life Threat Behav, 2005, nr. 35, p. 50-62.
34. Hawton K., Sutton L., Haw C., Sinclair J., Deeks J.J. *Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors*. In: Br. J. Psychiatry, 2005, nr. 187, p. 9-20.
35. Hiroeh U., Appleby L., Mortensen P.B., Dunn G. *Death by homicide, suicide, and other unnatural causes in people with mental illness: a population-based study*. In: Lancet. 2001, nr. 358, p. 2110-2112.
36. Invernizzi R., Berettera C., Garattini S., Samanin R. *d- and l-isomers of fenfluramine differ markedly in their interaction with brain serotonin and catecholamines in the rat*. In: Eur. J. Pharmacol., 1986, nr. 120, p. 9-15.
37. Kelly D.L., Shim J.C., Feldman S.M., Yu Y., Conley R.R. *Lifetime psychiatric symptoms in persons with schizophrenia who died by suicide compared to other means of death*. In: J. Psychiatr. Res., 2004, nr. 38, p. 531-356.
38. Kim C.D., Lesage A.D., Seguin M., Chawky N., Vanier C., Lipp O. et al. *Seasonal differences in psychopathology of male suicide completers*. In: Compr. Psychiatry, 2004; nr. 45, p. 333-339.
39. Kim C.H., Jayathilake K., Meltzer H.Y. *Hopelessness, neurocognitive function, and insight in schizophrenia: Relation to suicidal behavior*. In: Schizophr. Res., 2002, nr. 60, p. 71-80.
40. Lewis L. *Mourning, insight, and reduction of suicide risk in schizophrenia*. In: Bull Menninger Clin., 2004, nr. 68, p. 231-244.
41. Mann J.J. *Neurobiology of suicidal behavior*. In: Nature reviews; vol. 4, 2003; p. 819-828.
42. Martin B.A. *The Clarke Institute experience with completed suicide: 1966 to 1997*. In: Can. J. Psychiatry, 2000; nr. 45, p. 630-638.
43. Mazeh D., Shahai B., Saraf R., Melamed Y. *Venlafaxine for the treatment of depressive episode during the course of schizophrenia*. In: J. Clin. Psychopharmacol., 2004, nr. 24, p. 653-655.
44. Meltzer H.Y., Alphs L., Green A.I., Altamura A.C., Anand R., Bertoldi A., Bourgeois M., Chouinard G., Islam M.Z., Kane J., Krishnan R., Lindenmayer J.P., Potkin S. *International Suicide Prevention Trial Study Group: Clozapine treatment for suicidality in schizophrenia: International Suicide Prevention Trial (InterSePT)*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 2003, nr. 60, p. 82-91.
45. Meltzer H.Y., Conley R.R., De Leo D., Green A.I., Kane J.M., Knesevich M.A., Lieberman J.A., Lindenmayer J.P., Potkin S.G. *Intervention strategies for suicidality*. In: J. Clin. Psychiatry, 2003, nr. 6, p. 1-16.
46. Meltzer H.Y. *Suicidality in schizophrenia: a review of the evidence for risk factors and treatment options*. In: Curr. Psychiatry Rep., 2002, nr. 4, p. 279-283.
47. Meltzer H.Y. *Suicidality in schizophrenia: pharmacologic treatment*. In: Clin. Neuropsychiatry, 2005, nr. 2, p. 76-83.
48. Modestin J., Zarro I., Waldvogel D. *A study of suicide in schizophrenic in-patients*. In: Br. J. Psychiatry, 1992, nr. 160, p. 398-401.
49. Muller D.J., Barkow K., Kovalenko S., Ohlraun S., Fangerau H., Kolsch H., Lemke M.R., Held T., Nothen M.M., Maier W., Heun R., Rietschel M. *Suicide attempts in schizophrenia and affective disorders with relation to some specific demographical and clinical characteristics*. In: Eur. Psychiatry. 2005, nr. 20, p. 65-69.
50. Mundt Ch. *Suicides by schizophrenics – comments on genesis and prevention based on several case reports*. In: Psychother. Psychosom. Med. Psychol., 1984, nr. 34, p. 187-222.
51. Murray A. *Suicide in the Middle Ages*, vol. 1, New York: Oxford University, 1998.
52. Nordentoft M., Jeppesen P., Abel M., Kassow P., Petersen L., Thorup A., Krarup G., Hemmingsen R., Jorgensen P. *OPUS study: Suicidal behaviour, suicidal ideation and hopelessness among patients with first-episode psychosis*. In: Br. J. Psychiatry, 2002, nr. 181(suppl), p. S98-S106.
53. Nordentoft M., Laursen T.M., Agerbo E., Qin P., Hoyer E.H., Mortensen P.B. *Change in suicide rates for patients with schizophrenia in Denmark, 1981-1997: nested case-control study*. In: BMJ, 2004, nr. 329, p. 261.

54. Osby U., Correia N., Brandt L., Ekblom A., Sparen P. *Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden*. In: Schizophr. Res., 2000; nr. 45, p. 21-28.
55. Palmer B.A., Pankratz V.S., Bostwick J.M. *The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 2005, nr. 62, p. 247-253.
56. Pompili M., Girardi P., Ruberto A., Tatarelli R. *Toward a new prevention of suicide in schizophrenia*. In: World J. Biol. Psychiatry, 2004, nr. 5, p. 201-210.
57. Pompili M., Mancinelli I., Ruberto A., Kotzalidis G.D., Girardi P., Tatarelli R. *Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients*. In: Int. J. Psychiatry. Med., 2005, nr. 35, p. 171-190.
58. Ran M.S., Chan C.L., Chen E.Y., Tang C.P., Lin F.R., Li L. et al. *Mortality of geriatric and younger patients with schizophrenia in the community*. In: Suicide Life Threat Behav., 2008; nr. 38, p. 143-151.
59. Salvatore A. *Professional ethics and suicide: toward an ethical typology*. In: J. Ethics Law Aging, 2000, nr. 6, p. 257-269.
60. Shneidman E.S. *Autopsy of a Suicidal Mind*, 2004, 208 p.
61. Smith T.E., Hull J.W., Huppert J.D., Silverstein S.M., Anthony D.T., McClough J.F. *Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients*. In: J. Psychiatr. Res., 2004, nr. 38, p. 169-176.
62. St. Thomas Aquinas. *Aquinas's Shorter Summa*. Manchester, NH: Sophia Institute Press, 2002; p. 228-229.
63. Stephens J.H., Richard P., McHugh P.R. *Suicide in patients hospitalized for schizophrenia 1913-1940*. In: J. Nerv. Ment. Disease, 1913, nr. 187, p. 10-14.
64. Strauss J.S., Carpenter W.T. Jr. *The prediction of outcome in schizophrenia: I. Characteristics of outcome*. In: Arch. Gen. Psychiatry, 1972, nr. 26, p. 739-746.
65. Virkkunen M. *Attitude to psychiatric treatment before suicide in schizophrenia and paranoid psychoses*. In: Br. J. Psychiatry, 1976, nr. 128, p. 47-49.
66. Ward A., Ishak K., Proskorovsky I., Caro J. *Compliance with refilling prescriptions for atypical antipsychotic agents and its association with the risks for hospitalization, suicide, and death in patients with schizophrenia in Quebec and Saskatchewan: a retrospective database study*. In: Clin. Ther., 2006; nr. 28, p. 1912-1921.
67. Warnes H. *Suicide in schizophrenia*. In: Dis. Nerv. Syst., 1968, nr. 29 (Suppl 5), p. 35-40. In: J. Nerv. Ment. Dis., 1984, nr. 172, p. 613-617.
68. Whitehead C., Moss S., Cardno A., Lewis G. *Antidepressants for the treatment of depression in people with schizophrenia: A systematic review*. In: Psychol. Med., 2003, nr. 33, p. 589-599.
69. Wolfersdorf M., Neher F., Working Group "Suicidality and psychiatric hospital". *Schizophrenia and suicide – results of a control group comparison of schizophrenic suicides with schizophrenic inpatients without suicide*. In: Psychiatr. Prax., 2003, nr. 30, p. 272-278.
70. Yeates C., Pearson J., DeRenzo E. *Indirect Self-Destructive Behavior among Elderly Patients in Nursing Homes: A Research Agenda*. In: American Journal of Geriatric Psychiatry 4, 1996; no. 2, p. 152-163.
71. Абрумова А. Г., Тихоненко В. А. *Диагностика суицидального поведения*. Москва, 1980, 55 с.
72. Каплан Г. И., Сэдок Б. Дж. *Клиническая психиатрия*. В 2-х томах. Том 1. Пер. с англ. В.Б. Стрелец. М.: Медицина, 1994, 672 с.
73. Л. Н. Юрьева. *Клиническая суицидология*, 2006, 223 с.
74. Яньшин П.В. *Практикум по клинической психологии. Методы исследования личности*. СПб., 2004, 336 с.
75. Mann J.J., Waternaux C., Haas G.L., Malone K.M. *Toward a clinical model of suicidal behavior in psychiatric patients*. In: The American Journal of Psychiatry, 1999; nr. 156(2), p. 181-189.

Prezentat la 08.02.2013

Oleg Țurcanu, doctorand, șef secție triaj,
IMSP Spitalul Clinic de Psihiatrie
tel.: 022857370
E-mail: oleg.turcanu@gmail.com

MODELAREA PEMFIGUSULUI VULGAR PE ANIMALE EXPERIMENTALE

Olga MACAGONOVA,
Laboratorul Inginerie tisulară și culturi celulare,
USMF Nicolae Testemițanu

Summary

The experimental modeling of pemphigus vulgaris in animals

Pemphigus vulgaris is a severe disease that varies depending on clinical and epidemiological profile in different regions of the world. The bullous and ulcerative-erosive lesions of skin and the mucous membranes are the hallmarks of the disease. Corticosteroids, immunosuppressive agents have remained the pillar of therapy in patients with pemphigus vulgaris in spite of adverse effects. Under conditions of current therapy, the prognosis of disease depends primarily on patient response to corticosteroids and the complications that they induce long-term administration. Over several decades animals have been used as models to study human diseases. In essence, the small laboratory animals, particularly, mice are taken as a yardstick. In order to develop new therapeutic strategies in pemphigus vulgaris we present the data from the literature regarding the modeling of pemphigus vulgaris in the experimental animals to study the disease evolution and the identification of some new methods of the treatment before applying them in humans. We here review some mouse models that allow for investigation of one or more steps of pathogenic events occurring in pemphigus vulgaris. Analysis of data from the literature on these models that reproduce the findings in patients with autoimmune bullous skin diseases, offers the possibility to identify the future directions for research and to develop new experimental approach that opens new perspectives in the development of innovative therapeutic methods for these patients.

Keywords: pemphigus vulgaris, autoimmune disease, modeling, mouse, evaluation, systemic degenerative lesions.

Резюме

Моделирование вульгарной пузырчатки на экспериментальных животных

Вульгарная пузырчатка является тяжелым заболеванием, которое в разных регионах мира варьирует в зависимости от клинического и эпидемиологического профиля. Булезные и эрозивно-язвенные поражения кожи и слизистых оболочек являются отличительными признаками заболевания. Кортикостероидные и иммуносупрессорные препараты, несмотря на свои побочные эффекты, остались пилонотерапией пациентов с вульгарной пузырчаткой. В условиях актуальной терапии, прогноз данного заболевания, в первую очередь, зависит от ответной реакции пациента на кортикостероиды и осложнения, которые эти препараты вызывают при длительной терапии. Долгое время животные использовались в качестве модели для изучения человеческих заболеваний. Именно лабораторные мыши являются эталоном для проведения экспериментального исследования. С целью развития новых терапевтических стратегий при вульгарной пузырчатке, представляются данные из литературы о моделировании этого заболевания на экспериментальных животных и о идентификации новых методов лечения перед использованием на людях. Мы сделали обзор о мышинных моделях вульгарной пузырчатки, что позволяет исследовать этапы патогенных изменений при этом заболевании. Анализ данной литературы представляет возможность определить новые направления для исследований и развить новые экспериментальные подходы, которые откроют перспективы в развитии инновационных методов лечения этих пациентов.

Ключевые слова: вульгарная пузырчатка, аутоиммунное заболевание, моделирование, мышь, оценка, системные дегенеративные поражения.

Introducere

De mult timp animalele sunt folosite ca modele pentru a studia bolile umane. Animalele mici de laborator, în special șoarecii, au fost luate ca etalon [11].

Cercetarea pemfigusului s-a început în 1964, odată cu descoperirea de către Beutner E.H. și Jordon R.E. a anticorpilor circulanți în serul pacienților cu pemfigus vulgar [3]. Între bolile autoimune buloase, pemfigusul vulgar constituie cea mai înaltă incidență – 81,2% [5]. Prin metode imunohistochimice (imunoprecipitare și imunobloting) au fost caracterizate antigenele-țintă în pemfigus [13]. Etiopatogenia acestei maladii incriminează autoimunitatea prin autoanticorpi de tip IgG, direcționați împotriva suprafeței celulare a cheratinocitelor, ceea ce condiționează pierderea legăturii intercheratinocitare datorită fenomenului numit *acantoliză*, formând spații intercelulare ce se umplu cu fluid și determinând vezicularea sau chiar detașarea pielii.

În baza caracteristicilor evidențiate prin imunofluorescență, se descriu trei forme majore: pemfigusul vulgar, pemfigusul foliaceu și pemfigusul paraneoplazic [7]. Pemfigusul vulgar se caracterizează prin apariția leziunilor buloase, mediate de acțiunea anticorpilor împotriva desmogleinei 3. În pemfigusul foliaceu sunt implicați IgG antidesmogleina 1, determinând un clivaj superficial la nivelul epidermei. Pemfigusul paraneoplazic reprezintă cea mai rară,

dar și cea mai gravă formă, luând în considerație asocierea unei tumori.

Răspândirea cronică a pemfigusului vulgar alcătuiește până la 8% din populația de vârstă a doua [10]. Maladia are tendința de a avansa la persoanele de vârstă tânără, apte de muncă. Importanța medico-socială este determinată de incidența bolii (0,5-1,6 cazuri la 100 000 de locuitori), debut la vârsta de productivitate maximă (40-60 de ani), mortalitate semnificativă (10% din pacienți în 10 ani) [6]. Patologia pemfigusului vulgar ocupă locul de frunte printre cauzele de invalidizare în maladiile dermatologice, necesitând tratament cu imunosupresoare. Contraindicațiile pentru corticoterapie trec însă pe planul secundar în cazul pemfigusului vulgar care, netratat, evoluează spre deces în 1-2 ani de la debut. În condițiile terapiei actuale, prognosticul depinde, în primul rând, de răspunsul bolnavului la corticoterapie și la complicațiile pe care aceasta le induce în administrarea pe termen lung [8].

Pemfigusul vulgar este o boală imunopatologică pentru care, deocamdată, medicina nu a găsit o soluție de vindecare viabilă. Prin urmare, este necesar de a dezvolta noi strategii terapeutice pentru medicina practică. Modelele animale sunt necesare pentru a studia această problemă și pot fi folosite pentru a defini obiective terapeutice noi. Totodată, strategiile terapeutice pot fi evaluate înainte de aplicare la om și, ulterior, aceasta posibil ar mări speranța de viață a bolnavilor cu pemfigus vulgar [9].

Scopul actualei lucrări este de a face o analiză și de a sistematiza datele din literatura referitoare la modelele animale care reproduc semnele clinico-morfologice ale pemfigusului vulgar uman.

Materiale și metode

Conform datelor din literatură [9], modelele animale ale maladiilor autoimune buloase cutanate ar putea reproduce și semnele clinico-morfologice ale pemfigusului vulgar. Ele se clasifică în următoarele categorii:

1. Modele obținute prin transfer pasiv de anticorpi
2. Modele de maladie activă:
 - a). Transferul de limfocite autoreactive,
 - b). Modele transgenice,
 - c). Modele imunizate forțat.

Fiecare model dintre aceste categorii permite investigarea unei sau a mai multor etape ale schimbărilor patogene succesive ce au loc în pemfigusul vulgar.

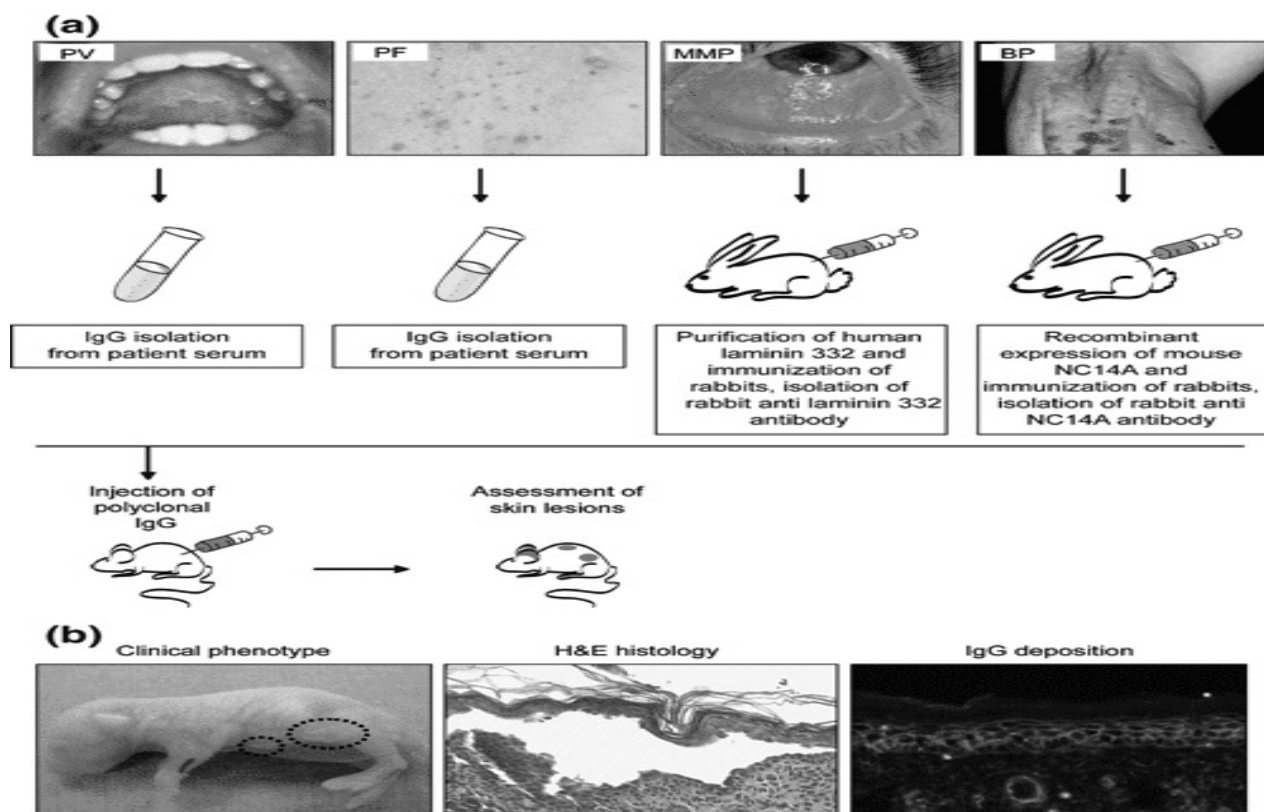
Primul model de animal obținut prin transfer pasiv de anticorpi pentru pemfigus a fost descris în 1982 de către G. Anhalt și colegii lui [2]. În acea

perioada, desmogleinele nu au fost identificate ca ținte antigenice relevante ale autoanticorpilor. Prin precipitarea anticorpilor fracției IgG din serul pacienților cu pemfigus vulgar și cromatografia cu schimb de ioni, G. Anhalt le-a purificat și le-a injectat zilnic intraperitoneal șoarecilor nou-născuți BALB/c în doze de 1,5-16 mg/g corp al șoarecelui și, în consecință, a indus apariția la ei a veziculelor și eroziunilor cu caracteristicile histologice, imunologice și ultrastructurale ale maladii umane [2].

În funcție de doza injectată, în decursul a 18-72 de ore au fost observate vezicule cutanate discrete și detașare extensivă a epidermului. Injectarea în continuare a IgG la șoareci mai mari a indus dezvoltarea continuă a eroziunilor și crustelor, însă după întreruperea administrării de IgG, leziunile cutanate s-au epitelizat. Dozele raportate de IgG obținută de la pacient și care sunt necesare pentru a induce patologia au variat de la 50 μg până la 10 mg/g corp al șoarecelui [15, 16]. Această diferență a fost cauzată probabil de calitatea diferită a serurilor izolate de la pacienți pentru a induce patologia.

Buschard K. [4] descrie metoda transferului pasiv de anticorpi ce se asociază cu o grefă mucoasă umană. Această abordare i-a permis să analizeze interacțiunile autoanticorpilor umani cu mucoasa umană grefată șoarecilor. O grefă mucoasă a cavității bucale a fost transplantată șoarecilor nuzi atimici BALB/c/BOM, urmată de injectarea serului de la pacienții cu pemfigus vulgar. Mai recent, s-a reușit a demonstra modelul maladii la șoarecii micști grav imunodeficienți, cărora li s-a grefat pielea umană de grosime completă de la voluntari sănătoși, urmată de injectarea anticorpilor fracției IgG (doza totală 20 mg) de la pacienți cu pemfigus vulgar și a serului de la persoane sănătoase [16]. Această metodă, de asemenea, a demonstrat formarea acantolizei în straturile suprabazale ale epidermului. Limitările acestui model au constat în efectele epitelizării plăgilor induse de grefă ce pot influența rezultatele studiului.

Conform datelor din literatură [1, 12], a fost obținut un model de maladie activă. Un fenotip clinic sever de pemfigus vulgar a fost dezvoltat la șoarecii recipienți Rag 2^{-/-} prin transferul limfocitelor autoreactive, generate la șoarecii knock-out. Aceasta a permis să fie analizate mecanismele de pierdere a toleranței imune. Șoarecii Dsg3-deficienți au fost imunizați prin injectarea intraperitoneală a Dsg3, recombinante murine. Peste 32 de zile de la prima imunizare, șoarecilor Rag2^{-/-} intravenos li s-au introdus limfocite (1×10⁷) din splina șoarecilor Dsg3-deficienți. Pe acest model a fost studiat răspunsul terapeutic la unele preparate imunosupresoare, utilizate în tratamentul pacienților cu pemfigus vulgar [14].



Transferul pasiv de autoanticorpi la șoareci, cu scopul modelării maladiilor cutanate buloase. Injectarea de IgG de la pacienții cu pemfigus vulgar sau pemfigus foliaceu induce formarea bulelor atunci când sunt injectate la șoarecii nou-născuți. (a) Prezentare generală a modelelor disponibile. (b) Imunofluorescența indirectă, examenul histologic prin colorare cu hematoxină-eozină și prezentarea clinică a unui șoarece nou-născut, injectat cu IgG purificate de la un pacient cu pemfigus vulgar [9]

Rezultate și discuții

Noi am revizuit modelele animale care reproduc semnele clinice și morfologice ale pemfigusului vulgar. Fiecare model dintre aceste categorii permite investigarea unei sau a mai multor etape ale schimbărilor patogenice succesive ce au loc în pemfigusul vulgar.

Modelul obținut pe animal prin transfer pasiv de anticorpi pentru pemfigus de asemenea a fost folosit într-un studiu experimental al modificărilor imunologice, clinice, ultrastructurale, precum și al celor citochimice, efectuat de către Y. Takahashi pe șoareci nou-născuți BALB/c, în 1985. A fost studiată patofiziologia leziunilor cutanate provocate de pemfigusul vulgar și a fost demonstrat rolul patogenetic al autoanticorpilor în geneza leziunilor cutanate în această maladie. Prin acest model a fost posibilă analiza în dinamică a acestor leziuni la animale. G. Anhalt și Y. Takahashi au demonstrat existența unei corelații între erupțiile cutanate și leziunile ultrastructurale observate prin microscopie electronică [15].

Principiul de injectare a autoanticorpilor patogeni la șoarecii nou-născuți a fost utilizat cu succes pentru modelarea mai multor maladii autoimune

buloase cutanate. Șoarecii consangvini nou-născuți BALB/c (cu vârstă mai mică de 24 ore) au fost obținuți prin creșterea tulpinilor care au fost menținute în laborator. Frațiile purificate ale IgG (o doză unică de 10 mg de IgG/gram corp) au fost injectate intraperitoneal acestor șoareci, folosind acul (M 30).

Katja Bieber [9] subliniază că transferul de anticorpi fracției IgG are avantajele și dezavantajele lui. Acest model facilitează studiile asupra leziunilor tisulare induse și menținerea maladii o perioadă mai lungă, ceea ce permite analiza efectelor îndelungate ale autoanticorpilor asupra dezvoltării bolii și evaluarea intervențiilor terapeutice. Dezavantajele au constat în faptul că pielea șoarecilor nou-născuți și a oamenilor poate diferi de pielea matură, ceea ce poate duce la interpretări greșite atunci când maladia se modelează la maturi. Pentru a induce boala șoarecilor adulți, este necesară o cantitate considerabil mai mare de anticorpi.

Modelele de maladie activă ne ajută să înțelegem mecanismele medierii răspunsului imun de către celulele sistemului imunitar față de componentele structurale ale pielii și permit elaborarea unei terapii celulare în maladiile autoimune buloase cutanate.

Concluzie

Analiza datelor din literatură privind modelele animale care reproduc maladiile autoimune buloase cutanate ne permite să identificăm viitoarele direcții pentru cercetări.

De-a lungul ultimelor decenii, corticosteroizii, imunosupresoarele, deși au efecte adverse, au rămas pilonul terapiei pacienților cu pemfigus vulgar. Pentru a depăși acest obstacol și pentru a crește speranța de viață a acestor pacienți sunt necesare noi abordări experimentale, care ar deschide perspective în dezvoltarea metodelor terapeutice inovatoare pentru bolnavii cu pemfigus vulgar.

Bibliografie

- Amagai M. *Use of autoantigen-knockout mice in developing an active autoimmune disease model for pemphigus*. Department of Dermatology, and Department of Immunology, Keio University School of Medicine, 35 Shinanomachi, Shinjuku-ku, Tokyo 160-8582, Japan. In: J. Clin. Invest., 2000 Mar., nr. 105 (5), p. 625-631.
- Anhalt G. J., Labib R. S., Voorhees J. J. et al. *Induction of pemphigus in neonatal mice by passive transfer of IgG from patients with the disease*. In: N. Engl. J. Med., 1982; nr. 306, p. 1189-1196.
- Beutner E.H. *Demonstration of skin antibodies in sera of pemphigus vulgaris patients by indirect immunofluorescent staining*. In: Proc. Soc. Exp. Biol. Med., 1964 Nov.; nr. 117, p. 505-510.
- Buschard K. *A model for the study of autoimmune diseases applied to pemphigus: transplants of human oral mucosa to athymic nude mice binds pemphigus antibodies in vivo*. In: J. Invest. Dermatol., 1981 Mar; nr. 76(3), p. 171-173.
- Daneshpazhooh M. *Spectrum of autoimmune bullous diseases in Iran: a 10-year review*. 2005.
- Ghid de diagnostic și tratament pentru pemfigus*. Anexa 24. Ordinul nr. 1218/2010 privind aprobarea Ghidurilor de practică medicală pentru specialitatea "Dermatovenerologie". Ministerul Sănătății României, 2010.
- Jean L. Bologna, Joseph L. Jorizzo, Ronald P. Rapini. *Dermatology*. Second Edition, 2008. Department of Dermatology, Yale Medical School, New Haven, CT, USA.
- Justin-Dumitru C. Diaconu. *Tratat de terapeutică dermatovenerologică*, 2002.
- Katja Bieber. *Animals model for autoimmune bullous dermatoses*. Institute of Anatomy. University of Lubeck, Lubeck. Germany. 2009.
- Langan S.M. *Bullous pemphigoid and pemphigus vulgaris-incidence and mortality in the UK: population based cohort study*. Centre of Evidence-based Dermatology, University of Nottingham, Queen's Medical Centre, Nottingham NG7 2UH. In: BMJ, 2008 Jul., 19; nr. 337 (7662), p. 160-163.
- Louis-Marie Houdebine. *The Mouse as an Animal Model for Human Diseases*. Biologie du Développement et Reproduction, Cellulaire et Moléculaire, Institut National de la Recherche Agronomique, Jouy-en-Josas, France. The Laboratory Mouse, 2004, p. 97-110.
- Ohyama M. *Immunologic and histopathologic characterization of active disease model mouse for pemphigus vulgaris*. In: Journal of Investigative Dermatology, 2002, nr. 118 (1), p. 199-204.
- Stanley J.R. *Pemphigus antibodies identify a cell surface glycoprotein synthesized by human and mouse keratinocytes*. In: J. Clin. Invest., 1982 Aug; nr. 70 (2), p. 281-288.
- Takae Y. *Pemphigus mouse model as a tool to evaluate various immunosuppressive therapies*. Department of Dermatology, Keio University School of Medicine, Shinjuku, Tokyo, Japan. In: Exp Dermatol., 2009 Mar; nr. 18(3), p. 252-260.
- Takahashi Y. *Experimentally induced pemphigus vulgaris in neonatal BALB/c mice: a time-course study of clinical, immunologic, ultrastructural, and cytochemical changes*. In: J. Invest. Dermatol., 1985 Jan.; nr. 84(1), p. 41-46.
- Zillikens D., Schmidt E., Reimer S. et al. *Antibodies to desmogleins 1 and 3, but not to BP180, induce blisters in human skin grafted onto SCID mice*. In: J. Pathol., 2001, nr. 193, p. 117-124.

Prezentat la 30.04.2013

Olga Macagonova,

dermatovenerolog, cerc. științ. stagiar,
Tel.: +37322772607; +373060044537
E-mail: macagonovaolga@yahoo.com

**REZOLUȚIA CONGRESULUI SPECIALIȘTILOR
DIN DOMENIUL SĂNĂTĂȚII PUBLICE ȘI
MANAGEMENTULUI SANITAR DIN REPUBLICA
MOLDOVA**

25-26 octombrie 2013, Chișinău

Congresul specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova a avut loc la 25-26 octombrie 2013, or. Chișinău. La lucrările Congresului au luat parte 185 de delegați – savanți, specialiști din țară și din instituții științifice de peste hotare. În ședințele plenare și cele din secții (*Igienă, Epidemiologie și Microbiologie, Medicină Socială, Economie și Management*) au fost prezentate 83 de rapoarte și comunicări.

În perioada 2008-2013, cercetările științifice și activitățile practice în domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar au cunoscut o continuă ascensiune, fiind condiționată și de implementarea prevederilor *Legii privind supravegherea de stat a sănătății publice*, nr. 10-XVI din 03.02.2009 (Monitorul Oficial nr. 67/183 din 03.04.2009). În perioada menționată, au fost înregistrate succese remarcabile, dar și unele probleme în domeniul cercetării și practicii Sănătății Publice și Managementului Sanitar. Este de remarcat influența esențială a numărului și a intensității factorilor de risc de origine socială, fizică, chimică și biologică asupra sănătății populației. Mulți dintre factorii de risc vizați sunt deja prezenți nu numai în mediul exterior, ocupațional și de instruire, dar și în habitatul uman.

Definitivarea, aprobarea și implementarea Legii nr. 10-XVI din 03.02.2009 au contribuit la sporirea eficacității măsurilor de fortificare a sănătății populației la nivel național și au impulsivat esențial atât dezvoltarea generală a Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, cât și cercetările științifice și investigațiile practice în domeniu.

După adoptarea Legii, Ministerul Sănătății, Serviciul Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, precum și societățile și asociațiile de profil au organizat studierea detaliată a acestei Legi și au elaborat un plan de măsuri, care ulterior s-au regăsit în planurile bienale de colaborare cu OMS, în Planul strategic de dezvoltare a sistemului de sănătate și în planurile anuale ale Ministerului Sănătății, în Planul strategic de dezvoltare a Centrului Național de Sănătate Publică și în planurile anuale ale societăților și asociațiilor de profil. Au fost întreprinse eforturi considerabile pentru dezvoltarea cadrului legislativ și normativ și în alinierea lui la standardele OMS și UE, fiind elaborate programe naționale, regulamente, reguli și norme

sanitaro-igienice, recomandări și indicații metodice. În ciuda noilor provocări (aparitia sau intensificarea acțiunii factorilor de risc de origine socială, fizică, chimică și biologică asupra sănătății populației), prin aceste activități complexe medicina preventivă și-a adus prinosul la ameliorarea indicilor stării de sănătate a populației (micșorarea incidenței stărilor iodocarențiale, scăderea incidenței unor infecții și parazitoze, reducerea mortalității infantile, creșterea speranței de viață la naștere etc.).

Congresul specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova subliniază importanța orientării direcțiilor de activitate a Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice spre realizarea politicilor naționale și, în mod particular, a viitoarei *Strategii Naționale de Sănătate Publică*, care pune bazele abordării sistemice a problemelor de sănătate și de integrare a eforturilor intersectoriale, ameliorării și asigurării accesului la servicii de sănătate de o înaltă calitate pentru toți cetățenii țării. Acest document-cadru va pune bazele reorientării medicale de la o politică prioritară de tratament către o politică de promovare a sănătății și prevenire a maladiilor, bazată pe rezultatele cercetărilor științifice fundamentale și aplicative.

Participantii au remarcat cu satisfacție faptul că, în pofida dificultăților socioeconomice, în perioada dintre congrese, Serviciul de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice și-a intensificat semnificativ activitatea în domeniile protecției sănătății, prevenirii bolilor și promovării unei vieți sănătoase, confirmând prin aceasta devotamentul său pentru misiunea supremă de ameliorare a sănătății.

Specialiștii din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova s-au implicat în toate activitățile realizate de: Ministerul Sănătății, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, Centrul Național de Sănătate Publică, Centrul Național de Management în Sănătate Publică, centrele de sănătate publică teritoriale, IMSP, inclusiv în colaborarea cu structurile naționale și cele internaționale.

S-au efectuat analiza și discutarea Programului Unic al AOAM, ale ordinelor anuale ale MS și CNAM *Privind aprobarea Normelor metodologice de aplicare a Programului Unic al AOAM*; studierea detaliată a sferei procurărilor serviciilor medicale, metodelor de plată per-capita și metodelor per-vizită. Au fost analizate posibilitățile și necesitățile populației din RM în servicii medicale, introducerea metodelor noi pentru a spori eficiența și calitatea serviciilor medicale. A fost estimată eficacitatea mecanismelor de plată în asigurarea medicală obligatorie. Au fost

studiate eficacitatea asigurării Asistenței Medicale de Urgență cu transport sanitar și influența asupra calității acordării serviciilor.

Au fost realizate multiple activități ce țin de cercetare, elaborare de acte legislative, instruire, investigații de laborator, expertize etc. la care au participat specialiștii din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova. Astfel, în perioada de referință s-au finalizat multiple teme științifice, sunt în curs de cercetare o serie de teme. Au fost susținute la specialitățile de profil teze de doctor habilitat și teze de doctor în medicină. Conform totalurilor activității științifice pe anul 2012, evaluate de Consiliul Național de Acreditare și Atestare, specialitățile *Igienă și Epidemiologie* au fost clasate pe locul I între specialitățile medicale de cercetare și inovare. Specialiștii din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova au participat la elaborarea și promovarea de legi, hotărâri de guvern, regulamente igienice, informații analitice, trimise în adresa Guvernului RM, Ministerului Sănătății, altor ministere interesate etc. Au fost elaborate și publicate manuale, monografii, ghiduri, recomandări, instrucțiuni metodice, articole. A fost realizat un volum esențial de publicații științifice în reviste internaționale.

În domeniul *managerial*, au fost efectuate cercetări cu scopul eficientizării managementului și marketingului în medicină, cu elaborarea modelului de acordare a serviciilor de intervenție timpurie pentru copiii cu dizabilități în RM; managementului în îngrijirea și dezvoltarea copiilor. Au fost descrise aspectele manageriale și economice în organizarea asistenței medicale acordate populației la nivelul sectorului rural, particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurării medicale obligatorii în municipiul Chișinău. Au fost cercetate aspectele managementului colaborativ al serviciilor de control al infecțiilor HIV/SIDA și tuberculozei.

În domeniul *medico-social*, are un rol important cercetarea problemelor de integrare a serviciilor de asistență socială în cadrul îngrijirilor perinatale și de reabilitare a persoanelor cu deficiențe de vedere.

În domeniul *medico-legal*, tot mai actuale devin problemele cu aspect juridic, de aceea s-a cercetat răspunderea penală pentru infracțiunile medicale și managementul riscurilor și oportunităților în malpraxisul actului medical în Republica Moldova.

În domeniul *asigurărilor medicale*, au fost cercetate aspectele socioeconomice și juridice ale implementării asigurării obligatorii de asistență medicală.

În domeniul *promovării modului sănătos de viață*, cercetările au fost orientate spre optimizarea

activității de educație pentru sănătate în condiții socioeconomice noi și argumentarea științifică a programului de promovare a sănătății adolescenților la nivel comunitar în Republica Moldova.

În domeniul *tehnologiilor informaționale*, a fost studiat managementul tehnologiilor informaționale în optimizarea serviciului de asistență medicală acordată mamei și copilului și optimizarea activității serviciului de neurologie și neurochirurgie.

Membrii societăților și asociațiilor de profil au participat la organizarea de seminare-ateliere de lucru, conferințe tematice, cursuri de perfecționare și instruire la locul de muncă. Concomitent s-a derulat procesul de instruire continuă în domeniile igienei, epidemiologiei, microbiologiei, medicinei sociale, economiei și managementului în sănătatea publică a studenților, rezidenților, doctoranzilor și medicilor-specialiști la bazele Universității de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*.

Asociația Economie, Management și Psihologie în Medicină din Republica Moldova, împreună cu *Asociația Latină pentru Analiza Sistemelor de Sănătate* în țările de limbă latină (ALASS) au organizat atelierul internațional de lucru *Malpraxisul medical: actualități și perspective*. Atelierul a avut drept scop stimularea schimbului de idei și experiențe privind managementul mal-praxisului medical în diferite sisteme de sănătate. La eveniment au participat reprezentanți din Italia, Spania, România și Republica Moldova.

În scopul conjugării eforturilor în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, precum și pentru implicarea partenerilor și a populației au fost elaborate și lansate materiale instructive pentru factorii de decizie de nivel local și grupele de populație, specialiști – *Ghidul primarului, Ghidul elevului, Ghidul specialistului în formarea stilului sănătos de viață*. Activitățile pe această dimensiune continuă.

O atenție aparte a fost acordată colaborării internaționale. Cel mai consistent proiect de ultimă oră, elaborat de specialiștii din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova este proiectul *Strategiei Naționale de Sănătate Publică pentru perioada 2014-2020*, consultat de experți notorii de talie mondială.

Munca savanților și specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova a fost înalt apreciată atât în țară, cât și peste hotare. Astfel, laboratoarele de profil dețin diverse acreditări naționale și internaționale. Savanții și specialiștii-igieniști, epidemiologi, microbiologi, în medicină socială și management în sănătatea publică au fost înalt apreciați cu multiple diplome, premii și medalii la saloanele și expozițiile naționale și cele internaționale, iar unii savanți și specialiști de

profil au primit înalte distincții de stat, diplome ale Guvernului RM și Ministerului Sănătății. De asemenea, câteva teze de doctorat din domeniul dat au fost apreciate de Consiliul Național de Acreditare și Atestare ca teze de excelență ale anului.

Cu toate acestea, delegații Congresului specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova sunt alarmați de pașii întreprinși în ultimul timp de către unii factori decizionali de nivel național, prin care este afectată activitatea unor structuri de sănătate publică, pași cu efect nefast asupra sănătății populației. Aceste acțiuni nu sunt științific argumentate și au un caracter voluntarist.

Pentru perioada imediat următoare, Congresul specialiștilor din domeniul Sănătății Publice și Managementului Sanitar din Republica Moldova are ca obiective și ținte strategice următoarele acțiuni:

În domeniul igienei:

1. Promovarea și implementarea Planului de acțiuni pentru perioada 2014-2020 al *Strategiei Naționale de Sănătate Publică*.
2. Menținerea liderismului în vederea implementării măsurilor privind promovarea și protecția sănătății și prevenirea bolilor în toate politicile statului – "Sănătatea în toate politicile țării".
3. Amplificarea lucrului cu populația și diferite contingente-țintă în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, urmând scopul mai aproape de om: "Un om sănătos – o economie prosperă".
4. Continuarea elaborării Programelor Naționale de combatere a maladiilor netransmisibile și a celor transmisibile și de reducere a factorilor de risc prioritari.
5. Implementarea noilor forme și metode în activitatea Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice și a asistenței medicale primare, privind promovarea sănătății și profilaxia maladiilor.
6. Reevaluarea periodică a priorităților în domeniul promovării sănătății și profilaxiei maladiilor, cu introducerea corectivelor adecvate.
7. Amplificarea activității intersectoriale în problemele de sănătate publică cu organele publice locale, ministere, departamente, agenți economici, ONG-uri, cu Biserica, mass-media etc.
8. Utilizarea rezultatelor studiului complex *MICS-4* pentru elaborarea măsurilor adecvate de profilaxie a maladiilor.
9. Menținerea practicii de elaborare a materialelor metodice, ghidurilor pentru administrația publică locală, ministere și departamente privind promovarea sănătății și profilaxia maladiilor.

10. Amplificarea colaborării internaționale și europene în problemele stringente ale sănătății publice.
11. Crearea unui sistem modern de instruire continuă a cadrelor Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice.
12. Revederea curriculei de instruire universitară și postuniversitară în domeniul sănătății publice pentru suplimentarea programelor de instruire cu noțiuni, informații și cunoștințe privind promovarea sănătății și profilaxia maladiilor nontransmisibile și transmisibile.
13. Elaborarea profilurilor de sănătate a teritoriilor și de răspândire a factorilor de risc pentru sănătate.
14. Crearea cadrului normativ pentru funcționarea Serviciului de Sănătate Ocupațională în cadrul Centrului Național de Sănătate Publică.
15. Solicitarea Guvernului țării să contribuie la asigurarea protecției sociale și economice a specialiștilor din cadrul Serviciului de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice, prin majorarea coeficientului de salarizare de la 1,1 (în prezent) la 1,5-1,8.

În domeniul epidemiologiei, microbiologiei și parazitologiei:

1. Fortificarea sistemului de supraveghere a bolilor infecțioase și a evenimentelor de sănătate publică în contextul funcțiilor de alertă timpurie, evaluare a riscurilor și răspuns rapid la evenimentele ce au impact negativ asupra sănătății publice, în conformitate cu prevederile internaționale (*Regulamentul Sanitar Internațional 2005*).
2. Extinderea utilizării sistemelor electronice informaționale integrate în activitatea de detectare primară, supraveghere și confirmare de laborator a maladiilor, cu analiza datelor și elaborarea rapoartelor.
3. Instituirea mecanismelor eficiente de control al materialelor periculoase la etapele de transportare, manipulare, stocare; ajustarea cadrului legislativ național la standardele internaționale de biosecuritate și biosiguranță.
4. Implementarea metodelor și tehnologiilor noi de diagnostic de laborator, management al calității, sporirea eficienței și accesibilității serviciilor acordate.
5. Menținerea și extinderea sistemelor naționale de supraveghere de tip sentinelă, de monitorizare a maladiilor transmise prin vectori, cu focalitate naturală sau comune pentru om și animale.

6. Includerea în criteriile CNAM de selectare și contractare a instituțiilor medicale la încheierea contractelor de acordare a serviciilor medicale următorul indicator: *Prezența medicului-epidemiolog de spital.*
7. Elaborarea, în comun cu CNAM, a unor indicatori de stimulare a medicului pentru implicare în prevenirea bolilor infecțioase.
8. Revizuirea și ajustarea mecanismelor financiare folosite pentru plata serviciilor medicale, în scopul îmbunătățirii activității de control al infecțiilor asociate cu asistența medicală.
9. Ajustarea prețurilor investigațiilor microbiologice reieșind din costurile reale actuale ale consumabilelor, cheltuielile de regie, salarizare.
10. Instituirea sistemului de supraveghere a microorganismelor implicate în etiologia maladiilor infecțioase ce prezintă multirezistență: *Staphylococcus aureus* (SARM) rezistent la metilicilină; Enterococi (VRE) rezistenți la vancomicină; *Enterobacteriaceae* producătoare de betalactamaze cu spectru extins (BLSE) (*Escherichia coli*); *Pseudomonas aeruginosa* rezistent la antibiotice; *Clostridium difficile*.
11. Elaborarea Politicii privind achiziționarea și utilizarea rațională a antibioticelor, cu fortificarea sistemului de supraveghere a rezistenței microbiene.
12. Acordarea categoriei de calificare medicilor-epidemiologi după finalizarea studiilor de rezidențiat, indiferent de sectorul de muncă (rural, urban) în scopul sporirii interesului față de specialitatea de epidemiolog.
13. Permitearea angajării absolvenților USMF N. *Testemițanu* în calitate de medic după profil prin cumul în instituțiile medicale, indiferent de forma de proprietate, începând cu primul an de rezidențiat.
14. Elaborarea conceptului privind serviciile de dezinsecție, dezinsecție și deratizare și a cadrelor de reglementare în aceste domenii.
15. Ameliorarea activității societăților specialiștilor din domeniul Sănătății Publice în promovarea rezultatelor cercetărilor științifico-practice și instruirea cadrelor prin ședințe ale societăților și asociațiilor, de minimum 4 ori pe an.

În domeniul medicinei sociale și managementului în sănătatea publică:

1. Intensificarea cercetărilor științifice medico-sociale, medico-economice și manageriale din sistemul de sănătate, îndeosebi din domeniul supravegherii de stat a sănătății publice, ca domenii insuficient cercetate.
2. Intensificarea în societate (la nivel administrativ-teritorial, comunitar și individual) a activităților de promovare a sănătății, inclusiv prin crearea unui canal televizat, specializat în promovarea sănătății.
3. Revederea și înaintarea modificărilor de rigoare pentru perfecționarea legislației la capitolul achiziționării echipamentului și dispozitivelor medicale (în 2014).
4. Includerea în curricula specialiștilor din domeniul sănătății publice a modului *Sociologia în medicină.*
5. Îmbunătățirea curriculei de instruire a asistenților medicale din medicina de familie.
6. De intervenit și de insistat pe lângă conducerea CNAM ca să modifice și să perfecționeze modalitatea de utilizare, investire și valorificare a fondului de profilaxie, propunând de a majora cota fondului până la 4%.
7. Întreprinderea măsurilor de perfecționare a legislației și implementarea în sistemul de sănătate a formelor de management al riscului profesional și de asigurare a medicilor în caz de malpraxis.
8. Considerăm necesară, la următoarele manifestări științifice de profil (congrese și conferințe științifice ale asociațiilor și societăților), includerea în agenda acestora a examinării argumentelor și rezultatelor reformelor propuse și implementate în sistemul de sănătate.

Președinte al Societății Științifice
a Igieniştilor din R. Moldova,

Președinte al Societății Științifice a Epidemiologilor
și Microbiologilor din R. Moldova,

Președinte al Asociației *Economie, Management
și Psihologie în Medicină* din R. Moldova,

dr. hab. med., prof. univ.,
Ion BAHNAREL

dr. hab. med., prof. univ.,
MC al AȘM, **Viorel PRISACARI**

dr. hab. med., prof. univ.,
Constantin EȚCO

GHEORGHE RUSSU – ILUSTRU
ORGANIZATOR AL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII

Omagiu la 75 de ani



Domnul Gheorghe Russu, un organizator strălucit al ocrotirii sănătății, a împlinit vârsta onorabilă de 75 de ani. S-a născut la 25 octombrie 1938 în satul Chetriș, actualul raion Fălești. După absolvirea școlii medii din satul Balatina, raionul Glodeni, își continuă studiile la Școala de mecanizatori din satul Ciuciulea, același raion. În anul 1961, devine student la Facultatea *Pediatrie* a Institutului de Stat de Medicină din orașul Lvov, Ucraina. După absolvire, în anul 1967, Gheorghe Russu s-a încadrat în activitatea practică. Manifestându-se din primii ani ca un specialist competent, dând dovadă de calități și aptitudini de organizator, a ocupat mai multe posturi de conducere în instituțiile medicale, a fost medic-șef adjunct și specialist principal în problemele de pediatrie în regiunea Cernăuți, iar revenind în Moldova, devine medic-șef adjunct al Spitalului de copii și pediatru principal în cadrul Direcției Sănătății a executivului din orașul Bălți. Acordând ajutor copiilor suferinzi, s-a pătruns de măreția profesiei pe care și-a ales-o. Experiență bogată, nivel profesional înalt, dragoste față de oameni, disciplină, verticalitate și patriotism – iată doar câteva dintre calitățile care îl caracterizează pe domnul Gheorghe Russu.

L-am cunoscut pe Gheorghe Russu prin anii 1975–1976, pe când era șef al Direcției de Ocrotire a Sănătății Mamei și Copilului a MS. Am fost invitată la o convorbire – mi s-a propus să ocup postul de inspector în secția *Mamă și Copil* a MS, adică să mă transfer de la Maternitatea Republicană, unde lucram pe atunci ca medic obstetrician-ginecolog. Am refuzat propunerea, spunând deschis că nu mă simt la moment pregătită pentru un post atât de responsabil. Dar m-a frapat faptul cât de bine dumnealui luase cunoștință în prealabil de biografia mea, de statutul profesional etc. Știa totul despre mine, fără să-mi adreseze întrebări suplimentare, cunoștea ce prezint ca om și ca specialist, părea că ar fi activat alături de mine, într-un colectiv mai mulți ani. Ulterior m-am convins că Domnia Sa anume astfel selecta colaboratorii și crea colectivele pe care le-a fondat și le-a condus, colective ce fac față și astăzi cerințelor vremii.

Gheorghe Russu a fost și rămâne un om de o valoare deosebită prin faptul că, pe tot parcursul vieții, a pus accentul anume pe crearea și instruirea cadrelor. A fost unul dintre cei care a mișcat "piatra cea mare și grea" oriunde ar fi activat (Centrul de Ocrotire a Sănătății Mamei și Copilului, Centrul Științifico-Practic de Sănătate Publică și Management Sanitar, Compania Națională de Asigurări în Medicină). Dumnealui a crescut o nouă generație de manageri erudiți și energici. Soarta mi-a oferit marea fericire și onoare să devenim colegi de serviciu. În anul 1983, Gheorghe Russu este numit în funcția de medic-șef al Centrului Mamei și Copilului, unde a reușit să creeze o bază tehnico-materială de performanță. Mi s-a propus postul de vicedirector în expertiza medicală – aveam deja un stagiu de muncă în calitate de medic-șef adjunct la Maternitatea Orășenească din Chișinău.

La început aveam chiar o frică – cum voi lucra cu un om atât de erudit, serios și sever? Pe parcursul anilor însă, m-am convins că este foarte ușor să lucrezi cu o persoană de mare responsabilitate, care știe ce vrea să obțină nu numai pentru sine, pentru familie, ci mai ales pentru societate. O calitate a

Dumnealui este măiestria de a selecta specialiști buni din diferite domenii și a-i angaja în postul potrivit conform capacităților. În toate colectivele în care a lucrat, domnul Gheorghe Russu a știut să-și creeze echipe, pentru a elabora strategii pe viitor, să se consulte cu savanții, cu conducătorii altor instituții, dar mai ales cu medicii-practicieni.

În anul 2002, prin hotărâre de guvern, Gheorghe Russu a fost numit director general al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. Muncind mai mulți ani alături, m-am convins că i se potrivește de minune calificativele "reformat, creator, fondator", atât de necesare pentru ocrotirea sănătății nu numai a mamei și a copilului (deci este un pediatru înăscut), dar și pentru ocrotirea sănătății întregii populații a Republicii Moldova. Am fost martoră a numeroaselor discuții privind implementarea asigurării obligatorii în medicină, crearea unui nou sistem de sănătate – fapt ce a condus la sporirea accesului fiecărui locuitor al țării la servicii medicale, inclusiv la cele specializate.

Nu pot să uit încă un moment din trecut, care vorbește de la sine despre această personalitate. În anul 1989, Gheorghe Russu, fiind medic-șef al Centrului Mamei și Copilului, a fost ales de colectiv drept candidat în deputați ai Sovietului Suprem al Uniunii Sovietice. Am avut onoarea să fiu una dintre persoanele dumnealui de încredere în aceste alegeri, mergeam la toate întrunirile pe teren și, prezentându-l pe Gh. Russu, am învățat multe de

la el. Contraconcurentul a fost primul secretar din sectorul Botanica, orașul Chișinău – om destul de cunoscut și stimat. Însă victoria a fost a lui Gheorghe Russu, el fiind ales în calitate de deputat al poporului din URSS în primul Parlament democratic.

Apreciind perseverența și dăruirea de sine ale domnului Gheorghe Russu pentru binele tuturor, multe generații de medici-practicieni și conducători ai instituțiilor medicale de diferit rang, pe care i-a îndrumat această personalitate marcantă, poartă în suflet o profundă recunoștință și un adânc respect față de Domnia Sa. A dat dovadă, pe tot parcursul vieții, de o voință imensă, de talent organizatoric, de capacități profesionale incontestabile și devotament cauzei. Prin sârguința sa, Gheorghe Russu s-a învrednicit de multe distincții de stat, precum și de cea mai înaltă decorație a țării – *Ordinul Republicii*.

Mult stimate Domnule Gheorghe Russu,

Vă aducem sincere felicitări cu ocazia acestui frumos jubileu. Vă dorim mulți ani plini de bucurii și sănătate alături de soția Dvs. Svetlana, care a știut să Vă susțină în toate încercările vieții și să creeze zi de zi un confort și o atmosferă deosebite, pentru ca să obțineți acele mari succese pe care le-ați realizat.

La mulți ani!

Ludmila Ețco,
dr. hab. în medicină,
profesor cercetător, ex-director
al Institutului Mamei și Copilului

ION HĂBĂȘESCU – ILUSTRU IGIENIST

Omagiu la 75 de ani



Domnul Ion Hăbășescu, conferențiar universitar, doctor în medicină, s-a născut la 25 noiembrie 1938 în satul Strâmba (actualmente Corlăteni) din județul Bălți, într-o familie de agricultori, cunoscând greutățile vieții încă din frageda copilărie, dar mai ales după ce a rămas orfan – tatăl său, Mihai Hăbășescu, a căzut pe front la sfârșitul celui de-al Doilea Război Mondial. De la o vârstă destul de timpurie, fiind elev, a început să muncească în gospodăria colectivă (kolhoz) din localitatea natală, la început ajutând-o pe mama, rămasă văduvă cu patru copii, iar mai apoi – de sine stătător. În pofida faptului că era ocupat cu diverse munci agricole, obținea succese frumoase la învățătură. Era interesat mai ales de științele reale, manifestând unele capacități deosebite.

Fiind martor al suferințelor prin care trecea mama sa și una dintre surori, invalidă din copilărie, tânărul Ion Hăbășescu a luat o decizie, care a fost una de mare cotitură în viața sa. A hotărât să devină medic cu gândul ca, în primul rând, să poată ajuta ființele dragi, dar și alte persoane cu probleme de sănătate. Astfel, în anul 1957, el susține cu succes examenele la Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, fiind înmatriculat la Facultatea Curativ-Profilactică. A avut un interes deosebit față de studii, devenind un student exemplar.

A participat, împreună cu colegii-studenți, la recoltarea cerealelor de pe pământurile deștelenite ale Kazahstanului. Pentru munca sânguincioasă, a fost decorat cu medalia *Pentru valorificarea pământurilor deștelenite*. Concomitent, el devine membru activ al fanfarei Institutului. Pe parcursul a șase ani, a participat cu colectivul fanfarei la mai multe manifestări culturale. După anul trei de studii, în 1960, Ion Hăbășescu se angajează în calitate de asistent medical în secția de traumatologie a Spitalului Clinic Republican, acumulând o experiență deosebită. Confruntându-se cu diverse cazuri medicale, cu suferințele micilor pacienți, cu durerile sufletești ale părinților acestora, dl Ion Hăbășescu se convinge tot mai mult de importanța prevenției în medicină. De aceea, atunci când, în anul VI, i s-a propus să rămână la Catedra *Igienă Generală*, a acceptat cu plăcere.

După absolvire, face aspirantura (astăzi – doctorantura) la specialitatea *Igienă*. Teza de doctorat în domeniul Igienii copiilor și adolescenților cu tema *Evaluarea igienică a condițiilor și a regimului de instruire a adolescenților de 15-16 ani la profilul vitivinicol în școlile profesional-tehnice din Moldova* o pregătește la Catedra *Igienă Generală*, sub conducerea șefului acestei catedre, ilustrului savant Iacov Reznik, doctor habilitat în medicină, profesor universitar, Om Emerit. În 1966, lui Ion Hăbășescu i se conferă gradul științific de doctor în medicină. Din 1966 până în 1970, dumnealui activează în calitate de asistent, apoi de lector superior. Din 1970 este conferențiar universitar, postură în care activează până în prezent.

În anul 1963, a fost fondată Facultatea *Igienă și Sanitarie*. Pentru a citi disciplinele igienice și a pregăti materialele respective, au fost angajați mai mulți tineri specialiști. Printre aceștia a fost și dl Ion Hăbășescu, care s-a implicat pe deplin în întocmirea materialelor didactice, inclusiv a textelor de prelegeri, a elaborărilor pentru lucrări practice, a programei și a planurilor

didactice. În anul 1967, Domnia Sa a fondat cursul *Igiena copiilor și adolescenților* pentru studenții fostei Facultăți *Igienă și Sanitarie* (astăzi – *Sănătate Publică*). În premieră în cadrul Institutului de Stat de Medicină din Chișinău organizează, în 1985 și 1986, cursuri de perfecționare a medicilor de igienă a copiilor și adolescenților din republică, catedra respectivă urmând a fi creată mai târziu.

Conștientizând necesitatea stringentă de materiale didactice noi, care ar corespunde cerințelor timpului, dl Ion Hăbășescu, împreună cu dna conferențiar universitar Maria Moraru, au elaborat manualul *Igiena copiilor și adolescenților*, editat în anul 1999. Peste 10 ani, în 2009, dl Hăbășescu editează compendiul de lucrări practice la disciplina respectivă.

Ion Hăbășescu a citit, de asemenea, cursul de *Igienă a copiilor și adolescenților* elevilor Colegiului Național de Medicină și Farmacie, secția asistenței igieniste, a predat și predă disciplina menționată asistentelor medicale de profil igienic, de profil general și pediatric, asistentelor medicale din instituțiile școlare și preșcolare.

Adept înflăcărat al sanologiei (medicina omului sănătos), în anul universitar 1989–1990 a fondat cursul *Educație pentru sănătate*, pregătind în prealabil programa, planurile, materialele pentru prelegeri și lucrări practice.

Pe tot parcursul anilor de activitate în cadrul Universității, dl Ion Hăbășescu s-a ocupat și cu lucrul științific, publicând mai mult de 100 de lucrări. A participat în unele proiecte științifice de stat, precum și la alcătuirea profesiogramelor pentru diverse specialități din școlile profesional-tehnice.

Pe parcursul activității sale, dl Ion Hăbășescu avea grijă de ridicarea propriului nivel profesional, participând la diverse seminare și traininguri, frecventând cursurile de perfecționare continuă de peste hotarele republicii – în Rusia (Moscova, Leningrad), România (Iași).

Mulți ani la rând dumnealui a fost medic-șef al Detașamentului Studențesc Republican, dar și comandant, medic de detașamente separate, care au lucrat la construcția caselor în diferite regiuni ale fostei URSS, în special în Siberia (Rusia) și Kazahstan. Pentru activitate prodigioasă în organizarea asistenței medicale acordate populației rurale din Kazahstan, în anul 1966 a fost decorat cu insigna *Eminent al ocrotirii sănătății al URSS*. De asemenea, a fost decorat cu medaliile *Pentru vitejie în muncă* și *Veteran al muncii*, cu diplome ale organelor superioare de stat.

Domnul Ion Hăbășescu colaborează cu medicii-practicieni, participă activ la popularizarea științei medicale. Pe parcursul anilor, a activat la fostul Serviciu Sanitaro-Epidemiologic de Stat (actualul Serviciu de Supraveghere de Stat a Sănătății Publice), atât în Centrul național, cât și în Centrul municipal de sănătate publică.

Stimate Domnule conferențiar universitar, doctor Ion Hăbășescu,

Ați mai adăugat un an la cununa vieții. La acest frumos jubileu, Vă felicităm cordial și Vă dorim să fiți sănătos, să aveți parte de o viață lungă și plină de succese în activitatea didactică și științifică, bucurii de la cei dragi și liniște în suflet!

Cu deosebit respect,
colectivul Catedrei *Igienă*
a USMF *Nicolae Testemițanu*

ANATOL ROTARU
– SAVANT NOTORIU,
PEDAGOG ISCUSIT ȘI OM DE OMENIE



La 14 octombrie 2013, în ziua sărbătoririi Acoperământului Maicii Domnului, Anatol Rotaru ar fi împlinit o vârstă frumoasă a maturității – 64 de ani...

A plecat dintre noi „englezește” – puțini oameni, doar cei mai apropiați, au știut de subita lui dispariție. A murit *modest*, dacă ne putem exprima astfel, după cum a și trăit modest, în înțelesul cel mai deplin al cuvântului. A fost, de fapt, în viața sa de zi cu zi, un exemplu al acestei rarissime calități umane.

De cele mai multe ori, *tăcând*, ne vorbea despre multe, despre tot. O singură privire, „întâmplătoare”, de a sa te putea opri de la o vorbă necântărită, de la un pas nechibzuit...

Rare personalități, chiar și cele neatînsse de „morbil stelar”, s-ar fi comportat cu semenii lor, inclusiv cu necuvântătoarele, așa ca Anatol Rotaru. Probabil că nu există cineva care i-ar fi solicitat, cu diverse ocazii, sprijinul ori sfatul și

el să rămână rece la atare rugăminți, oricât de „sus” s-ar fi aflat. O pot confirma sutele de ucenici ai săi, unii dintre ei ajunși savanți de notorietate în SUA, Marea Britanie, Germania, Chile, România, Rusia etc., nemaivorbind de R. Moldova.

Între altele fie amintit, dânsul avea „slăbiciuni” aparte față de patrupeze, în special față de câini, „prieteni devotați ai omului”, în care homo sapiens adesea dă cu piciorul. După cum s-a încercat, și nu o dată, să i se dea și lui, mai ales în anii de la urmă. Vechi e păcatul invidiei, a pizmei celor mai apropiați, prin părțile noastre...

Or, Anatol Rotaru, în cei 22 de ani de independență la care – o spunem în cunoștință de cauză – a pus vârtos umărul, ocupând posturi din cele mai importante (viceministru al Ministerului Învățământului și Științei, vicepreședinte al Consiliului rectorilor, președinte al Consiliului Național pentru Știință și Dezvoltare Tehnologică, șef Direcție Expertiză a AȘM), în ceea ce privește știința și instruirea, s-a aflat, mai bine zis, se posta de cele mai multe ori în umbră. Deviza lui de comportament în viața socială era: „Să vorbească, întâi și întâi, faptele noastre!”. (Mai glumea, în acest sens: „În ceea ce ne privește personal, las’că după moarte se va spune...”).

Nu-i plăcea „prim-planul”, deși era mereu în prim-plan. Mai ales atunci când se iveau diferite opreliști, când apăreau greutățile obiective, dar de cele mai multe ori subiective, plasate în calea ideilor și inițiativelor sale (novatoare și stringente pentru țară) de către nulitățile și „cap-pătratele” acestui neam...

Personalitate cu totul deosebită în cohorta nu prea numeroasă a savanților de talie mondială de la noi – științele fizicii și matematicii nu sunt, nu pot fi închinate în hotarele unui singur stat sau continent, somitățile acestor domenii fiind, la figurat spus, numărate pe degete pe scară internațională –, Anatol Rotaru era și un mare cunoscător al artelor frumoase, al literaturii noastre clasice și al celei mondiale. Multora dintre noi, literații generațiilor anilor '60-'70 de la Universitate, inclusiv regretata Leonida Lari, alți mânduitori de condei, Anatol Rotaru ni i-a „descoperit”, *altfel*, pe Arghezi, Blaga, Bacovia și Minulescu.

Mai presus însă ca orice și de toate, neprețuitul nostru prieten – și nu putem nicidecum trece cu vederea acest fapt în acest mult prea zgârcit cuvânt de „Adio” în memoria sa – a fost și a rămas în inimile noastre pentru totdeauna drept un mare și, prea poate, un Patriot nepereche al neamului românesc.

Majoritatea dintre noi nici nu știu, nici nu bănuiesc faptul că asociația *Clubul fizicienilor și oamenilor de creație „1 Aprilie”*, fondată de către Anatol Rotaru și câțiva dintre cei mai discreți apropiați ai săi acum 45 de ani, în plin obscurantism antinațional, a constituit unul dintre catalizatorii de bază ai Mișcării noastre de eliberare națională de mai târziu...

Celebrul înaintaș Nicolae Iorga ne sfătuia, la timpul său: „Să vă lăsați mereu pentru odihnă ziua de mâine!”. Acest îndemn l-a urmat întreaga sa viață Anatol Rotaru, lăsându-ne o operă colosală de circa 400 de lucrări științifice (accentuăm – în domeniile fizicii și matematicii, unde oricare cifră și orice cuvânt potrivit trebuia să-și găsească locul potrivit!). De asemenea, el a avut și o serie de articole fundamentale și de pionierat la noi în domeniul medicinei, privind unele milimetrice și aplicarea lor în tratamentul mai multor maladii în oncologie, obstetrică-ginecologie etc. Marele nostru contemporan, într-adevăr, n-a avut zile de odihnă în prea scurta și zbuciumată sa existență terestră...

S-a desprins *pe tăcute*, o dată pentru totdeauna, de viață. Ca frunza de ram, în miez de toamnă...

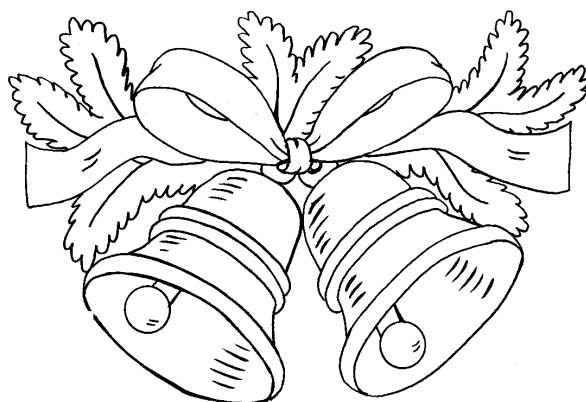
Adio, drag și neuitat Prieten, care... ai fost odată ca niciodată. Numai că din tot ce-ai fost, de mai ieri, au rămas pentru noi doar amintirile. Ce păcat...

Dumnezeu să te odihnească în pace!

Constantin EȚCO,
Liviu BELĂI

Despre medicină și medici

- "Medicina este arta de a păstra sănătatea și, eventual, de a vindeca boala survenită în corp" (Avicena)
- "Medicul trebuie să aibă privirea șoimului, mâinile domnișoarei, înțelepciunea șarpelui și inima leului" (Avicena)
- "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" (B. Gracian)
- "Când veți intra în vreun spital, dezbrăcați-vă de patimile de cupiditate și de orgoliu, lepădați și trândăvia și dați-vă cu totul bolnavilor, căror să le fiți recunoscători dacă, îngrijindu-i, vă vor permite să vă instruiți" (N.C. Paulescu)



*În aceste zile de bilanțuri și speranță, cu o deosebită plăcere
Vă aducem cele mai alese urări: sănătate, voie bună, împliniri,
pace sufletească, satisfacții depline și fericire
alături de cei dragi.*

*Vă așteptăm și în anul 2014 cu articole interesante privind
rezultatele cercetărilor științifice în diverse domenii ale
medicinii.*

**Crăciun fericit!
La mulți ani!**

Colegiul de redacție

RECOMANDĂRI PENTRU AUTORI

Lucrările prezentate vor fi scrise pe foi de format A4, Times New Roman, 14, în Word 2003, la 1,5 intervale, cu câmpul de 2,5 cm pe toate laturile, folosindu-se o singură față a hârtiei.

Foia de titlu va conține titlul lucrării, prenumele și numele autorului (autorilor), titlul/gradul științific, instituția unde a fost elaborată lucrarea.

Lucrările vor fi însoțite de rezumate în limbile română, rusă și engleză, având un volum de până la 150-200 cuvinte fiecare, pe foi aparte.

Textul articolelor experimentale sau clinice cu un volum de până la 13 pagini și a publicațiilor scurte va include: introducere, metode și materiale, rezultatele obținute, discuții, concluzii și referințe bibliografice. Publicațiile medico-sociale, revistele literaturii, articolele de sinteză și materialele cu tematică farmaceutică nu vor depăși 18 pagini și vor conține cel mult 50 de referințe. Materialele informative – ordine, hotărâri ale Colegiului Ministerului Sănătății, programe naționale, hotărâri de guvern și legi din domeniul sănătății – vor fi publicate integral.

Materialele ilustrative (fotografii, desene, figuri, scheme, diagrame), într-un număr minim, vor conține numărul în ordinea în care sunt citate și vor fi prezentate în text, ci atașate lucrării. Se acceptă numai desene realizate în tuș negru sau în variantă electronică negru-alb, fotografii realizate pe hârtie fotografică mată.

Legenda figurilor și tabelelor va fi dată pe baza lor.

Formulele matematice sau chimice vor fi scrise citeț și corect (să se diferențieze clar nivelul pentru indici, exponenți, literele majuscule sau minuscule și simbolurile grecești).

Referințele bibliografice vor fi prezentate la sfârșitul lucrării în ordinea alfabetică a numelui

autorilor, fiind numerotate. Titlurile fără autor se înscriu în ordinea anului de apariție. Bibliografia va corespunde cerințelor internaționale *Committee of Medical Journal Editors* față de publicațiile medico-biologice. În text, citările se fac prin indicarea între bare drepte a poziției din lista bibliografică.

Lucrările vor fi prezentate în 2 exemplare cu toate elementele corespunzătoare, însoțite de CD, pe care se va indica numele autorului, denumirea articolului, file-ul și versiunea. La sfârșitul articolului autorul va indica postul și instituția în care activează, telefonul de contact și adresa electronică.

Scrisoarea de însoțire. Lucrările vor fi însoțite de o scrisoare din numele conducătorului instituției sau al autorului, responsabil pentru corespondență. Scrisoarea va confirma faptul că toți autorii sunt de acord cu conținutul și că materialele date n-au fost publicate anterior.

În atenția autorilor:

- articolele sunt recenzate de specialiștii din domeniul respectiv;
- în cazul în care manuscrisul este restituit autorului pentru revizuire, modificare sau prescurtare, se va prezenta varianta nouă și varianta inițială a manuscrisului;
- corectura nu se expediază autorului;
- redacția nu este responsabilă pentru veridicitatea materialelor publicate;
- articolele prezentate necorespunzător regulilor descrise nu vor fi înregistrate și examinate.

Prezentarea. Manuscrisele vor fi depuse pe numele redactorului-șef **Constantin Ețco**, dr. habilitat, profesor universitar, catedra *Economie, management și psihopedagogie*, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*, pe adresa:

Bd. Ștefan cel Mare, 194^a (blocul 4, et. 4)
MD-2004, Chișinău, Republica Moldova
Telefon: (3732) 22-63-56, 20-52-15 Fax: 24-23-44
e-mail: economiemanagement@yahoo.com