

4. Cheltuielile suportate de pacientul cu tuberculoză multidrogrezistentă la etapa de staționar ar putea fi estimat ca un factor potențial de risc al abandonului tratamentului standardizat DOTS Plus;
5. Continuitatea serviciilor de îngrijiri medicale, sociale, psihologice, consilierea pacientului afit la etapa de staționar cât și ambulatoriu ar putea mări aderența la tratamentul DOTS Plus al pacienților cu tuberculoză multidrogrezistentă.

Bibliografie

1. Crudu V., Soltan V., Burinschi V. și coaut. Supravegherea rezistenței antituberculoase Republica Moldova- anul 2006: Studiu național. // Chișinău, 2009 – p.34-38.
2. Gheorghiu-Brânaru Mihaela, articol „O nouă provocare: Tuberculoza multidrogrezistentă (MDR TB): articol // București, 2009; ([http://www.tbnews.ro/MDR-TB-\(Tuberculoza-multi-drog-rezistenta\).html*articleID_51-articol](http://www.tbnews.ro/MDR-TB-(Tuberculoza-multi-drog-rezistenta).html*articleID_51-articol))
3. *Global tuberculosis control: surveillance, planning, financing. WHO report 2006.* Geneva, World Health Organization; (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2006/summary/en/index.html)
4. *Global tuberculosis control : epidemiology, strategy, financing : WHO report 2009;* Geneva, World Health Organization; (http://www.who.int/tb/publications/global_report/2009/pdf/chapter1.pdf)
5. Ordinul nr.496 al Ministerului Sănătății din 29.12.2005 „Cu privire la aprobarea formularului de evidență medicală primară 089-1/e „Aviz despre bolnavul cu diagnosticul stabilit caz nou de tuberculoză activă și de reîncepere a tratamentului și rezultatele acestuia”;
6. Ordinul nr.72 al Ministerului Sănătății din 17.03.2009 „Cu privire la aprobarea formularului de evidență medicală 090 “Fișa de declarare și evidență a cazurilor de tuberculoză multidrogrezistentă”
7. Marica C. Et all „Multidrug resistant tuberculosis in Romania in the past years (2004-2007) – a social phenomenon of great importance”// București, Institutul de Pneumologie „Marius Nasta“.

BARIERE ÎN DEPISTAREA ȘI TRATAMENTUL TUBERCULOZEI

(revista literaturii)

Alexandra Cornei

Școala de Management în Sănătatea Publică USMF „Nicolae Testemțanu”

Summary

Obstacles in revealing and treatment of tuberculosis

Tuberculosis is a major public health problem for Republic of Moldova. This article presents the results of some investigations of the factors that prevent from diagnosing and treatment of this disease. These factors identification will provide the opportunity to understand better and get rid of the reasons that influence to diagnose late the disease and the ineffective result of its treatment. The precocious diagnosis of the infected persons and the beginning of an efficient treatment could reduce the death rate, the spread of this disease as well as the ways to prevent the serious forms of it among people.

Rezumat

Tuberculoza (TB) este o problemă majoră de sănătate publică pentru Republica Moldova. În acest articol sunt prezentate rezultatele studiului factorilor ce constituie bariere în depistarea și tratamentul tuberculozei. Identificarea factorilor ce crează bariere în depistarea și tratamentul tuberculozei va da posibilitate de a înlătura cauzele care influențează la depistarea tardivă a maladiei și rezultatul neefectiv al tratamentului. Depistarea precoce a persoanelor

infectate și inițierea tratamentului standartizat, va reduce mortalitatea, transmiterea bolii și prevenirea apariției formelor multidrogrezistente în rândurile populației.

Actualitatea temei

Conform datelor bibliografice, tuberculoza este o maladie cunoscută de omenire încă din timpuri foarte străvechi. În antichitate, cu 2mii de ani î.e.n .legea Hemurappi conținea indicații pentru bolnavii de „cihotcă”. Monumentele de arhitectură din China Antică ne demonstrează că tuberculoza era cunoscută cu 6 secole până la era noastră sub denumirea de „ceaoping”.

Hippocrate a descris forma clinică a bolii ,care a numit-o „ftizia”[1,18]. Datorită unor particularități tuberculoza rămâne a fi actuală și în prezent. Necătfînd la progresul tehnic, chiar de ne aflăm în secolul XXI se poate de remarcat că nici o țară din lume nu poate să ignoreze pericolul impactului tuberculozei pentru sănătatea publică.

Actual se consideră că 1/3 din populația globului pămăntesc este infectată cu Bacilul Koch, dintre acestea în fiecare an aproximativ 8,4 mln de persoane fac boala propriu-zisă.[3,6]

Tuberculoza se consideră boală infecțioasă vindecabilă pulmonară . Depistarea precoce a pacienților infectați cu tuberculoză și tratarea corectă, duce la vindecare fără consecințe la marea magoritate a bolnavilor [3].

Importanța studierii tuberculozei rezultă din impactul epidemiologic,social,medical și economic. Importanța medicală și socială a maladiei se explică prin dinamica răspîndirii, gradul de afectare a sănătății, precum și prin povara produsă de tuberculoză asupra indiviziilor infectați și societății în întregime [2,5].

Tuberculoza afectează toate grupele de vîrstă inclusiv persoane vîrsta aptă de muncă, copiii de vîrstă fragedă, femei însărcinate, persoane în etate. Sărăcia este strâns legată de creșterea economică . Profilul sărăciei în Republica Moldova se caracterizează prin diferențe mari între zonele urbane și rurale Din punct de vedere demografic, copiii și cetățenii care au depășit vîrsta de 75 ani constituie cele mai vulnerabile grupuri. Ei se expun unui risc mai mare al sărăciei, în comparație cu restul populației [14].

Tuberculoza este o problemă majoră de sănătate publică pentru Republica Moldova. Un bolnav bacilifer e capabil să infecteze anual 10-15 persoane sănătoase [1]. Cunoașterea reală a stării de sănătate a populației, planificarea resurselor , optimizarea rețelei sanitare, elaborarea și fundamentarea programelor de sănătate are o importanță primordială în cadrul planurilor naționale de asigurare a serviciilor de sănătate. Organizarea și desfășurarea cercetărilor științifice este necesară pentru studierea stării de sănătate a diferitor categorii de populație. Pentru studierea maladiilor contagioase important este de a cunoaște cauzele apariției acestor maladii mai cu seamă a tuberculozei .Cunoașterea cauzelor ce crează bariere în depistarea precoce a tuberculozei și administrarea corectă a tratamentului are o importanță mare în răspîndirea infecției [10,12].

Obiectivele lucrării

- Identificarea cauzelor ce crează bariere în depistarea și tratamentul tuberculozei.
- Caracterizarea și specificarea barierilor obținute în rezultatul studierii literaturii de specialitate.
- Propunerea unor repere utile de înlăturare a barierilor în depistarea și tratamentul tuberculozei.

Material și metode de cercetare

În scopul evidențierii cauzelor ce crează bariere în depistarea și tratamentul tuberculozei, a fost efectuată analiza literaturii existente În calitate de date de reper pentru efectuarea analizei au fost selectate date din 20 surse literatură de specialitate.

Rezultatele obținute și discuții

În prezent problema tuberculozei este una prioritară în Republica Moldova atât din punct

de vedere medical cât și socio-economic, luând în considerație că tuberculoza este o boală cu aspect social [7,9].

Tuberculoza la începutul secolului XXI reprezintă o sfidare serioasă pentru sănătatea publică mondială și necesită cercetări aprofundate, în special al factorilor de risc care crează bariere la depistarea bolii și influențează succesul în tratament.

Morbiditatea și mortalitatea a crescut în rezultatul trecerii la economia de piață, în rezultatul căreia s-a schimbat starea socială a populației. Ultimii ani se manifestă procesul de „întinerire a tuberculozei”. [10] Aproximativ 50% din bolnavi nu sunt încadrați în câmpul muncii, sunt lipsiți de surse de existență. Nivelul înalt al mortalității prin tuberculoză ne demonstrează faptul că tuberculoza în republica noastră se depistează tardiv, iar tratamentul ei este necalitativ [9].

Programul Național de Control și Profilaxie al Tuberculozei pentru anii 2006-2010, are drept scop stabilizarea situației epidemice a tuberculozei în țară pe parcursul acestor ani prin atingerea următoarelor obiective [10, 11]:

- stabilizarea nivelului incidenței globale prin tuberculoză, cu reducerea acestuia până la valoarea de 85,0 la 100.000 de persoane;
- reducerea nivelului indicelui mortalității prin tuberculoză până la valoarea de 12,0 la 100.000 de persoane;
- reducerea și stabilizarea indicelui tuberculozei multirezistente printre cazurile noi de tuberculoză pulmonară la un nivel de sub 5%;
- obținerea unei rate de succes printre cazurile noi de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă de 85%;
- depistarea a cel puțin 70% dintre cazurile estimate de tuberculoză pulmonară cu microscopie pozitivă.

Pentru obținerea obiectivelor preconizate, este necesar atât de a realiza strategiile prioritare incluse în Program, cât și de a organiza cercetări științifice, care ar identifica cauzele care influențează depistarea tardivă a tuberculozei și rata joasă de succes a tratamentului [9].

Conform concluziilor oficiale ale Ministerului Sănătății, factorii esențiali care cauzează agravarea situației epidemiologice în Republica Moldova, au fost și rămân: criza socio-economică, migrația masivă a populației, șomajul, stresul social cronic, prezența unui rezervuar masiv de infecție în populația adultă, prezența altui rezervuar din bolnavii de până la 2001, care au fost tratați insuficient din cauza lipsei preparatelor antituberculoase, alimentarea insuficientă a majorității bolnavilor de tuberculoză la etapa de ambulator, patologia concomitentă la 60% din bolnavii de tuberculoză [2, 5].

Deasemenea sunt menționate și diminuarea rezistenței generale a sănătății populației, radiația, poluarea mediului înconjurător, migrația, infecția HIV/SIDA. [13]

Conform opiniilor expuse de profesorul H. Theodore Tulchinsky, această nouă perioadă periculoasă de reizbucnire a tuberculozei pe parcursul ultimilor 15 ani a rezultat din următoarele evenimente epidemiologice paralele: primul – avansarea infecției HIV și al doilea – apariția tulpinilor polirezistente (tuberculoza multidrogrezistentă) la medicamentele ale bacilului tuberculos, care sunt rezistente cel puțin la remediile de bază utilizate în tratamentul tuberculozei (Isoniazida și Rifampicina). Prezența formelor de tuberculoză cauzate de multidrogrezistentă și a coinfectării cu tuberculoză a persoanelor HIV pozitive prezintă anumite dificultăți. Rata cazurilor letale în tuberculoza cauzată de multidrogrezistentă poate atinge 70% [13]. Infecția HIV reduce imunitatea celulară, astfel încât formele latente ale tuberculozei pot trece în cele active. După unele aprecieri riscul dezvoltării tuberculozei printre persoanele HIV nefectate pe parcursul vieții constituie 5-10%, printre persoanele HIV infectate același risc este de 10% pe an [8,13, 46].

În condițiile actuale ale sistemului sănătății un rol important în adoptarea deciziilor cu privire la dezvoltarea asistenței medicale acordate pacienților suferinzi de tuberculoză, îi revine studierii factorilor ce influențează eficacitatea tratamentului.

Starea social-economică precară a majorității pacienților cu tuberculoză, durata

îndelungată de tratament și apariția formelor polirezistente duc la crearea barierilor în depistarea și tratamentul eficient al tuberculozei [3,13, 14].

Factorii care duc la crearea barierilor socio-economiци în general sunt caracteristici pentru majoritatea țărilor cu incidență majoră a tuberculozei, dar pot exista unele cauze specifice pentru unele regiuni geografice sau țări în parte. Factorii care constituie bariere socio-economiци care au facilitat transmiterea în masă a infecției și creșterea indicilor epidemiologici în ultimele două decenii sunt: somajul, malnutriția, sărăcia, etilismul, vagabondajul, condițiile din penitenciare, migrația, conflictele armate, refugiații, creșterea nivelului criminalității, utilizarea drogurilor [6].

O cauză este și slăbiciunile sistemului sanitar cum ar fi finanțarea nesatisfăcătoare, reformele organizatorice insuficiente și etc. Înlăturarea cauzelor ce crează bariere epidemiologice depind în mare măsură de organizarea și competența sistemului sanitar.

Un rol important îi revine și măsurilor profilaxiei sociale care prevede acțiuni îndreptate spre ridicarea rezistenței nespecifice a populației [5,19].

- alimentația;
- condițiile la locul de trai;
- condițiile la locul de muncă;
- regimul ;
- modul sănătos de viață;
- starea mediului-ambiant .

O oportunitate este și asigurarea accesului integral către asistența medicală performantă Pentru toți pacienții cu tuberculoză mai ales pentru acei săraci și social-dezavantajați.

Lipsa comunicării cu persoana suspectă sau deja bolnavă de tuberculoză duce la crearea barierilor de depistare sau tratament . [3, 19]

Comunicarea liberă , eficientă cu pacientul în majoritatea cazurilor exlude crearea barierelor în tratamentul tuberculozei.

Aastă tehnică de comunicare include următoarele :

- adresarea ntrebărilor;
- ascultarea atentă;
- încercarea de a înțelege nevoile și preocupările pacientului și familiei;
- demonstrarea unei atitudini binevoitoare și sprijinul acordat la soluțiunea problemei.

Deoarece majoritatea pacienților cu tuberculoză se adresează pentru prima dată la asistența medicală primară , persoanele care o acordă vor da tonul între relația dintre pacient și lucrătorul medical. În cazul suspectării și a confirmării diagnosticului de tuberculoză, lucrătorii medicali pot începe să încurajeze cooperarea la prima întâlnire cu pacientul, deoarece la această etapă pacientul necesită support psihologic. [8,9,10]

Un rol important îi revine consilierii pacientului în cazul apariției problemelor în timpul tratamentului. Este foarte importantă modificarea comportamentului pacientului în vederea respectării regimului de tratament. Conștientizarea rolului pacientului în procesul curativ are o mare importanță în rata de success a tratamentului.

Bariere la nivelul pacienților necomplianți la tratament [6, 19] sunt următoarele:

- consumul de alcool și droguri;
- stigmatul (frica sau refuzul de a fi cunoscut ca un pacient cu tuberculoză);
- pierderea locului de muncă ;
- vârsta înaintată;
- maladii psihice
- nemulțumirea față de mecanismele adverse

Complianța pacientului la tratament înseamnă atragerea pacientului la tratamentul indicat. Metodele de ameliorare a complianței includ instruirea pacientului ,colaborarea suficientă cu pacientul și organizarea tratamentului în condiții satisfăcătoare pentru pacient. Dacă lucrătorul medical manifestă o atitudine grijulie și o insistență delicată, el poate

convinge pacientul să administreze medicamentele și să respecte indicațiile medicului. [6,9,11]

Un rol important pentru controlul tuberculozei îi revine strategiei OMS . Ea , este o combinație de componente tehnice și manageriale care asigură disponibilitatea unei rețele de diagnostic și tratament accesibilă populației. [15,17]

Sa demonstrat importanța evaluării nivelului de asigurare a grupurilor țintă cu medicamente antituberculoase și a calității efectuării tratamentului direct observat la pacienții cu tuberculoză. Aceasta poate reprezenta o posibilitate de a desprinde unele sugestii pentru eventualele strategii, care să servească elaborărilor de politici valabile și eficiente. [17]

Caracteristica nivelului morbidității și a mortalității prin tuberculoză, cât și particularitățile evoluării indicilor dați pe parcursul a mai multor ani în Republica Moldova servesc drept argument pentru determinarea necesităților de servicii de sănătate, a volumului de lucru și a etapelor de organizare a activităților medicilor, în special al medicilor ftiziopulmonologi și a medicilor de familie.[6,18]

Soluționarea problemelor socio-economice, în special lucrul cu familiile din grupurile socialmente vulnerabile, suportul material acordat de către Administrația Publică Locală ar contribui la majorarea eficacității tratamentului.

Din aceste considerente este necesar de a efectua cercetări orientate spre evaluarea aspectelor medico-sociale ale bolnavilor suferinzi de tuberculoză și dereminarea gradului de asigurare a grupurilor țintă cu medicamente antituberculoase, precum și studierea accesibilității acestor grupuri la servicii medicale. Conlucrarea suficientă a serviciului de ftiziopneumologie cu serviciul de asistență medicală primară în diagnosticarea și tratamentul tuberculozei are un impact asupra rezultatelor așteptate. Deasemenea un rol important îi revine și serviciului de medicină preventivă în realizarea acțiunilor necesare în focarele de tuberculoza.

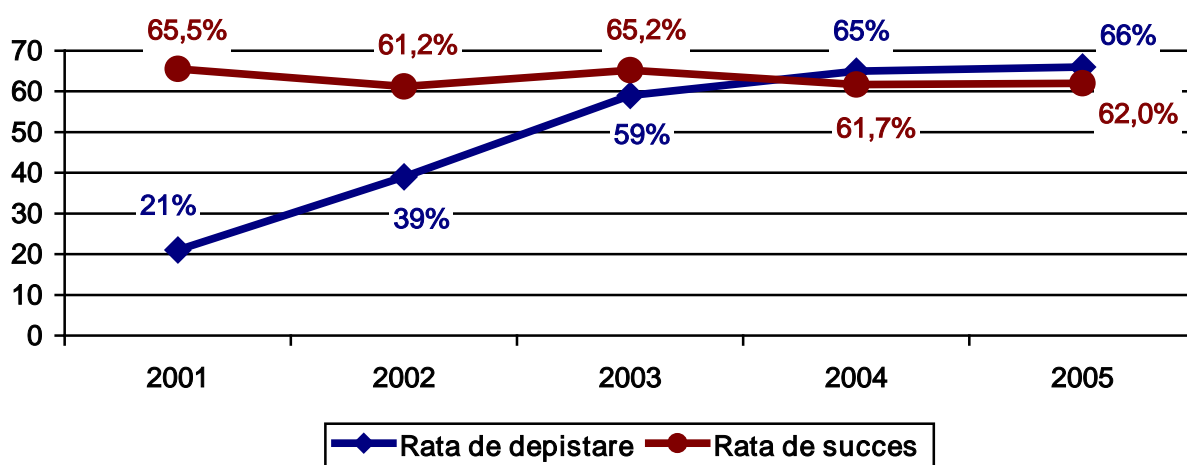


Figura nr. 1. Nivelul ratei de depistare a cazului TB în raport cu rata de succes

Succesul în depistarea precoce și tratamentul tuberculozei este condiționat de factori sociali, economici și psihologici. Un lucru important pe care nimeni nu-l poate ignora în rezolvarea problemelor vizate este și responsabilitatea, atât din partea pacientului cât și din partea lucrătorilor medicali. Pentru sporirea ratei de succes a tratamentului tuberculozei este necesară inițierea a mai multor măsuri. [9] Una din aceste măsuri este creșterea accesibilității pacienților la servicii medicale calitative prin asigurarea cu cadre la nivel de asistență medicală primară și specializată de ambulator

Înlăturarea factorilor ce influențează crearea barierilor în depistarea precoce a tuberculozei, va permite efectuarea corectă și la timp a tratamentului direct observat cu obținerea ratei de succes a tratamentului pacienților cu tuberculoză de 85% conform cerințelor Programului Național de Control și Profilaxie al Tuberculozei .

Acest obiectiv poate fi realizat numai prin conlucrarea suficientă a actorilor principali:

medicii de familie, medicul ftizipneumolog , Administrația Publică Locală unde toate acțiunile și atenția va fi îndreptată spre pacient.

Concluzii

- Este foarte important cunoașterea nivelului și structurii morbidității, mortalității și caracteristica factorilor demografici, socio-igienici și economici ce influențează apariția și dezvoltarea bolii.
- Comunicarea liberă este o metodă eficientă care încurajează și implică pacientul și familia sa la înlăturarea barierelor psihoemotionale.
- Contribuirea la coștientizarea rolului pacientului în procesul curativ.
- Motivarea pacientului , oferind suport material și moral.
- Utilizarea asistenților comunitari care vor vizita persoanele bolnave de tuberculoză din păturile sărace ale populației pentru supraveghere și administrarea tratamentului.

Bibliografie

1. Anastasiu C. Epidemiologia tuberculozei, în „Tratat de tuberculoză” (sub red. Moiescu B.). Editura „Dacia”, Cluj-Napoca, 1997. p. 12 – 31.
2. Anualul Statistic al Republicii Moldova. Departamentul Statistică și Sociologie al Republicii Moldova, Chișinău, 1996-2007
3. Burinschi V.Iavorschi C.Ghid practic în ftiziopulmonologie Chișinău 2007.p20-130
4. Bungeteanu Gh. Factorii care intervin în procesul epidemiologic al tuberculozei. Culegere de materiale documentare și metodice. București, 1970. – 62 p.
5. Crudu V.Ustian A.Vîlc V.Zbanț Kalcîrkaia S.Ghid Ftiziopulmologie Chișinău 2008.p9-102
6. CruduV. Moraru N. NepoliuL. Gidul „Controlul infecției în tuberculoză” Editura, Chișinău, 2007 p7-9
7. Haidarlî I., Sain D., Țîmbalari V. et all. Structura și dinamica mortalității prin tuberculoză în Republica Moldova. // Buletinul AȘM. Științe medicale nr. 3 (12). Chișinău, 2007. p. 90 – 94.
8. Hotărârea Guvernului „Cu privire la situația epidemiologică a tuberculozei în republică și măsurile de redresare a ei” din 27 aprilie 2007.
9. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.1409 din 30.12.2005 „Cu privire la realizarea Programului Național de profilaxie și combatere a tuberculozei pentru anii 2006-2010
10. Îndrumar pentru controlul tuberculozei pentru furnizorii de asistență medicală primară. Pentru țările din regiunea europeană a OMS cu o incidență medie și înaltă a tuberculozei. World Health Organization 2004.
11. Ordinul Ministerului Sănătății și Protecției Sociale nr. 125 din 21.03.06 „Cu privire la realizarea Programului Național de Control și Profilaxie a Tuberculozei pentru 2006-2010”. endemiei de tuberculoză pe baza indicatorilor uziali. // Ghid de cunoaștere, profilaxie și combatere
12. Pisarenco S., Gherbiș Tatiana. Cauzele și pericolul diagnosticului întârziat al tuberculozei în cadrul strategiei DOTS. // Buletinul AȘM. Științe medicale nr. 3 (12). Chișinău, 2007. p. 42 – 46.
13. Protocolul OMS pe managementul clinic al Tuberculozei și Co-infecțării cu HIV. World Health Organization, 2005.
14. Romanița – simbolul luptei cu tuberculoza din 1912. Buletin informativ. Martie 2007. p. 14-17.
15. Savin Victor. Consolidarea asistenței medicale primare în condiții urbane. Teza de dr. în med., Chișinău, 2003. p.134.
16. Schmid S.2000. A shord histori of tuberculoyis . Mod. Asp.Imunobinoli 1(3),95

17. Treatment of tuberculosis ;guidelines for national programmes , 3rd ed .Geneva ,word Health Organisation , 2003 (WHO/CDS/TB 2003, 313)
18. Tuberculoza în Moldova: cunoștințe, atitudini și practici în comportamentul populației=Tuberculosis în Moldova: Knowledge,Attitude and Practice in Population Behaviour=Туберкулез в Молдове: знания, отношение и практика поведения населения . - Ch. :Museum,2004(Combinatul Poligr.). p 56-
19. Tuberculoza: Cunoștințe, atitudini și practici Ministerul Sănătății al Republicii Moldova Centrul Național de Management în Sănătate. Monitorizarea și Evaluarea Programelor Naționale de Sănătate Chișinău 2007.p4-17
20. Zweifel P., Felder S. Meiers M. Ageing of population and health care expenditures: a red herring? // Health Economics, 1999, vol. 8, n. 6, p. 485

PRINCIPIILE DE ORGANIZARE ȘI SELECTARE CENTRALIZATĂ A PREPARATELOR MEDICAMENTOASE PE EXEMPLUL ANTIINFLAMATORILOR NON-STEROIDIENI (AINS)

Marcel Reșetilov

Summary

The principles of central organisation and selection of the medicamentous drugs on the example of the antiinflammatory non-steroidal drugs

Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAID) -is one of the classes of drugs most commonly used worldwide for their analgesic, antipyretic and antiinflammatory effects.

This article presents studies on NSAID diversity - variety of adverse effects, such as the VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research), of major gastrointestinal complications occurring due to the duration of NSAID use. Simultaneously it is mentioned the need for selecting a maximum treatment effect with minimal risk of side effects.

Rezumat

Antiinflamatoarele non-steroidiene (AINS) reprezintă una dintre clasele de medicamente cele mai utilizate în întreaga lume, pentru efectele lor antialgice, antipiretice și antiinflamatoare.

În acest articol sînt prezentate studii cu privire la diversitatea AINS – diversitatea efectelor adverse, cum ar fi rezultatele evaluării studiului VIGOR (Vioxx Gastrointestinal Outcomes Research), privind complicațiile gastrointestinale majore survenite urmare a utilizării de durată a AINS. Concomitent este menționată necesitatea selectării preparatelor AINS cu maxim efect în tratament și cu risc minim de efecte adverse.

Actualitatea temei

Majoritatea absolută a pacienților au prescrise antiinflamatoare non-steroidice pentru calmarea durerii, cu scop antiinflamator în patologiile osteoarticulare, radiculopatii, etc. Însă, prescrierea lor cotidiană a scăzut gradul de vigilență a medicilor privind luarea în considerație a contraindicațiilor, interacțiunilor medicamentoase nedorite, comorbidității pacienților și duratei maximal admisibile de administrare.

Problema majoră pe care o presupune utilizarea cronică a AINS este reprezentată de complicațiile digestive, de la simpla durere abdominală la complicațiile redutabile ale ulcerului gastroduodenal, hemoragia digestivă, perforația și stenozele. Utilizarea cronică a AINS crește de până la 10 ori rata de apariție a complicațiilor, spitalizărilor și deceselor datorate bolii ulceroase și prin urmare creșterea cheltuielilor pentru tratamentul acestora.

În cadrul asigurărilor centralizate a instituțiilor medico-sanitare publice cu medicamente AINS necesare, persistă prioritatea selectării preparatelor după cost-eficiență, dar cu toții știm că denumirea internațională a preparatului medicamentos nu presupune și calitatea echivalentă a