

12. Tiberiu Niță, Vasileios Panagopoulos, Cristina Pădurariu. *Atitudinea față de dinții din focarul de fractură*. Rev. chir. oro-maxilo-fac. implantol., vol. 2, no. 1, pp. 21-26.
13. Бернадский Ю. И. *Травматология и восстановительная хирургия черепно-челюстно-лицевой области*. - Москва, 2006:1-33.
14. Калиновский Д. К. *Современные аспекты проблем челюстно-лицевого травматизма у лиц, злоупотребляющих алкоголем*. Стоматология, 2003:(4)46-49.
15. Робустова Т. Г. *Хирургическая стоматология*. Москва; Медицина, 2003:359-445.
16. Тимофеев А. А. *Руководство по челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии*. Том II. Киев; «Червоно Рута.Турс», 2002:21.
17. Щербатюк Д. И. *Профилактика и лечение воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области*. – Кишинев; Штиинца, 1987:19-24.

INCAPACITATEA DE MUNCĂ A BOLNAVILOR CE SAU TRATAT ÎN SECȚIA DE CHIRURGIE STOMATOLOGICĂ AL IMSP CENTRUL STOMATOLOGIC MUNICIPAL

**Sergiu Popovici¹, Anatolie Pancenco², Dumitru Hîțu¹, Vasile Vlas¹,
Constantin Bicer³, Tatiana Strelîțova³**
Catedra chirurgie OMF „Arsenie Guțan”¹,
Catedra Stomatologie Ortopedică Chirurgie OMF și
Implantologie dentară, USMF „Nicolae Testemițanu”²,
IMSP Centru Stomatologic Municipal³

Summary

Inability to work that patients were treated in the Department of Dental surgery IMSP, Dental Center Municipal

65 patients (0,41%) received treatment during the period of 2009-2011 at the Municipal Stomatological Center being given medical certificates 48,43% of the patients were of 20-30 years, the majority of them 81,53% were from urban area. Odontogenic periostitis was detected in 77,41%. 56,92% of the registered cases were females. The 8th tooth he was affected in 30,2% being followed by the 5th with 4,32% were the cause of the disease which received medical certificate. The period of working disability was on an average 4,5 days.

Rezumat

Pe parcursul a 3 ani (2009 – 2011) în IMSP Centru Stomatologic Municipal sau tratat cu eliberarea certificatelor medicale 65 bolnavi, ce constituie 0,41% din numărul total de bolnavi. La 48,43 % din pacienți vârsta a fost cuprinsă între 20 – 30 ani, majoritatea pacienților 81,53 % fiind din mediul urban. Periostita odontogenă acută sa înregistrat în 77,41 %. Din toate cazurile înregistrate predomină sexul feminin cu 56,92 %. Dintele 8 în 30,2% urmat de dintele 5 cu 4,32% a fost cauza maladiei cu eliberarea foii de boală. Durata incapacității de muncă în mediu a fost de 4,5 zile/pacient.

Actualitatea

Atitudinea față de persoanele cu deficiențe fizice și mintale are o bază socială și este orientată în primul rând spre restabilirea sănătății acestor persoane în scopul reintegrării prin propriile lor posibilități în viața socială și personală. Expertiza medicală se bazează pe înaltele principii ale umanismului și deontologiei: apărarea dreptului bolnavului, explicare drepturilor bolnavului, informatizarea bolnavului, obligațiunile societății față de bolnav, familiarizarea organelor de stat și persoanelor juridice care prestează servicii de încadrare și socializare a a persoanelor cu handicap facial, familiarizarea organelor de stat și persoanelor juridice cu noile modificări juridice.

Vitalitatea constituie o îmbinare a funcțiilor fizice, psihice și sociale care constituie obiectul de bază în procesul de expertizare a capacității individului de a practica activități de muncă. Reducerea vitalității individului ca urmare a bolilor (congenitale sau dobândite – traumă sau infecțiilor) care pot duce la reducerea sau pierderea posibilității de instruire, comunicare, deplasare, orientare, autocontrol al comportamentului și autoservire [].

Medicul curant este figura principală în cazul expertizei medicale a vitalității pacientului din aceste considerente poartă o responsabilitate majoră. Pentru aprecierea vitalității bolnavului medicul curant va începe cu îndeplinirea corectă și la timp a fișei medicale care este documentul principal. Medicul trebuie să știe cum să îndeplinească foaia de boală care este principalul document în aprecierea incapacității de muncă temporare sau permanente a pacientului. Toți oamenii care lucrează beneficiază de asigurarea muncitorilor, inclusiv cu aprecierea incapacității de muncă. Medicul are dreptul și obligațiunea de a elibera buletinul de boală.

Medicii din instituții medicale private nu au dreptul să elibereze buletinul medical sau să efectueze expertiza medicală a bolnavului dar pot îndrept pacientul în instituțiile medico-sanitare de stat unde li se deschide buletin.

Medicul curant poate să elibereze foaie de boală în caz de necesitate pentru trei zile și mai apoi poate să-l prelungească înca pe trei zile, în total șase zile cu acordul șefului de secție. Prelungirea buletinului de boală mai mult de șase zile se face de către Comisia de Expertiză Medicală (CEM), în componența careia intră: medicul curant, șeful secției și directorul IMSP.

Instituția medicală în unele cazuri poate să prelungească buletinul de boală până la 4 luni, iar în unele cazuri chiar până la un an. Mai apoi decizia bolnavului este în prerogativa Comisiei de Expertiză Medicală a Vitalității (CEMV) care stabilește gradul de invaliditate.

Medicul stomatolog nu face parte din membrii CEMV dar poate fi invitat la necesitate de către președintele CEMV în calitate de consultant.

Cele relatate mai sus ne oglindesc importanța documentației medicale stomatologice cu argumentarea stării pacientului prin metode paraclinice calitative și cantitative pentru a facilita aprecierea obiectivă a vitalității pacientului.

Obiectivele

Determinarea incapacității de muncă în dependența de vârstă, sex, mediu de trai, diagnostic și metodele de tratament și datele literaturii privind expertiza medicală.

Materiale și metode

Pentru atingerea scopului au fost examinate certificatele de boală în număr de 65 (Tab. 1), acordate în secția de chirurgie stomatologică a IMSP Centru Stomatologic Municipal pe parcursul anilor 2009 – 2011.

Tabelul 1. Numărul bolnavilor căora li sau eliberat foaie de boală.

Anii	2009	2010	2011
Numărul total de bolnavi	7715	7373	7743
Buletine medicale	25	16	24

Rezultatele obținute și analiza lor

Pentru atingerea scopului au fost studiați următorii indici, ca : vârstă, sexul, mediul de trai, diagnosticul, metodele de tratament și durata incapacității de muncă .

Limitele de vârstă ale pacienților au fost cuprinse între 21 și 61 de ani, vârsta medie fiind de 34 ani. Incidența maximă s-a înregistrat în intervalele 20 – 30 de ani (48,43 %) pentru ca apoi să scadă progresiv în intervalele 41 – 50 (21,87 %) și 31 – 40 (20,31 %), ajungând la cele mai mici valori în intervalele 51–61 (9,37 %). Rezultatele obținute ne confirmă faptul că mai frecvent au fost eliberate certificate de boală persoanelor tinere, plasate activ în câmpul muncii ceea ce generează un șir de probleme sociale cu un important prejudiciu economic.

Distribuția în funcție de locul de trai a pacienților a evidențiat că marea majoritate a cazurilor de acordare a certificatelor de boală în 53 cazuri (81,53 %) au fost din orasul Chișinău și suburbiile lui și 12 cazuri (18,46 %) au fost din alte localități, cum ar fi rn. Hâncești – 2 cazuri (3,07 %), or. Sângera – 2 cazuri (3,07 %), or. Ialoveni – 2 cazuri (3,07 %), or. Anenii Noi – 1 caz (1,53 %), rn. Strășeni – 1 caz (1,53 %), rn. Fălești – 1 caz (1,53 %), rn. Criuleni – 1 caz (1,53 %), or. Bălți – 1 caz (1,53 %), or. Grigoriopol – 1 caz (1,53 %). Datele obținute ne permit a face concluzie că în 81,53% cazuri pacienții au fost din municipiul Chișinău și suburbiile lui și numai în 18,53% cazuri sunt din alte localități probabil lor li se eliberează buletin de boală la locul de trai.

Distribuția după diagnosticul pacienților carora li sa acordat certificatele de boală indică că cea mai mare incidență o are Periostita cu 76,19 % dintre care 58,33 % femei și 41,67 % bărbați fiind urmată de către Pericoronarită cu 6,35 % dintre care 75 % femei și 25 % bărbați, Distopia molarului inferior cu 3,17 % dintre care 50 % femei și 50 % bărbați, urmând Sinusita, Abcesul, Furuncul infiltrativ, Aterom infectat, Plagi contuze, Chist radicular suprainfectat, Luxația articulației temporo-mandibulare, Tumora microepidermală cervicală, Comunicarea oro-sinusală care ocupă aproximativ 14.23 % (sau câte 1, 58 % fiecare).

După datele T. Побывцова (1990) și alți autori din străinătate, în anii 90, periostita maxilarelor era o complicație inflamatorie odontogenă frecvent întâlnită, alcătuind 20 – 40% [8]. Periostita conform datelor secției de ChOMF din 2003 menționează Stoica I. și coautorii, ocupă 29,7%, astfel plasându-se pe I loc printre bolnavii cu infecții odontogene. Observăm că periostita acută nu numi după datele din staționar ci și cele din policlinici ocupă primul loc [5].

Repartizarea pe sexe a pacienților a evidențiat că 37 (56,92 %) dintre ei au fost de sex feminin, iar 28 (43,07%) de sex masculin. Este clar că partea sexului frumos atrage o mai mare atenție feței, inclusiv dinților, are o fobie mai mare de infecție și respect indicațiile medicului.

Repartizarea pacienților după anii arată că în 2009 sau adresat un numar de 25 pacienți, dintre care 14 femei (56 %) și 11 bărbați (44 %) , 19 cazuri au fost din municipiul Chișinău și suburbiile orașului, 2 cazuri au fost din rn. Hâncești , 1 caz din rn. Strășeni, 1 caz din rn. Fălești, câte un caz din or. Sângera și din rn. Criuleni. Cu Periostită sau înregistrat 21 cazuri, Sinusită acuta perforativă 1 caz, Distopia dintelui 8 - 1 caz , în 2 cazuri datele privind diagnosticul lipseau.

În anul 2010 sau adresat 16 pacienți, dintre care 8 femei (50 %) și 8 bărbați (50 %), 12 cazuri au fost din municipiul Chișinău și suburbiile orașului, 1 caz din or. Bălți, 1 caz din or. Grigoriopol, 1 caz din or. Ialoveni, 1 caz din or. Anenii Noi. Cu Periostită sau înregistrat 5 cazuri, Pericoronarită - 3 cazuri, Tumora microepitelială cervicală – 1 caz, Furuncul infiltrativ - 1 caz, Aterom infectat – 1, Chist radicular suprainfectat – 1 caz, Plăgi contuze a feței – 1 caz, Dinte inclus – 1 caz.

În anul 2011 sau adresat 24 pacienți cărora li sau eliberat foaie de boală, 15 femei (62,5 %) și 9 bărbați (37,5 %), 22 cazuri au fost din municipiul Chișinău și suburbiile orașului, 1 caz din or. Ialoveni, 1 caz din or. Sângera. Cu periostită sau înregistrat 20 cazuri, abcesul șanțului mandibular – 1 caz, luxația articulației temporo-mandibulare și comunicarea oro-sinusală câte un caz.

Repartizarea după dinții cauzali arată că cel mai des implicat este dinte 8 -30,2 % , fiind urmat de către dinții 1 , 4 – câte 13,2 %, dinte 5 – 11,32 %, dinții 6, 7 – câte 9,43 %, dinte 2 cu 7,54 % și dinte 3 – 5,66 %.

În IMSP Centru Stomatologic Municipal activează bazele a 2 catedre USMF „Nicolae Testemițanu”, Catedra Chirurgie OMF „Arsenie Guțan”, Catedra Chirurgie OMF și Implantologie Orală și Ortopedică a FMP și doi medici practici.

Incapacitatea de muncă poate fi clasificată în felul următor: I. Temporară sau permanentă. II. Totală sau parțială. III. Reversibilă sau ireversibilă. IV. Progresivă sau regresivă.

În dependența de procentajul infirmității, reducerea vitalității se clasifică după cum urmează: I. Ușoară (infirmitate până la 25 la sută). II. Moderată (infirmitatea de la 25 până la 50

la sută). III. Pronunțată (infirmitatea de la 50 până la 75 la sută). IV. Accentuată (infirmitatea mai mult de 75 la sută).

Durata totală înregistrată a incapacității de muncă pentru anii 2009 – 2011 în cadrul secției de Chirurgie a IMSP Centru Stomatologic Municipal a fost de 295 zile, în medie revenind 4,5 zile/pacient. Repartizarea pe ani a fost în felul următor: în 2009 – sau acordat 123 zile, în 2010 – 73 zile, în 2011 – 99 zile.

Repartizarea duratei de incapacitate de muncă după entitățile nozologice arată următoarele rezultate: periostita ocupă locul I cu 194 zile, fiind urmată de pericoronarită 30 zile, furuncul – 6 zile, luxația articulației temporo-mandibulare – 6 zile, comunicarea oro-sinusală – 6 zile, distopie – 6 zile, sinusita – 6 zile, plăgi ale feței - 6 zile, abces – 2 zile, periodontită cronică – 6 zile, chist radicular suprainfectat – 3 zile, Tumoră microepidermală cervicală – 7 zile, lipsă diagnostic – 17 zile. Majoritatea pacienților cărora li s-a eliberat foaie de boală au fost tratați de la început și până la sfârșit în PSM, dar au fost și alți pacienți care au început tratamentul în staționar la CNPȘMU și au continuat foaia de boală la policlinica de sector.

Metodele de tratament chirurgicale folosite în tratamentul afecțiunilor au diversi și au depins de factorii etiologici, starea generală a bolnavului, etc.

În periostită acută – se efectuează deschiderea supurației pe cale endobucală urmată de îndepărtarea factorului cauzal – extracția dentară sau tratament endodontic a dintelui cauzal în cazul când sunt posibilități de a păstra dintele.

În cazul pericoronaritei – se efectuează decapuşonarea, inciza sau după indicații radiologice extracția dentară urmată de tratament medicamentos.

În distopia molarului inferior sau superior – extracția dintelui; comunicarea orosinusală – extracția dintelui cauzal și închiderea orificiului de comunicare; abces - incizie la nivelul zonei tumefiate cu drenarea colecției; furuncul infiltrativ - incizie, chiuretaj, lavaj cu soluții antiseptice; chist radicular suprainfectat – chistotomie sau incizie; luxația articulației temporo-mandibulare – reducerea luxației; (Tumora microepidermală cervicală – se indică radioterapie); în cazul comunicarea oro-sinusală – se aplică sutura margino-marginală a gingivo-mucoasei alveolei postextractionale, sau dacă deschiderea sinusală este mare se recomandă plastia comunicării cu lambou gingival; Plăgi contuze – toaleta și suturarea plagilor.

Invaliditatea este redusă moderată, pronunțată sau accentuată a vitalității. Conform OMS - Invaliditatea – e o limitare sau insuficiență (retracție sau lipsă) a capacității de a activa în acea formă și în acea măsură, considerate normale pentru fiecare om. Invalid se consideră persoana care, în legătură cu reducerea vitalității, necesită protecție și asistență socială.

Pentru a stabili gradul de invaliditate, a cauzelor, a severității, a termenului pentru care se stabilește invaliditatea a fost instituit Departamentul de Expertiză Medicală a Vitalității (DEMVA), ce se află în subordonarea Casei Naționale de Asigurări Sociale și reprezintă unicul organ de stat cu împuterniciri plenipotențiale în recomandarea pensionării medicale. Organele de expertiză medicală a vitalității din Republica Moldova în cadrul DEMVA activează mai multe Consilii teritoriale de Expertiză Medicală a Vitalității și Consilii Medicale Consultative.

Rețeaua organelor de expertiză medicală a vitalității (consilii orășenești, raionale, interraionale și specializate) este formată în dependență de densitatea populației mature deservite (un consiliu la 120-130 mii oameni). În componența CEM raionale, orășenești și interraionale intră trei medici (chirurg, terapeut, neuropatolog), dintre care unul este determinat președinte. Pe lângă medicii sus-numiți în statele consiliului de expertiză mai intră o soră superioară, un registrator medical și o infermieră. Data stabilirii invalidității pacientului se consideră ziua în care în organul de expertiză au intrat pentru examinare documentele acestuia.

Spre expertizare în cadrul CEMVA sânt îndreptate persoane numai în vârstă aptă de muncă, care în prezent constituie pentru femei vârsta de până la 57 ani, iar pentru bărbați – până la 62 ani. CMC(Consiliu Medical Consultativ)-are funcția de a stabili invaliditatea la copii până la împlinirea vârstei de 16 ani.

Dreptul de a stabili invaliditatea se adoptă după efectuarea unui complex de măsuri de diagnosticare, tratament și de reabilitare. În cazul existenței unor indici convingători pentru a fi

încadrat în grad de invaliditate, este necesar ca persoana să întreprindă anumiți pași concreți în acest sens. Pentru a nu depune eforturi inutile, acești pași trebuie să respecte un anumit algoritm: Bază juridică pentru CEMV servește fișa de trimitere (forma F-088u) a unității sanitare din teritoriu – I pas. Efectuarea expertizei medicale a vitalității – II pas. La primul examen al pacientului în cadrul consiliului de expertiză medicală a vitalității prezența medicului – curant, de familie sau a unui reprezentant de la CEC este obligatoriu.

Indicații pentru a fi îndreptat pacientul la CEMV sunt: concediu medical acordat pentru una și aceeași boală nu depășește 4 luni sau 5 luni în cazul diferitor boli – în ultimele 12 luni calendaristice. Iar pentru bolnavii de tuberculoză – 10 luni de la începutul concediului medical sau, în caz de recidivă – 12 luni (însumate) în ultimele 12 luni calendaristice.

La stabilirea invalidității se ține cont de următoarii factori clinici, psihologici, sociali, habituali și profesionali: caracterul bolii și consecințele ei; gradul de dereglare a funcției; eficacitatea tratamentului și a măsurilor de reabilitare; starea mecanismelor compensatorii; pronosticul clinic și de muncă; posibilitatea adaptării sociale; necesitatea acordării unui ansamblu de măsuri de asistență sociale; condițiile concrete și caracterul muncii; nivelul pregătirii profesionale; vârsta, etc.

Criteriile de determinare a invalidității

Drept criterii de bază pentru determinarea invalidității servește gradul de reducere a vitalității exprimat prin diminuarea sau pierderea posibilității de instruire, comunicare, deplasare, orientare, autocontrol al compartimentului, de autoservire și de pierdere a capacității de muncă.

CEMV se conduce în activitatea sa de legi, de hotărârile respective ale Guvernului, de un set de alte acte normative ce țin de activitatea organelor de expertiză medicală a vitalității. Conform normelor internaționale unanim recunoscute, invaliditatea se stabilește atunci când infirmitatea depășește 25 la sută. Reducerea moderată, pronunțată și accentuată a vitalității este echivalentă, respectiv, cu invaliditatea de gradele III, II și I. (Aliniat I completat prin Hotărârea Guvernului Nr. 412 din 05. 07. 1993) Gradul de reducere a vitalității se apreciază în conformitate cu “Tabelul procentual privind aprecierea gradului de reducere a vitalității cauzate de dereglări morfo-funcționale și organo-specifice ca urmare a bolilor, traumelor și altor stări patologice”, aprobat de către Ministerului Sănătății [3].

Reducerea moderată a vitalității care duce la pierderea capacității de muncă, corespunde infirmității, încadrate de la 25 până la 50 la sută. Reducerea pronunțată a vitalității care duce la pierderea capacității de muncă, fără ca persoana în cauză să necesite îngrijire, corespunde infirmității, încadrate de la 50 până la 75 la sută. Reducerea accentuată a vitalității, care duce la pierderea capacității de muncă, în cazul când persoana în cauză necesită îngrijire sau ajutor permanent, corespunde infirmității, încadrate în limitele de la 75 la sută și mai mult.

Consiliile CEMV pot stabili următoarele cauze a de încadrare a invalidității: invaliditate de boală obișnuită, invaliditate de accident de muncă, invaliditate de boală profesionslă, invaliditate din copilărie, invaliditate de boală “Cernobil”, invaliditate din armată, etc.

Mai jos ne vom opri pe scurt la două feluri de invaliditate: prin accident de muncă și invaliditate din armată.

Invaliditatea din armată este invaliditatea stabilită militarilor în rezervă în urma: răniri(contuzionării, accidentului) pe front sau în timpul exercitării funcțiilor legate de serviciul militar; boli contactate pe fornt; boli(contuzionării, accidentului) contactate în termenul satisfacerii serviciului militar, dar fără vreo legătură cu executarea serviciului medical, etc. În Monitorul Oficial din 7 august 2003 este publicat baremul medical pentru stabilirea aptitudinii pentru îndeplinirea serviciului militar. În paragrafele 54 – 56 sunt stipulate ale regulamentului cu privire la expertiza medico-militară în Forțele Armate [4]. Militarilor în rezervă li se stabilește invaliditate din armată, dacă ea s-a ivit: în perioada satisfacerii serviciului militar; în termen de trei luni de la demobilizare; peste trei luni de la demobilizare în urma rănirii, contuzionării, accidentului, bolii, care au servit în perioada satisfacerii serviciului militar, fiind confirmate prin problemele respective.

Învaliditatea survenită în timpul aflării pe front se satbilește în conformitate cu legislația în vigoare a Republicii Moldova, precum și cu instrucțiunile respective. Invalizii conform legilor Republicii Moldova beneficiază de următoarele tipuri de asistență socială: îngrijire permanentă sau ajutor, asigurare cu mijloace tehnice de reabilitare (utilaj special, aparate, dispozitive inclusiv aparate ortopedice și de protezare, cărți cu litere speciale, aparate de amplificare a sunetului, semnalizatoare pentru compensarea funcțiilor dereglate ale extremităților și organelor senzoriale), asigurarea cu mijloace de deplasare(automobile, fotolii-cărucioare).

Concluzii

1. Incidența maximă sa înregistrat în limitele anilor 20 – 30.
2. Majoritatea pacienților provin din mediul urban.
3. Cea mai mare incidență o are Periostita cu 77,41 %.
4. Predomină sexul feminin (56,92 %).

Bibliografie

1. Buletin Informativ. Chișinău, 2006.
2. Stoica I., S. Ababii, N. Covalciuc. Procesele inflamatorii odontogene ale regiunii OMF, aspecte statistice. Anale științifice ale USMF “Nicolae Testemițanu”, Volumul III, Probleme clinico - chirurgicale și ale sănătății mamei și copilului, Chișinău, 2003, Pag. 376 - 380.
3. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr.412 din 05-07-1993 și nr.897 din 23-07-2003.
4. Monitorul Oficial al Republicii Moldova / august 2003, Nr. 167-169 (1260-1262), pag 57-58.
5. Безрукова В. М., Григорьянц Л. А., Рабухина Е. А., Бодолян В. А. *Амбулаторная хирургическая стоматология.* (современные методы) Москва; 2002:186.

ASPECTE STATISTICE A TRAUMATISMULUI IZOLAT AL FRACTURII DE MANDIBULĂ

Cornel Cazac, Dumitru Hîțu

Catedra de Chirurgie Oro-Maxilo-Facială “Arsenie Guțan”,
USMF ”Nicolae Testemițanu”

Summary

Statistical aspects of isolated trauma in mandible fractures

Statistical studies on facial trauma, appreciate their share from 10 to 15% of all injuries. Because of its position in facial skeleton, the jaw's form and function the mandible bone is more exposed than other bone in injuries of the face. Lower limit of age recorded was 15 years old and upper limit 76 years. The age group with the highest frequency was that of 21 years in 26 patients, representing 6.2% followed by 25 patients of 20 years representing 6%. From 1987 to 2010 the main cause of trauma was assault about 56.7%, followed by falls - 36.6%, and the third road accidents about 3%. From the patients who came in first 24 hours after getting the trauma 8.3% of them were drunk. The most commonly (70.9%) place of fracture is the angle of the jaw, because of the anatomically peculiarities. Orthopedic treatment has been used in 88.4% of cases and the surgical in 15.3% cases. Sometimes they are combined.

Rezumat

Studiile statistice, privind traumatismele faciale, apreciază o pondere a acestora la 10 – 15% din totalul traumatismelor. Prin poziția sa în splahnocraniu, prin forma și funcția ei mandibula este mult mai expusă traumatismelor decât celelalte oase ale feței. Limita de jos a