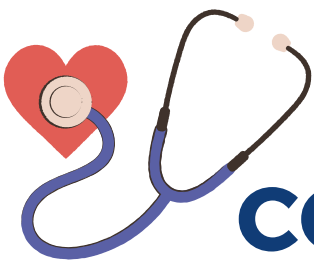


ARTICOLE ȘI REZUMATE



**CONGRESUL AL V-LEA
AL MEDICILOR DE FAMILIE
DIN REPUBLICA MOLDOVA
CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ**



MINISTERUL SĂNĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



Ministerul Sănătății Republicii Moldova

Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie “Nicolae Testemițanu”

Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
AL REPUBLICII MOLDOVA



**CONGRESUL AL V-LEA
AL MEDICILOR DE FAMILIE
DIN REPUBLICA MOLDOVA
CU PARTICIPARE INTERNAȚIONALĂ**

ARTICOLE ȘI REZUMATE

Chișinău, 17-18 mai 2024

CZU 61(082)=135.1=111
C 65

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A CĂRȚII DIN REPUBLICA MOLDOVA

Congresul Medicilor de Familie din Republica Moldova (5; 2024; Chișinău). Congresul al V-lea al medicilor de familie din Republica Moldova: cu participare internațională: Articole și rezumate : Chișinău, 17-18 mai 2024 / comitetul științific: Curocichin Ghenadie (președinte) [et al.]. – Chișinău: CEP *Medicina*, 2024. – 249 p.: fig., tab.

Cerințe de sistem: PDF Reader.

Antetit.: Ministerul Sănătății al Republicii Moldova, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Asociația Medicilor de Familie din Republica Moldova. – Texte, rez.: lb. rom., engl. – Referințe bibliogr. la sfârșitul art.

ISBN 978-9975-82-377-7 (PDF).

61(082)=135.1=111

C 65

© CEP *Medicina*, 2024
© Ghenadie Curocichin ș.a., 2024

COMITETUL ORGANIZATORIC

PREȘEDINTE

Ghenadie Curocichin - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”. Președintele asociației Medicilor de Familie din Republica Moldova

SECRETAR

Luminița Suveică - dr. șt. biol., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”.

MEMBRI:

Ana Oglindă - deputat al parlamentului Republicii Moldova. Membru Comisiei parlamentare "Comisia protecție socială, sănătate și familie"

Ala Nemereco - Ministru Sănătății al Republicii Moldova

Emil Ceban - dr. hab. șt. med., prof. univ., membru corespondent al AȘM., rector al USMF „Nicolae Testemițanu”

Stanislav Groppa - dr. hab. șt. med., prof. univ., academician al AȘM., prorector al USMF „Nicolae Testemițanu”

Olga Cernetechi - dr. hab. șt. med., prof. univ., prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”

Valeriu Revenco - dr. hab. șt. med., prof. univ., prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”

Victoria Catarina Stein – PhD, co-fondator și co-CEO, Centrul Medical al Universității din Leiden. Olanda.

Hilary Mendel - asistent medical licențiat, instructor în nursing. Carolina de nord, SUA.

Silvia Gabriela Scîntee - dr. șt. med., Director Institutul Național de Sănătate Publică, România

Diana- Loreta Păun - dr. șt. med., conf. univ., Consilier Prezidențial, România

Raluca Nica - dr. șt. med., Director executiv al Ligii Române pentru Sănătate Mintală, Romania

Hilary Mendel - asistent medical licențiat, instructor în nursing. Carolina de nord, SUA.

Codrina Ancuța - dr. șt. med., prof. univ., UMF “Grigore T. Popa” Iași, Romania

Eugen Gigel Ancuța - cercetător științific gr. I Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Elena Doamna” Iași, Romania

Victoria Condrat - manager al proiectului moldo-elvețian MENSANA

Sergiu Matcovschi - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Alexandru Corlăteanu - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Livi Grib - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Minodora Mazur - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Lucia Mazur-Nicorici - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Ninel Revenco - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Jana Chihai - dr. hab. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

Grigore Bivol - dr. șt. med., prof. consultant, USMF „Nicolae Testemițanu”

Angela Tomacinschii - dr. șt. med., director IMSP CUAMP

Georgeta Gavrilița - vicedirector medical IMSP Asociația medicală teritorială Botanică

Angela Vatamaniuc - asist. univ., Șef secție Medicina de Familie CUAMP
Virginia Șalaru - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Galina Buta - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Zarbailov - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Ivan Puiu - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Artiom Jucov - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Babin - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Lora Gițu - dr. șt. med., asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Maria Garabajiu - dr. șt. med., asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Valeria Cotelea - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Diana Chiosa - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Rodica Ignat - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandra Țopa - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Maria Muntean - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Liudmila Postica - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Ecaterina Scoarță - asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

COMITETUL ȘTIINȚIFIC

PREȘEDINTE

Ghenadie Curocichin - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”. Președintele asociației Medicilor de Familie din Republica Moldova

SECRETAR

Maria Garabajiu - dr. șt. med., asist. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

MEMBRI

Emil Ceban - dr. hab. șt. med., prof. univ., membru corespondent al AȘM., rector al USMF „Nicolae Testemițanu”
Stanislav Groppa - dr. hab. șt. med., prof. univ., academician al AȘM., prorector al USMF „Nicolae Testemițanu”
Olga Cernetechi - dr. hab. șt. med., prof. univ., prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”
Valeriu Revenco - dr. hab. șt. med., prof. univ., prorector, USMF „Nicolae Testemițanu”
Silvia Gabriela Scîntee - dr. șt. med., Director Institutul Național de Sănătate Publică, România
Diana- Loreta Păun - dr. șt. med., conf.univ., Consilier Prezidențial, România
Raluca Nica - dr. șt. med., Director executiv al Ligii Române pentru Sănătate Mintală, Romania
Codrina Ancuța - dr. șt. med., prof. univ., UMF „Grigore T. Popa” din Iași, Romania
Eugen Gigel Ancuța - cercetator științific gr.I Spitalul Clinic de Obstetrică-Ginecologie Elena Doamna Iași, Romania
Victoria Catarina Stein – PhD, co-fondator și co-CEO, Centrul Medical al Universității din Leiden, Olanda.
Vladimir Poroch - dr. șt. med., conf. univ., UMF „Gr.T.Popa” din Iași, Romania.
Laura Condur - dr. șt. med., Șef lucrări Universitatea „Ovidius” din Constanța, Romania.
Luminița Marcu – expert în nursing comunitar, Romania.
Sergiu Matcovschi - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Alexandru Corlăteanu - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Livi Grib - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Minodora Mazur - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Lucia Mazur-Nicorici - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Ninel Revenco - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Sciuca Svetlana - dr. hab. șt. med., prof. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”, membru corespondent al AȘM
Jana Chihai - dr. hab. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Grigore Bivol - dr. șt. med., prof. consultant, USMF „Nicolae Testemițanu”
Zinaida Alexa - dr. șt. med., conf. univ., USMF Nicolae Testemițanu. Vicedirector management în sănătate IMSP SCR „Timofei Moșneaga”
Virginia Șalaru - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Galina Buta - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”
Natalia Zarbailov - dr. șt. med., conf. univ., USMF „Nicolae Testemițanu”

CUPRINS

REDUCEREA POVERII BOLILOR NETRANSMISIBILE: ANCORAREA ÎN POLITICILE NAȚIONALE ȘI REGLEMENTĂRILE INTERNAȚIONALE	19
Mariana Negrean	
CUNOȘTINȚELE PERSOANELOR DIN POPULAȚIA GENERALĂ ȘI MEDICILOR DE FAMILIE PRIVIND GENETICA UMANĂ	27
Lungu Natalia, Curocichin Ghenadie, Zarbailov Natalia	
PACHETUL DE INSTRUIRE ÎN DOMENIUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNTUL PROFESIONAL MEDICAL, ORGANIZAT, INCLUSIV, PRIN ÎNVĂȚĂMÂNT DUAL	35
Mariana Negrean	
REFORMELE MEDICINEI DE FAMILIE ÎN ROMÂNIA ȘI REZULTATELE OBȚINUTE	44
Silvia Gabriela Scîntec	
SCHIMBAREA PRACTICII MEDICALE – AVANTAJELE. INSTRUIRI ÎN CASCADĂ	45
Natalia Zarbailov, Mariana Negrean, Violeta Muntean, Georgeta Gavriliță, Ala Curteanu, Helen Prytherch, Ghenadie Curocichin	
FORMARE PROFESIONALĂ PENTRU SCHIMBAREA PRACTICII MEDICALE, LECȚII ÎNVĂȚATE	46
Natalia Zarbailov, Stela Aduji, Angela Anisei, Zinaida Alexa, Ala Curteanu, Helen Prytherch, Ghenadie Curocichin	
UN CONSULT MEDICAL DE SUCCES - GHIDUL CALGARY-CAMBRIDGE	47
Natalia Zarbailov, Ivan Puiu, Ghenadie Curocichin	
ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ȘI MEDICINA PRIMARĂ	48
Vladimir Poroch, Gema Bacoanu, Eliza Maria Froicu, Liliana Mihailov, Mihaela Poroch	
A BRIEF OVERVIEW OF THE DIFFERENT TYPES OF NURSES AND THEIR ROLES AND RESPONSIBILITIES IN PRIMARY HEALTHCARE IN THE UNITED STATES	49
Hilary Mendel	
CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA	50
Buta Galina, Russu -Deliu Raisa	
CE ESTE ÎNGRIJIREA INTEGRATĂ? PRINCIPII, CONCEPTE, EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ. ROLUL INTEGRĂRII SERVICIILOR MEDICALE ȘI SOCIALE ÎN MENȚINEREA SĂNĂTĂȚII ȘI BUNĂSTĂRII POPULAȚIEI DIN COMUNITĂȚI.	51
Viktorina Stein, Mandy Andrew, Helen Prytherch, Ala Curteanu, Tatiana Dnestrean, Octavian Pascaru	
MONITORIZAREA MANAGEMENTUL PRACTICII MEDICULUI DE FAMILIE, INSTRUMENTUL EUROPEAN. EXPERIENȚA ROMÂNIEI.	53
Andrea Elena Neculau, Dr Marius Mărginean	
BEST PRACTICES IN PATIENT SATISFACTION	54
Angela Tomacinschii, Lilia Lupu, Ana Ciobanu, Svetlana Bodoi, Angela Vatamaniuc	
ARDEREA PROFESIONALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ	61
Angela Tomacinschii, Ana Ciobanu	
BURNOUT IN THE WORKPLACE	62
Angela Tomacinschii, Ana Ciobanu, Daniela Prisacaru	
MAMA ȘI COPILUL	
BOLILE NETRANSMISIBILE ASOCIATE GRAVIDITĂȚII ȘI COMPLICAȚIILE PERINATALE ELOCVENTE	64
Greuc Chiril, Petrov Victor, Pădure Valeriu, Bursacovscaia Natalia, Opalco Igor, Cojocari Victoria, Botnari Mihaela	

CONDUITA PERSONALIZATĂ A SARCINII LA GRAVIDE CU DIFERITE FORME DE DIABET ZAHARAT	70
Roșca Daniela, Petrov Victor	
ROLUL INFECȚIEI CU ASPERGILUS FUMIGATUS LA COPII CU FIBROZĂ CHISTICĂ	78
Buga Nelea, Selevestru Rodica, Balanetchi Ludmila, Tomacinschii Cristina, Șciuca Svetlana	
CALITATEA VIEȚII COPIILOR DIN FAMILII TEMPORAR DEZINTEGRATE	82
Galina Gorbunov	
NEVOILE FAMILIILOR CU COPII DIN GRUPURILE DE RISC	83
Ala Curteanu, Svetlana Șciuca, Oleg Lozan	
ETICA VACCINĂRII ÎN COPILĂRIE	94
Godea Diana, Puiu Ivan	
CUNOȘTINȚELE PĂRINȚILOR CU PRIVIRE LA SEMNELE GENERALE DE PERICOL PENTRU VIAȚA COPILULUI CU VÂRSTA MAI MICĂ DE 5 ANI: STUDIU DESCRIPTIV	95
Revenco Ninel, Horodișteanu-Banuh Adela, Cîrstea Olga, Bujor Dina, Grin Olesea	
PARENTS' KNOWLEDGE REGARDING THE GENERAL DANGER SIGNS FOR THE LIFE OF THE CHILD UNDER 5 YEARS OF AGE: A DESCRIPTIVE STUDY	96
Revenco Ninel, Horodișteanu-Banuh Adela, Cîrstea Olga, Bujor Dina, Grin Olesea	
ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN EDUCAȚIA SEXUALĂ A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR	97
Gorbataia Elena, Puiu Ivan	
OTITA MEDIE: FACTORII DE RISC AL RECIDIVĂRII, PERSISTENȚEI ȘI CRONICIZĂRII LA COPII	98
Diacova Svetlana, Ababii Ion	
ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN ASIGURAREA ACCESULUI LA SERVICII DE CALITATE DE INTERVENȚIE TIMPURIE ÎN COPILĂRIE ÎN RM	99
Puiu Ivan, Calac Marina, Daniela Bordeianu	
VACCINOTERAPIA ÎN PRACTICA OTORINOLARINGOLOGICĂ LA COPII	100
Danilov Lucian, Ababii Polina, Carauș Anastasia, Grosu Mihaela, Bugan Maria, Timuș Cristina	
DINAMICA BIOMARKERILOR DE INFLAMAȚIE ÎN STĂRILE SEPTICE LA PACIENȚII PEDIATRICI CHIRURGICALI	101
Catrinescu Aliona, Bernic Jana, Dolghier Lidia	
FACTORUL MICROBIAN ÎN INFLAMAȚIA ACUTĂ A AMIGDALELOR PALATINE LA COPII	102
Ababii Polina, Danilov Lucian, Grosu Mihaela, Bugan Maria, Carauș Anastasia, Timuș Cristina	
SINDROAME ȘI SEMNE CLINICE ÎN INFECȚIA COVID-19 LA COPII	103
Conica Corina, Selevestru Rodica, Șciuca Svetlana	
POLIPUL ANTROCHOANAL LA COPII	104
Adam Elena, Danilov Lucian, Ababii Polina, Maniuc Mihail	
PERMEABILITATEA NAZALĂ LA COPII CU RINOSINUZITĂ ACUTĂ ȘI CRONICĂ	105
Adam Elena, Maniuc Mihail, Ababii Polina, Danilov Lucian, Furculita Daniel, Cretu Carolina	
PROFILAXIA	
PROMOVAREA INTERACTIVĂ A ALIMENTAȚIEI ECHILIBRATE ȘI A ACTIVITĂȚII FIZICE ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA	107
Olga Cernelev, Luminița Suveică	
INTERACȚIUNI ÎNTRE MEDICAMENTE, SUPLIMENTE ALIMENTARE ȘI PRODUCE VEGETALE	110
Maria Cojocaru-Toma, Lucia Țurcan, Artiom Jucov, Cristina Ciobanu	
THE ROLE OF FAMILY DOCTORS IN THE RATIONAL USE OF FOOD SUPPLEMENTS. LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT	118
Jucov Artiom, Cojocaru-Toma Maria, Ciobanu Cristina	

STRATEGII DE PREVENIRE TB/HIV ÎN COMUNITATE: ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE	129
Oxana Plamadeala, Serghei Pisarenco, Valentina Vilc, Iurie Climașevschi	
CÂTEVA MOMENTE CHEIE DESPRE DEFICITUL DE VITAMINA D	137
Hinculov Cezara	
PREVENTIVE TECHNOLOGIES FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES IN THE FAMILY DOCTOR PRACTICE	138
Vlasyk Lyubov, Kolodnitska Tetiana	
EVALUAREA DINAMICII REALIZĂRII PROGRAMULUI NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI LA SUGARI ÎN IMSP AMT BOTANICA PENTRU ANII 2020-2023.....	139
Lora Gițu, Marina Golovaci, Georgeta Gavrilița	
LEGĂTURA DINTRE NIVELUL PROTEINEI C - REACTIVE ȘI CIRCUMFERINȚA ABDOMINALĂ LA TINERI	140
Chiosa Diana, Ignat Rodica, Galea-Abdușa Daniela, Butovschaia Cristina, Buza Anastasia, Levițchi Alexei, Curocichin Ghenadie	
INFLUENȚA REGIMULUI ALIMENTAR ASUPRA MODIFICĂRII MASEI CORPORALE LA FEMEI DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ TARDIVĂ.....	141
Mardare Tatiana	
INTERVENȚII MULTIPLE PENTRU FACTORI DE RISC COMPORTAMENTALI ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE.....	142
Maria Muntean	
ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENȚIA PATOLOGILOR CARDIOVASCULARE.....	143
Olga Suleac, Garabajiu Maria	
ROLUL ALIMENTAȚIEI ȘI EFORTULUI FIZIC ÎN PROFILAXIA BOLILOR CRONICE LA ADOLESCENȚI	144
Oprea Mădălina, Luminița Suveica	
IMPLICAREA ECHIPEI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DEPISTAREA PRECOCE A TULBURĂRILOR SPECIFICE DE DEZVOLTARE LA COPII.....	145
Scoarță Ecaterina	
CALITATEA APEI CA FACTOR DE RISC PENTRU SĂNĂTATEA POPULAȚIEI	146
Mariana Zavtoni, Vladimir Bernic, Raisa Migalatiev	
OBESITY AND CARDIOVASCULAR RISK.....	147
Padma RAJESH, Lorina VUDU	
ABORDAREA INTEGRATĂ A PACIENTULUI VÂRSTNIC ÎN CABINETUL DE MEDICINĂ DE FAMILIE. EVALUAREA GERIATRICĂ STANDARDIZATĂ.....	148
Laura Maria Condur, Filip Vasile Berariu	
INTEGRATED APPROACH TO ELDERLY PATIENTS IN THE FAMILY MEDICINE PRACTICE. COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT.....	150
Laura Maria Condur, Filip Vasile Berariu	
PREVENȚIA ÎMBĂTRÂNIRII PATOLOGICE- ELEMENT ESENȚIAL PENTRU SĂNĂTATE. MEDICINA LONGEVITĂȚII- O NOUĂ PARADIGMĂ A MEDICINEI MODERNE.....	152
Laura Maria Condur, Filip Vasile Berariu	
PREVENTING PATHOLOGICAL AGEING - AN ESSENTIAL ELEMENT FOR HEALTH. LONGEVITY MEDICINE - A NEW PARADIGM OF MODERN MEDICINE	154
Laura Maria Condur, Filip Vasile Berariu	
COMPLIANȚA LA TRATAMENT A PACIENTULUI CU PNEUMONIE COMUNITARĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU.....	156
Nina Chicu	

ORAL STEP-DOWN ANTIBIOTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH IE: ESC AND AHA RECOMMENDATIONS	157
Abdallah Mahamid, Natalia Loghin-Oprea	
CARACTERISTICA CAZURILOR NOI DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ LA PERSOANELE CARE TRĂIESC CU HIV	158
Ivanes Igor, Ustian Aurelia, Iavorschi Constantin, Popa Vasile, Paladi Carmina	
THE SIGNIFICANCE OF PREVENTIVE MEASURES FOR COLORECTAL POLYPS IN PRIMARY HEALTH CARE	165
Aminov David, Palii Lucian, Garabajiu Maria	
PERSONALIZED MEDICINE AND CARDIOVASCULAR DISEASES.....	166
Abdool Rahim Sooltan, Maria Garabajiu	
EVALUAREA CUNOȘTIȚELOR STUDENȚILOR MEDICINIȘTI DESPRE COMPORTAMENTUL ALIMENTAR ȘI IMPACTUL LUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII.....	167
Motelica Ilinca, Slivca Alexandru, Suveică Luminița	
MALADIILE NONTRANSMISIBILE	
NAVIGATING CARDIAC DISEASE IN DIABETIC PATIENT THROUGH INNOVATIVE THERAPY	169
Munteanu Ecaterina, Stoica Mihaela, Kapor Isheta, Scorpan Anatolie, Ciocănari Gheorghe, Sârbu Oxana, Istrati Valeriu	
ACTIVITATEA FIZICĂ RECOMANDATĂ PERSOANELOR CARE TRĂIESC CU HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ.....	176
Alexandra Țopa, Natalia Zarbailov	
CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU SIMPTOME SEVERE ALE TRACTULUI URINAR INFERIOR.....	183
Pleşacov Alexei, Tocarjevschii Iurie, Ghicavii Vitalii	
CLASIFICAREA CLINICA A BOLII DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN (BRGE)	189
Scorpan Anatolie, Bivol Grigore, Scurtu Alina, Istrati Valeriu, Sârbu Oxana, Calin Ghenadie, Stoica Mihaela	
ISCHEMIA MEZENTERICĂ CRONICĂ ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE	202
Istrati Valeriu, Scorpan Anatolie, Scurtu Alina, Karen Zaharian, Sârbu Oxana, Stoica Mihaela, Munteanu Ecaterina	
ISCHEMIA ABDOMINALĂ CRONICĂ – DIAGNOSTICUL, TRATAMENTUL ȘI EVALUAREA PACIENTULUI ÎN DINAMICĂ – CAZ CLINIC	213
Stoica Mihaela, Istrati Valeriu, Scorpan Anatolie, Scurtu Alina, Karen Zaharian, Sârbu Oxana, Munteanu Ecaterina	
POVARA ÎNGRIJITORILOR PACIENȚILOR CU MULTIMORBIDITATE	220
Virginia Șalaru, Liliana Țurcan, Ghenadie Curocichin	
ABORDAREA PACIENȚILOR CU MALADII REUMATICE AUTOIMUNE PRIN PRISMA SINDROMULUI METABOLIC LA NIVEL DE ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	224
Garabajiu Maria, Loghin-Oprea Natalia, Șalaru Virginia, Mazur-Nicorici Lucia, Sadovici-Bobeica Victoria, Cebanu Mariana, Rotaru Tatiana, Mazur Minodora	
TIROIDITA SUBACUTĂ – CAUZĂ DE ÎNTÂRZIERE DE DIAGNOSTIC, ABUZ DE INVESTIGAȚII ȘI UTILIZARE INADECVATĂ DE ANTIBIOTICE	231
Vîrtosu Ana, Harea Dumitru	
EVALUAREA PROTEINEI C REACTIVE DE ÎNALTĂ SENSIBILITATE LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU SARCOPENIE.....	239
Negară Anatolie, Șoric Gabriela, Popescu Ana, Lupașcu-Volentir Felicia, Popa Ana	
OBEZITATEA – O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ.....	240
Diana Loreta Păun	
DIAGNOSTICAREA LA TIMP A DIABETULUI ZAHARAT SALVEAZĂ VIEȚI.....	241
Cecan Ana, Cernelev Olga	

FROM PRIMARY HEALTH CARE FOR THYROID NODULES TO REDO THYROIDECTOMY AMID THE DIAGNOSIS OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA.....	242
Luminita Suveica, Oana-Claudia Sima, Ana-Maria Gheorghe, Alexandra-Ioana Trandafir, Eugenia Petrova, Adina Ghemigian, Anda Dumitrascu, Dana Manda, Adina Dragomir, Anca-Pati Cucu, Mara Carsote, Claudiu Nistor	
ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ	243
Ludmila Postica	
INSTRUMENT DE EFICIENTIZARE A SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE	244
Galina Buta, Raisa Puia, Natalia Carafizi, Olga Svetco	
ANALIZA BOLILOR APARATULUI CIRCULATOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA.....	245
Rotaru Virginia, Cernelev Olga	
MULTIMORBIDITATEA PRIN PRISMA SINDROMULUI DE FRAGILITATE LA POPULAȚIA VÂRSTNICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA	246
Ana Popescu, Gabriela Șoric, Ana Popa, Felicia Lupașcu-Volentir, Anatolie Negară	
ROLUL ALIMENTAȚIEI ÎN PATOLOGIA ONCOLOGICĂ	247
Sofia Aramă, Luminița Suveică	
PRIMARY HEALTH CARE TEAM IN EDUCATION AND SELF-CARE PRACTICES PROMOTION IN PATIENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION.....	248
Harshitha Koorliyil, Garabajiu Maria	
CALITATEA VIEȚII PROFESIONALE ȘI ECOSISTEMUL PSIHOEMOȚIONAL A LUCRĂTORILOR MEDICALI DIN SERVICIUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ	249
Kristina Sfîncă	

**Programul
Congresului V al medicilor de familie din Republica Moldova
cu participare internațională
17 mai 2024**

Sala festivă a Complexului Socio-cultural al USMF “Nicolae Testemițanu”

Ora	Activitatea	Raportor
8.00-9.00	Înregistrarea participanților	
9.00-9.10	Deschiderea Congresului V al Medicilor de Familie din Republica Moldova	Prof. Ghenadie Curocichin. Președintele AMF din Republica Moldova
9.10-9.20	Cuvânt de salut. Comisia parlamentară protecție socială, sănătate și familie	Dr. Ana Oglindă. Comisia parlamentară protecție socială, sănătate și familie
9.20-9.40	Cuvânt de salut. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova	Dr. Luminița Avornic. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova
9.40-9.50	Cuvânt de salut. Rector, USMF „Nicolae Testemițanu”	Prof. univ. Valeriu Revenco. Prorector pentru activitate curativă
9.50-10.00	Cuvânt de salut. Administrația Prezidențială. România	Dna Conf. Dr. Diana Loreta Păun. Consilier prezidențial. România
10.00-10.10	Cuvânt de salut. Biroul OMS în Republica Moldova	Dr. Daniela Demişcan, oficiul OMS de țară în Republica Moldova
10.10-10.20	Cuvânt de salut. Biroul de cooperare al Elveției în Republica Moldova	Guido Beltrani. Director
10.30-11.00	Pauza de cafea	
11.00-13.00	Ședința în plen	
11.00-11.45	Medicina de Familie și Asistența Medicală Primară: Tendințele contemporane	Prof. Ghenadie Curocichin. Președintele AMF din Republica Moldova
11.45-12.15	Ce este îngrijirea integrată? Principii, concepte, experiență internațională	Dr. Victoria Stein. Fundația Internațională pentru Îngrijire Integrată, Austria
12.15-12.30	Experiența de dezvoltare a sectorului de Asistență Medicală Primară în contextul integrării României în UE	Dr. Silvia Gabriela Scîntee MSc, PhD. Institutul National de Management al Serviciilor de Sănătate. România.
13.00-14.00	Prânz	

Sesiunea de e-postere

Complexul Socio-cultural, nivelul 2

	Prezentator Afilieră	Denumirea posterului
1.	Adam Elena Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Polipul antrochoanal la copii
2.	Adam Elena Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Permeabilitatea nazală la copii cu rinosinuzită acută și cronică
3.	Aramă Sofia Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Rolul alimentației în patologia oncologică
4.	Buga Nelea Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Rolul infecției cu <i>Aspergillus Fumigatus</i> la copii cu fibroză chistică
5.	Buta Galina Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Instrument de eficientizare a serviciilor de îngrijiri paliative
6.	Catrinescu Aliona IMSP Institutul Mamei și Copilului	Dinamica biomarkerilor de inflamație în stările septice la pacienții pediatrici chirurgicali.
7.	Cecan Ana Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Diagnosticarea la timp a diabetului zaharat salvează vieți
8.	Chiosa Diana Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Legătura dintre nivelul proteinei C - reactive și circumferința abdominală la tineri
9.	Cojocaru-Toma Maria Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Interacțiuni între medicamente, suplimente alimentare și produse vegetale
10.	Conica Corina Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Sindroame și semne clinice în infecția Covid-19 la copii
11.	Greco Chiril IMSP Institutul Mamei și Copilului	Bolile netransmisibile asociate gravidității și complicațiile perinatale elocvente
12.	Hinculov Cezara Spitalul Internațional MedPark	Câteva momente cheie despre deficitul de vitamina D
13.	Mardare Tatiana Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Influența regimului alimentar asupra modificării masei corporale la femei de vârstă reproductivă tardivă
14.	Motelica Ilinca Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Evaluarea cunoștințelor studenților mediciști despre comportamentul alimentar și impactul lui asupra sănătății.
15.	Oprea Mădălina Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Rolul alimentației și efortului fizic în profilaxia bolilor cronice la adolescenți

16.	Plamadeală Oxana IMSP Institutul de Ftiziopneumologie “Chiril Draganiuc”	Strategii de prevenire TB/HIV în comunitate: rolul asistenței medicale primare
17.	Pleșacov Alexei Direcția Asistența Medicală Spitalicească al IMSPD Serviciul medical MAI	Calitatea vieții pacienților cu simptome severe ale tractului urinar inferior
18.	Sfîncă Kristina Agenția Națională pentru Sănătate Publică	Calitatea vieții profesionale și ecosistemul psihoemoțional a lucrătorilor medicali din serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească
19.	Stoica Mihaela Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Clasificarea clinica a bolii de reflux gastro-esofagian (BRGE)
20.	Stoica Mihaela Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Ischemia abdominală cronică – diagnosticul, tratamentul și evaluarea pacientului în dinamică – caz clinic
21.	Suveică Luminita Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	From primary health care for thyroid nodules to redo thyroidectomy amid the diagnosis of papillary thyroid carcinoma
22.	Țopa Alexandra Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu”	Activitatea fizică recomandată persoanelor care trăiesc cu hipertensiunea arterială
23.	Vîrtosu Ana Spitalul Internațional MedPark	Tiroidita subacută – cauză de întârziere de diagnostic, abuz de investigații și utilizare inadecvată de antibiotice

ATELIERE ȘI SIMPOZIOANE

Atelierul 1. Managementul pacientului agresiv

17.05.2024., ora 13.30-14.30,

Complexul Socio-cultural nivel -1

Lector	Funcția
Chihai Jana	
Nastas Igor	
Maria Muntean	

Atelierul 2. Aplicarea practică a modelului Calgary-Cambridge în consultul medical

17.05.2024., ora 13.30-14.30 ,

Complexul Socio-cultural nivel -1

Lector	Funcția
Zarbailov Natalia	
Puiu Ivan	

SIMPOZIOANE

Sala Complexului Socio-cultural USMF "Nicolae Testemițanu"	Aula 12, Blocul didactic nr. 1 „Leonid Cobâleanschi”	Aula 13, Blocul didactic nr. 1 „Leonid Cobâleanschi”
13.30-14.00	13.30-14.00	13.30-14.00
Simpozion SANDOZ	Simpozion STADA	Simpozion Gedeon Richter
Strategia globală pentru managementul și prevenirea astmului în 2024 (GINA - Global Initiative for Asthma)	Hipertensiunea arterială. Conceptul Ghidului Societății Europene de Hipertensiune din 2023	Sindroamele coronariene acute și cronice.
Ce mai este nou?		
Prof. univ. Alexandru Corlăteanu	Prof. univ. Liviu Grib	Prof. univ. Valeriu Revenco. Conf. univ. Irina Cabac-Pogorevici
14.00-14.30	14.00-14.30	14.00-14.30
Managementul terapeutic al astmului bronșic	Simpozion Berlin-Chemie Menarini Tratamentul antihipertensiv contemporan. De la complianță la protecție cardio-renală	Simpozion Astra Zeneca Optimizarea terapiei insuficienței cardiace cronice la etapa de ambulator.
Conf. univ. Doina Rusu	Prof. cercet. Alexandru Carauș, Dr. șt. med. Ana Moiseeva	Prof. univ. Aurel Grosu, Dr. Daniela Bursacovschi
	Analgezie multimodală eficientă și reducerea rapidă a durerii acute Dr. Teterea Aliona. Berlin-Chemie Menarini.	

ȘEDINȚE ÎN SECȚII TEMATICE

Secția 1. Asistența integrată pacienților cu BNT

Complexul Socio-cultural al USMF “Nicolae Testemițanu”

orele 14.30-18.30

Moderatori: Dr. Laura Maria Condur, Dr. Luminița Marcu, Dr. Virginia Șalaru.

Ora	Denumirea raportului	Raportor
14:30-15:00	Asistenta Medicala Comunitara - Instrument de consolidare si dezvoltare a capacitatii Asistentei Medicale Primare de a imbunatati accesul echitabil la servicii comunitare integrate	Luminița Marcu, Director Executiv, CEDES Cercetare-Dezvoltare. România
15:00 -15:30	Rolul integrării serviciilor de asistență medicală și socială în menținerea sănătății și bunăstării populației din comunități	Tatiana Dnestrean, Expert, Proiectul Viață Sănătoasă, Republica Moldova
15:30-16:00	Evoluția producției autohtone Balkan Pharmaceuticals	Dr. Sergiu Cerlat, dr. șt. med., Director Promofarm
16:00-16:30	Provocari si solutii in terapia anticoagulanta in practica medicului de familie.	Nadejda Diaconu, dr. șt. med., Presedintele Societății de Tromboza și Hemostaza din Republica Moldova
16:30 -17:00	Pauza de cafea	
17:00 -17:15	Abordarea integrata a pacientului varstnic in cabinetul de Medicina de Familie.Evaluarea geriatrica standardizata. Capcane de diagnostic in practica medicala.	Dr. Laura Maria Condur. Șef lucrări, Universitatea „Ovidius”. Președintele AMF „Tomis” Constanța. România
17:15 -17:30	A Brief Overview of the Different Types of Nurses and their Roles and Responsibilities in Primary Health Care in the United States	Hilary Mendel, instructor în Nursing, profesor în geriatrie nursing și nursing în sănătate publică, UNCG, SUA
17:30 -17:45	Povara îngrijitorului pacientului cu multimorbiditate	Dr. Virginia Șalaru. Conf. univ., Catedra de Medicină de Familie USMF „Nicolae Testemițanu”
17:45 -18:00	Spondilartritele la interferenta dintre specialitati	Codrina Ancuța, dr. șt. med, prof. univ, UMF „Grigore T. Popa” Iași, România
18:00 -18:15	Fibrilația atrială silențioasă - de la diagnostic la tratament	Dr. Radu Darciuc. Spitalul Internațional Medpark. Chișinău.
18:15-18:30	Rezultatele studiului de alocare a timpului de lucru a echipei medicului de familie în contextul instruirilor în domeniul aplicării protocoalelor PEN 1 si PEN 2.	Dr. Alexandra Țopa. Catedra de Medicină de Familie USMF „Nicolae Testemițanu”

**Secția 2. Asistența integrată pacienților cu probleme de sănătate mintală
Blocul L. Cobâleanschi, aula nr. 12**

orele 14.30-18.30

Moderatori: Jana Chihai, dr. hab. șt. med., Raluca, Nica, dr. psihol., Lora Gîțu, dr. șt. med.

Ora	Denumirea raportului	Raportor
14:30 -15:00	Identificarea TSA la copii: abordare pragmatică	Dr. Alina Bologan. Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”
15:00 -15:30	Strategii de depistare a ADHD	Dr. Inga Deliv, conf. univ., Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”
15:30 -16:00	Utilizarea remediilor naturiste în TSA	Dr. Larisa Boronin, conf. univ., Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”
16:00 -16:30	Pauza de cafea	
16:30 -16:50	Factorii de stres în medicina de familie	Dr. Lora Gîțu. Asist. univ. Catedra de Medicină de Familie USMF „Nicolae Testemițanu”
16:50 -17:10	Recunoașterea și gestionarea stresului profesional	Dr. Jana Chihai, conf. univ., Șef Catedra de psihiatrie, narcologie și psihologie medicală USMF „Nicolae Testemițanu”
17:10 -17:30	Combaterea arderii profesionale: soluții și strategii	Dr. Psihol. Raluca Nica. Director executiv al Ligii Române pentru Sănătate Mintală
17:30 -17:50	Promovarea sănătății mintale la locul de muncă	Cristina Nestor. Consultant în Asistență Socială. Proiectul MENSANA - Suport pentru Reforma Serviciilor de Sănătate Mintală în Moldova”
17:50 -18:30	Concluzii și închiderea sesiunii	

Secția 3. Asistența integrată mamei și copilului

blocul L. Cobâleanski, aula nr. 13

orele 14.30-18.30

Moderatori: Prof. Olga Cernetchi, dr. hab. șt. med., Prof. Nelly Revenco, dr. hab. șt. med., Conf. Ivan Puiu, dr. șt. med.

Ora	Denumirea raportului	Raportor
14:30-14:55	Realizarea accesului universal la servicii de sănătate pentru copii în contextul Obiectivelor de Dezvoltare Durabilă la nivel de asistență medicală primară	Prof. Dr. Ninel Revenco, dr. hab. șt. med. Șef, Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
14:55-15:15	Funcționarea standardelor de supraveghere a copilului 0-18 ani în condiții de AMP	Dr. Olga Cîrstea. dr. șt. med., conf. univ., Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
15:15-15:30	Cunoștințele părinților cu privire la semnele generale de pericol pentru viața copilului cu vârsta mai mică de 5 ani: studiu descriptiv	Dr. Dina Bujor, Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
15:30-16:00	Mens sana in corpore ferreo - prevenția și tratamentul deficitului de fier la copil	Prof. Dr. Vasile Valeriu Lupu, As. univ. Ana Maria Laura Buga, As. Univ. Anca Adam-Răileanu, As. Univ. Elena Jechel, Conf. Dr. Ancuta Lupu.UMF "Grigore T. Popa" Iasi, Disciplina Pediatrie
16:00-16:30	O abordare moderna in tratarea deficientelor de fier pe timpul sarcinii	Eugen Gigel Ancuta, cercetator stiintific grad I, medic primar obstetrica și ginecologie. Departamentul de Cercetare Spitalul Clinic Obstetrica si Ginecologie Elena Doamna, Iasi
16:30-17:00	Pauza de cafea	
17:00-17:30	Marșul atopic în activitatea pediatrică a medicului de familie	Prof. Svetlana Șciuca, dr.hab.șt.med., membru corespondent al AȘM, USMF „Nicolae Testemițanu”
17:30-18:00	Prezervarea fertilitatii feminine, scenarii actuale și perspective	Dr. Victoria Ghimpu, Dr. Diana Alfaraj. Spitalul Internațional Medpark. Chișinău.
18:00-18:15	Promovarea interactivă a alimentației echilibrate și a activității fizice în rândul adolescenților din Republica Moldova	Dr. Olga Cernelev, dr. șt.med., Disciplina Igiena USMF „Nicolae Testemițanu”
18:15-18:30	Sănătatea fizică și psihosocială a copiilor din familiile temporar dezintegrate	Conf. Dr. Galina Gorbunov, dr. hab. șt. med. Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”

Secția 4. Asistența profilactică în cadrul AMP

blocul L. Cobâleanski, aula nr. 15

orele 14.30-18.30

Moderatori: Conf. Dr. Diana Păun, Dr. Silvia Gabriela Scîntee dr. șt. med.,

Dr. Veaceslav Gutu, Conf. Dr. Luminița Suveica.

Ora	Denumirea raportului	Raportor
14:30 -14:50	Activitățile profilactice ale echipei de AMP	Ghenadie Curocichin
14:50 -15:20	Programul Național de imunizare al Republicii Moldova. Realizări și perspective	Dr. Veaceslav Gutu, Dr. Rodica Ignat
15:20 -15:50	Obezitatea-o problema de sanatate publica	Conf. Dr. Diana Loreta Păun
15:50 -16:10	Dereglările circadiene în practica medicală	Prof. univ. Victor Vovc, dr. hab. șt. med. USMF „Nicolae Testemițanu” Dr. Diacova Svetlana
16:10 -16:20	Otita medie: factorii de risc al recidivării, persistenței și cronicizării la copii	Dr. Valeria Cotelea. Asist. univ. USMF „Nicolae Testemițanu”
16:20 -16:30	Provocările în prevenirea antibioticorezistenței în practica medicului de familie	Dr. Valeria Cotelea. Asist. univ. USMF „Nicolae Testemițanu”
16:30 -17:00	Pauza de cafea	
17:00 -17:30	Prevenția îmbătrânirii patologice - element esențial pentru sănătate. Medicina longevității - o nouă paradigmă.	Dr. Laura Maria Condur. Șef lucrări, Universitatea „Ovidius”. Președintele AMF „Tomis” Constanța. România
17:30 -18:00	Abordarea integrată a pacientului vârstnic în medicina de familie. Evaluarea geriatrică standardizată. Capcane de diagnostic în practica medicală.	Dr. Laura Maria Condur. Șef lucrări, Universitatea „Ovidius”. Președintele Asociației Medicilor de Familie „Tomis” Constanța. România
18:00 -18:30	Rolul probioticelor în contracararea disbiozei induse medicamentos	Dr. Siminiceanu Nicoleta. Colegiul Medicilor Iași

Ședința plen
Sala festivă a Complexului Socio-cultural al USMF “Nicolae Testemițanu”
18 mai 2024

Moderatori: Ghenadie Curocichin, Galina Buta, Natalia Zarbailov

Ora	Denumirea raportului	Raportor
9.00-9.15	Medicina de familie - trecut, prezent și viitor	Conf. Dr. Natalia Zarbailov, dr. hab șt. med., USMF „Nicolae Testemițanu”
9.15-9.45	Managementul calității în Asistența Medicală Primară	Dr. Angela Anisei. Șef - Direcție managementul calității serviciilor de sănătate a MS RM
9.45-10.15	Monitorizarea managementul practicii medicului de familie, instrumentul European. experiența României	Dr. Andrea Neculau, dr. șt. med., Universitatea Transilvania, Facultatea de Medicina, Brașov
10.15-10.30	Activitățile de perspectivă ale OMS în domeniul AMP în Republica Moldova	Dr. Daniela Demișcan Oficiul OMS de țară
10.30-10.45	Experiența conlucrării echipelor medicilor de familie cu CSPT	Dr. Galina Leșco. Director CSPT Neovita
10.45-11.00	Pauza de cafea	
11.00-11.15	Realizarea Programului Național de Imunizări. Studiul barierelor în fața accesului echitabil la imunizări.	Dr. Veaceslav Guțu, Vicedirector ANSP
11.15-11.30	Rolul medicului de familie în asigurarea accesului la servicii de calitate de intervenție timpurie în copilărie în Republica Moldova	Conf. Dr. Ivan Puiu, dr. șt. med. USMF „Nicolae Testemițanu”
11.30-12.00	Cunoștințele și percepțiile medicilor și mediciniștilor cu privire la violența în familie	Prof. Dr. Andrei Pădure, dr. hab. șt. med., șef Catedră, Dr. Petru Glavan, asist. univ. Catedra de Medicină legală USMF „Nicolae Testemițanu”
12.00-12.30	Îngrijirea paliativă și medicina primară	Dr. conf. Vladimir Poroch, UMF „Grigore T. Popa” Iași
12.30-13.00	Cultura siguranței pacienților în instituțiile medicale din asistență medical primară din Republica Moldova	Dr. conf. Galina Buta dr. șt. med. USMF „Nicolae Testemițanu”
13.00-14.30	ADUNAREA GENERALĂ A ASOCIAȚIEI MEDICILOR DE FAMILIE	
13.00-13.15	Raportul conducerii AMF	Ghenadie Curocichin, Președintele AMF din Republica Moldova
13.15-13.30	Raportul financiar al AMF	Ariadna Balagura
13.30-13.45	Raportul Comisiei de cenzori	Dr. Angela Tomacinschii
13.45-14.30	Procedura de alegeri a organelor de conducere a Asociației	
14.00	Încheierea lucrărilor Congresului	

REDUCEREA POVERII BOLILOR NETRANSMISIBILE: ANCORAREA ÎN POLITICILE NAȚIONALE ȘI REGLEMENTĂRILE INTERNAȚIONALE

Mariana Negrean¹

¹ Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”, Chișinău, Moldova

Abstract. Din povara bolilor, care sunt diagnosticate în țările UE, bolile netransmisibile (bolile cardiovasculare, diabetul zaharat, afecțiunile respiratorii cronice, cancerul, tulburările mintale și afecțiunile neurologice) se fac responsabile pentru 80 % din ele, și constituie principalele cauze ale deceselor ce pot fi evitate. Articolul elucidează premisele reducerii poverii bolilor netransmisibile prin racordarea politicilor educaționale, specifice învățământului profesional medical, la reglementările medicale naționale și internaționale.

Totodată, articolul abordează specificul formării competențelor profesionale specifice, axate pe prevenirea și managementul bolilor netransmisibile, la specialiștii medicali cu studii postsecundare prin prisma curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, aplicat la programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical și ajustat la reglementările documentelor normative din domeniul. În articol sunt analizate unitățile de învățare, unitățile de competențe, unitățile de conținut și abilitățile, care sunt responsabile de formarea competențelor profesionale specifice și permit implicarea asistenților medicali, în cadrul echipei interdisciplinare, în controlul bolilor netransmisibile.

Introducere. Organizația Mondială a Sănătății, în anul 1946, a propus noțiunea de *sănătate*, care a fost definită ca stare „pe deplin favorabilă atât fizic, mental cât și social, și nu doar absența bolilor sau a infirmităților”[8]. Actualmente, documentele de politici ale statului Republicii Moldova, tot mai insistent, scot în evidență valoarea sănătății, determinând *sănătatea* ca o „adevărată sursă a stabilității economice și sociale a unei societăți”[9] moderne, iar *Strategia Națională de Sănătate „Sănătatea 2030”* valorifică *sănătatea* ca „o prioritate națională, care este atât un scop în sine, cât și o premisă primordială pentru atingerea obiectivelor de dezvoltare economică durabilă și favorabilă incluziunii sociale”.

În această ordine de idei, *Strategia Națională de Sănătate „Sănătate-2030”* pune accent pe abordarea holistică a sănătății, „centrată pe persoană și pe resursele umane din sistemul de sănătate”, pentru a asigura fiecărui cetățean „dreptul fundamental la sănătate, la servicii medicale de calitate și la condiții de muncă sigure și decente”.

În conformitate cu prevederile *Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă*, adoptate în septembrie 2015 de Republica Moldova, de rând cu alte 192 state membre ale ONU, prin semnarea *Declarației Summit-ului privind Dezvoltarea Durabilă*, Obiectivul de Dezvoltare Durabilă 3 *Asigurarea unei vieți sănătoase și promovarea bunăstării pentru toți la toate vârstele* abordează trei obiective specifice:

- asigurarea acoperirii universale cu servicii medicale de înaltă calitate, care să contribuie la îmbunătățirea calității vieții;
- reducerea poverii bolilor transmisibile și *netransmisibile* prin abordarea cuprinzătoare și trans-sectorială a determinantilor sănătății;
- sporirea rezilienței sistemului de sănătate în situații ce pun în pericol sănătatea oamenilor.”

În acest context, reducerea mortalității, determinată de boli netransmisibile prin prevenire și tratament, devine o prioritate atât pentru sistemul de sănătate, cât și pentru sistemul de învățământ

profesional medical, din perspectiva formării și consolidării la viitorii specialiști medicali cu studii postsecundare și postsecundare nonterțiare al aptitudinilor de promovare a educației pentru sănătate [2].

Scopul: Evaluarea gradului de implicare în reducerea poverii bolilor netransmisibile prin ajustarea documentelor educaționale din învățământul profesional medical la prevederile actelor normative naționale și europene din domeniul medical.

Materiale și metode: Povara bolilor noncomunicabile, atât pentru sistemele de sănătate, cât și pentru economia țărilor europene este impresionantă: 63 de milioane pe oameni trăiesc cu boli cardiovasculare (2019); 2,7 milioane de oameni sunt diagnosticați cu cancer (2020); 4,3% din populația țărilor UE sunt diagnosticați cu boli respiratorii cronice (2019); 32,3 milioane de oameni sunt diagnosticați cu diabet zaharat; iar unul din nouă adulți manifestă simptome de tulburări mintale (2018) [10].

Inițiativa Uniunii Europene pentru prevenirea bolilor necomunicabile asigură stabilirea și implementarea politicilor efective de reducere a poverii bolilor netransmisibile în țările membri al Uniunii Europene pentru o perioadă de cinci ani (2022-2027). Această inițiativă stabilește acțiuni pentru elaborarea determinanților comuni ai sănătății în vederea reducerii impactului negativ al 1) bolilor neoplazice, 2) diabetului zaharat, 3) bolilor cardiovasculare, 4) bolilor respiratorii cronice, 5) sănătății mintale și a tulburărilor neurologice [6].

Planul Europei de Combatere a Cancerului [7] prevede: îmbunătățirea coordonării științifice și fortificarea inițiativelor legate de asigurarea funcționalității centrelor de cercetare în *domeniul cancerului*; susținerea inițiativelor inovative de diagnosticare a cancerului cu utilizarea metodelor instrumentale de înaltă performanță; vaccinarea, până în 2030, a fetițelor în raport de 90% și creșterea semnificativă a vaccinării băieților împotriva *Human papillomaviruses (HPV)*.

Diabetul zaharat reprezintă un grup de tulburări metabolice, care se identifică prin persistența hiperglicemiei cronice [4]. Sunt distinse două tipuri majore de diabet zaharat [5]: diabetul zaharat tip 1, caracterizat printr-o deficiență absolută sau relativă a insulinei din cauza, inclusiv, și a unei forme autoimune și diabetul zaharat tip 2, care rezultă dintr-o afectare progresivă a funcției celulelor beta ale pancreasului, combinată, de regulă, cu diferite grade de insulinorezistență.

Conform prevederilor *Healthier Together EU Non-Communicable Diseases Initiative*, „pentru a reduce povara *diabetului zaharat* în rândul populației cu risc ridicat și al persoanelor cu diabet nedagnosticat/ diagnosticat”, sistemele de sănătate trebuie să întreprindă măsuri pentru a asigura: 1) „prevenirea apariției diabetului zaharat de tip 2 în rândul populațiilor cu risc ridicat; 2) reducerea diabetul zaharat nedagnosticat prin creșterea gradului de conștientizare, screening-ul direcționat al persoanelor cu risc ridicat sau abordări de depistare precoce, într-un cadru cuprinzător de rând cu bolile cardiovasculare; 3) prevenirea/ amânarea complicațiilor prin asigurarea accesului la îngrijiri medicale de înaltă calitate pentru pacienții cu diabet zaharat; 4) sprijinirea autogestionării pacienților cu diabet zaharat; 5) implementarea modelelor de îngrijire medicală, care integrează managementul proactiv al diabetului cu îngrijiri personalizate centrate pe persoană (managementul cazului); 6) sprijinirea persoanelor cu diabet zaharat de toate vârstele și a familiilor acestora în formarea obișnuinței de a trăi cu diabet; 7) creșterea gradului de conștientizare a impactului diabetului zaharat asupra funcționării organismului și combaterea stigmatizării persoanelor cu diabet zaharat” [6].

Bolile cardiovasculare reprezintă un grup vast de tulburări, care înglobează afecțiunile inimii, bolile vasculare ale creierului și afecțiunile vaselor sanguine. Majoritate dintre aceste sunt determinate de afectarea aterosclerotică a vaselor și includ: boala coronariană cronică, boala cerebrovasculară și boala arterială periferică. Actualmente, în UE bolile cardiovasculare reprezintă principala cauză a mortalității, determinând aproximativ 1,8 milioane de decese anual, ceea ce reprezintă 37% din toate decese din UE [1]. Conform datelor oficiale, în 2019 (GBD Results Tool GHDx, healthdata.org) în UE aproximativ 63 mln. de oameni au fost diagnosticați cu boli cardiovasculare.

Pentru a consolida eforturile în prevenirea și managementul bolilor cardiovasculare, sistemele de sănătate trebuie să întreprindă măsuri pentru: 1) prevenirea apariției și progresului bolilor cardiovasculare; 2) detectarea precoce a factorilor de risc și a bolilor cardiovasculare; 3) îmbunătățirea accesului la îngrijiri medicale de înaltă calitate pentru pacienții cu BCV; 4) fortificarea capacității pacienților pentru prevenirea și autogestionarea BCV; 5) creșterea gradului de conștientizare a impactului BCV.

Bolile respiratorii cronice (CRD) reprezintă afecțiuni ale căilor respiratorii și ale altor structuri plămone, cele mai frecvente fiind: boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC), astmul bronșic, bolile pulmonare profesionale și hipertensiunea pulmonară [11]. În contextul consecințelor survenite în urma suportării COVID-19, deosebită atenție merită *fibroza pulmonară post-COVID* (PCPF), de rând cu *boala pulmonară interstițială* (ILD), care provoacă fibroză plămone.

Pentru consolidarea capacităților în prevenirea și gestionarea bolilor respiratorii cronice, sistemele de sănătate vor planifica/ organiza și implementa măsuri pentru: 1) „prevenirea debutului zaharat și progresului bolilor respiratorii cronice, în special BPOC, prin prevenirea: fumatului de tutun/ expunerea la fumul pasiv de tutun, prevenirea expunerii la substanțe chimice ocupaționale și praf; reducerea concentrației poluanților în atmosferă [12], 2) implementarea programelor de vaccinare; 3) depistarea precoce a bolilor respiratorii cronice; 4) asigurarea accesului la îngrijiri medicale de înaltă calitate, inclusiv, programe de reabilitare pentru pacienți cu CRD; 5) îmbunătățirea suportului de autogestionare a CRD” [6].

Inițiativele UE pentru bolile netransmisibile își propun să promoveze sănătatea mintală, bunăstarea și sprijinul persoanelor, care trăiesc cu *tulburări mintale*. Printre cele mai importante se enumeră (2016): accidentul vascular cerebral (42%), migrena (16%), boala Alzheimer și alte demențe (10%), meningita (8%) [12].

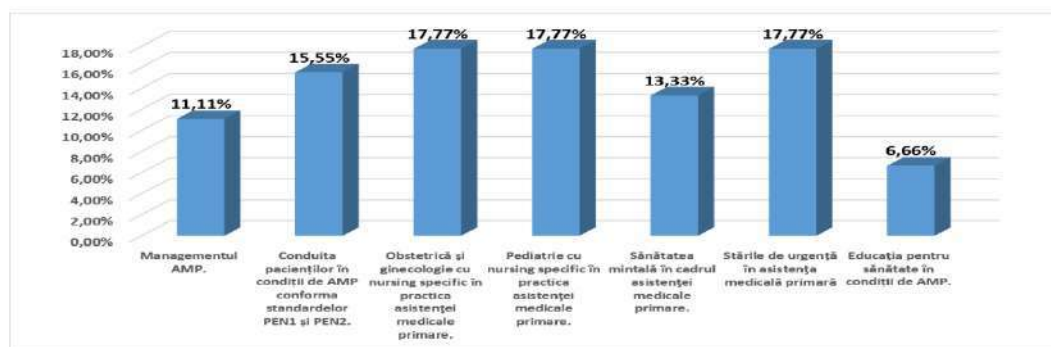
Totodată, UE recomandă următoarele domenii prioritare pentru sănătatea mintală: 1) „sprijinirea condițiilor favorabile pentru sănătatea mintală și creșterea rezilienței; 2) implementarea domeniului „sănătatea mintală” în toate politicile sistemului sănătății; 3) promovarea bunăstării mintale și prevenirea tulburărilor mintale; 4) îmbunătățirea accesului în timp util și echitabil la servicii de înaltă calitate; 5) protejarea drepturilor, sporirea incluziunii sociale și combaterea stigmatizării asociate cu problemele de sănătate mintală” [12].

Evaluarea curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu/ 2023* (Figura 1), aplicat la programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical conform Planului de învățământ, aprobat în 2022, demonstrează abordarea prioritara a bolilor netransmisibile în procesul de instruire a viitorilor asistenți medicali.

În scopul fortificării calității serviciilor medicale, acordate populației cu boli cronice, prin intermediul *asistenței medicale primare*, curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing*

comunitar și îngrijiri la domiciliu/ 2023 asigură implementarea pachetului OMS de intervenții esențiale în bolile noncomunicabile (WHO PEN) pentru asistența primară, care reprezintă un set inovator și orientat către acțiuni de intervenții.

Figura 1. Repartizarea orelor pe module, curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical



Protocoloalele standardizate PEN1 și PEN2 permit diagnosticarea precoce și gestionarea bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat, bolilor renale cronice pentru prevenirea complicațiilor care amenință viața.

Unitatea de învățare *Conduita pacienților în condiții de AMP conform standardelor PEN1 și PEN2*, ca parte componentă a curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu/ 2023*, prevede 14 ore (15,55%) și formează două unități de competențe:

UC.1 Aplicarea prevederilor Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie PEN1 întru asigurarea managementului integrat al DZ și HTA.

UC.2 Aplicarea prevederilor Protocolului clinic standardizat pentru medicii de familie PEN2 în educația pentru sănătate și consilierea cu privire la conduita sănătoasă.

Formarea unităților de competențe supra menționate este asigurată de studierea a 11 unități de conținuturi, specificate în curriculumul:

1. prevenirea atacului de cord prin prisma managementului integrat al DZ și HTA;
2. prevenirea accidentului vascular cerebral prin prisma managementului integrat al DZ și HTA;
3. prevenirea bolii renale prin prisma managementului integrat al DZ și HTA;
4. activități de educație pentru sănătate și consiliere cu privire la conduita sănătoasă;
5. estimarea riscului cardiovascular (RCV) prin utilizarea *Diagramei de predicție a riscului cardiovascular SCORE*;
6. estimarea riscului diabetului zaharat (DZ) prin utilizarea *Chestionarului FINDRISC*;
7. mesaje-cheie vizând practicarea sistematică a activității fizice;
8. mesaje-cheie vizând adoptarea unui regim alimentar sănătos;
9. mesaje-cheie vizând renunțarea la fumat;
10. mesaje-cheie vizând reducerea nivelului de consum al alcoolului;
11. consilierea cu referire la respectarea tratamentului indicat, cât și de dezvoltarea a 11 abilități specifice:

A1. Evaluarea pacientului cu HTA și DZ în vederea stabilirii simptoamelor noi, caracteristice unui atac de cord eventual.

A2. Evaluarea pacientului cu HTA și DZ în vederea stabilirii simptoamelor noi, caracteristice unui accident vascular cerebral eventual.

A3. Evaluarea pacientului cu HTA și DZ în vederea stabilirii simptoamelor noi, caracteristice bolilor renale eventuale.

A4. Transmiterea mesajelor-chieie cu privire la: dieta hiposodată și hipocalorică/ activitate fizică/ renunțarea la fumat/ reducerea consumului nociv de alcool.

A5. Transmiterea mesajelor-chieie cu privire la: igiena picioarelor, tăierea unghiilor, tratamentul bățăturilor, alegerea încălțămintei adecvate.

A6. Încurajarea pacienților cu HTA și DZ întru respectarea medicației prescrise, inclusiv cu statine.

A7. Evaluarea riscului de „picior diabetic” utilizând metode simple (de inspectare).

A8. Evaluarea RCV la pacienții cu HTA, utilizând diagrama SCORE.

A9. Evaluarea riscului de DZ, utilizând chestionarul FINDRISC.

A10. Aplicarea și interpretarea testului FAGESTRON.

A11. Aplicarea criteriilor de referire a pacienților cu HTA și DZ pentru vizitele de urgență și programate.

Unitatea de învățare *Obstetrică și ginecologie cu nursing specific în asistența medicală primară* specifică 10 ore (11,11%), dedicate serviciului de screening cervical și mamar, și propune două *unități de competență*, care asigură formarea abilităților, specifice controlului bolilor netransmisibile:

UC.1 Aplicarea prevederilor *Standardului de organizare și funcționare a serviciului de screening cervical în RM/2020* în vederea diagnosticării timpurii a stărilor precanceroase a colului uterin.

UC.2 Aplicarea prevederilor *Protocolului clinic național Cancerul glandei mamare, PCN-102/2019* în vederea diagnosticării timpurii a stărilor precanceroase a glandei mamare.

Întru asigurarea formării competențelor, care vor permite participarea asistenților medicali în screening-ul cervical și mamar, curriculumul prevede 3 *unități de conținut*:

1. procedura operațională standard pentru screening-ul cervical în RM;

2. screening-ul cervical - proceduri operaționale la nivel de AMP: a. grupuri eligibile de femei pentru screening-ul cervical; b. procedura de recrutare a femeilor pentru screening-ul cervical; c. intervalele de timp recomandate pentru screening-ul cervical; d. consilierea femeilor pre-, intra- și post-test; e. consimțământul informat; f. prelevarea probei cervicale: echipamente, materiale și consumabile necesare; g. transmiterea probei cervicale; h. managementul rezultatelor la nivelul AMP.

3. screening-ul glandei mamare: a. algoritmul palpării glandei mamare, și 9 *abilități specifice*:

A1. Identificarea stărilor precanceroase ale colului uterin.

A2. Colectarea probei citologice în conformitate cu prevederile SOP al screening-ului cervical.

A3. Recrutarea femeilor pentru screening-ul cervical, respectând prevederile *Standardului de organizare și funcționare a serviciului de screening cervical în RM/2020*.

A4. Identificarea grupurilor eligibile de femei pentru screening-ul cervical.

A5. Transmiterea mesajelor-chieie pentru consilierea pre-, intra- și post-test a femeilor eligibile.

A6. Realizarea procedurii de prelevare a probei cervicale respectând prevederile *Standardului de organizare și funcționare a serviciului de screening cervical în RM/ 2020*.

A7. Transmiterea materialului biologic, respectând prevederile *Standardului de organizare și funcționare a serviciului de screening cervical în RM/ 2020*.

A8. Comunicarea rezultatelor testului cervical conform prevederilor *Standardului de organizare și funcționare a serviciului de screening cervical în RM/ 2020*.

A9. Palparea glandei mamare conform prevederilor *Protocolului clinic național Cancerul glandei mamare, PCN-102/ 2019*.

Unitatea de învățare *Sănătatea mintală în cadrul asistenței medicale primare* preconizează 12 ore (13,33%) pentru studierea problemelor ce țin de sănătatea mintală a populației și specifică două *unități de competență*:

UC.1 Identificarea stărilor de depresie, anxietate și declin cognitiv în condiții de AMP.

UC.2 Referirea pacienților cu depresie, anxietate și declin cognitiv în condiții de AMP.

Unitățile de competență menționate sunt formate prin intermediul a 3 *unități de conținut*:

1. depresia și anxietatea la pacienții cu patologii somatice: a. anxietatea: noțiune, etiologie, manifestări clinice, diagnosticul, referirea pacienților; b. depresia: noțiune, etiologie, manifestări clinice, diagnosticul, referirea pacienților;

2. declinul cognitiv la pacienții vârstnici și după suportarea AVC: a. noțiune, etiologie, manifestări clinice, diagnosticul, referirea pacienților;

3. servicii specializate oferite în condiții de Centre Comunitare de Sănătate Mintală, și 4 *abilități specifice*:

A1. Suspectarea tulburărilor mintale și de comportament (anxietate, depresie, declinul cognitiv).

A2. Evaluarea pacientului cu anxietate, depresie, declin cognitiv.

A3. Referirea pacienților cu anxietate, depresie, declin cognitiv.

A4. Prevenirea fenomenului discriminării și inechității privind accesul și acordarea serviciilor de sănătate mintală.

Totodată, menționăm că curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* prin intermediul *unității de învățare Educația pentru sănătate în condiții de AMP* (6 ore/ 6,66%), formează la viitorii asistenți medicali două *competențe de promovare a sănătății*:

UC.1 Planificarea activităților de informare/ comunicare a mesajelor-cheie.

UC.2 Școlarizarea pacienților în cadrul AMP.

Aceste unități de competențe sunt formate prin studierea a 6 *unități de conținut*:

1. comunicarea în practica asistentului medical în cadrul AMP;

2. rolul comunicării în îngrijirea omului sănătos;

3. școlarizarea pacienților cu patologii cronice în condiții de AMP;

4. comunicarea interpersonală în situații de criză aferente vaccinării;

5. interviul motivațional;

6. mesajele-cheie - metodele de transmitere a mesajelor educaționale în promovarea sănătății, care, la rândul său, dezvoltă 2 *abilități specifice*:

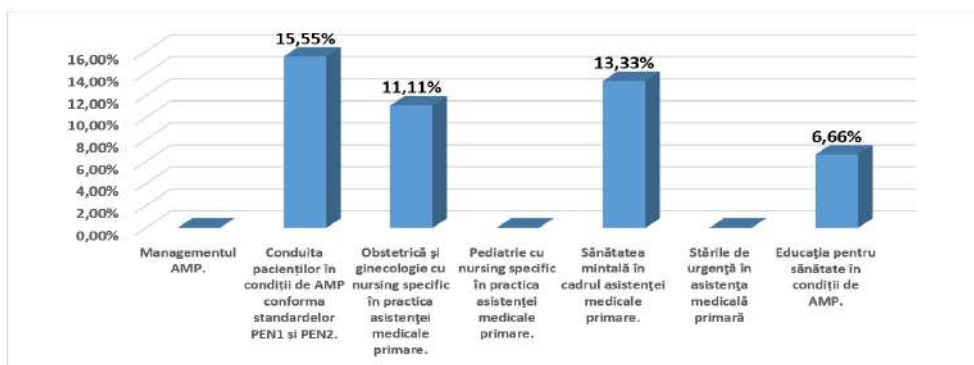
A1. Utilizarea diferitor metode și procedee de transmitere a mesajelor educaționale în promovarea sănătății.

A2. Aplicarea etapelor interviului motivațional/ consultului comportamental.

Curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* exemplifică ajustarea documentelor de politici educaționale (46,65% de ore dedicate controlului bolilor netransmisibile) din sistemul de învățământ profesional medical la cerințele reglatorii naționale și europene de control a bolilor netransmisibile (Figura 2).

Figura 2. Repartizarea orelor dedicate controlului bolilor netransmisibile pe module, curriculumul

Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical



Concluzii: În această ordine de idei, studierea modului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* va asigura valorificarea politicilor statului în domeniul sănătății, deoarece prin acțiunile sale specifice preventive, educaționale, terapeutice și de recuperare asistentul medical de familie va contribui la promovarea și menținerea sănătății în raport cu bolile netransmisibile. Totodată, însușirea conținuturilor curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* va dezvolta la asistentul medical abilitatea de activitate în echipa inter- și transdisciplinară, stabilind relații profesionale temeinice, bazate pe încredere, cunoaștere și colaborare în vederea controlului bolilor netransmisibile.

Cuvinte cheie: boli netransmisibile, obiective de dezvoltare durabilă, asistența medicală de familie.

Referințe:

1. OECD. Health at a Glance: Europe 2020. Disponibil: link: 82129230-en.pdf (oecd-ilibrary.org).
2. Profilul ocupațional Domeniul Sănătate, specialitatea Medicină, calificarea Asistent medical, aprobat prin OMSMPS RM nr. 964 din 17.08.2018.
3. Raport de progres privind implementarea Agendei 2030 pentru Dezvoltare Durabilă în Republica Moldova. Disponibil: https://cancelaria.gov.md/sites/default/files/raport_de_progres_odd_2023_vf15_09_2023_final.pdf.
4. WHO: Classification of diabetes mellitus 2019. Link: 9789241515702-eng.pdf (who.int).
5. <https://www.who.int/news-room/factsheets/detail/diabetes>.
6. https://health.ec.europa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-document_en.
7. https://health.ec.europa.eu/publications/factsheet-europes-beating-cancer-plan_en.

8. <https://ro.wikipedia.org/wiki/S%C4%83n%C4%83tate>
9. <file:///C:/Users/User/Downloads/94588.pdf>
10. https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-04/ncd_initiative_faq_en.pdf
11. <https://www.who.int/health-topics/chronic-respiratory-diseases>
12. <https://www.who.int/news-room/feature-stories/detail/what-are-the-who-airquality-guidelines>

CUNOȘTINȚELE PERSOANELOR DIN POPULAȚIA GENERALĂ ȘI MEDICILOR DE FAMILIE PRIVIND GENETICA UMANĂ

Lungu Natalia^{1,2}, Curocichin Ghenadie², Zarbailov Natalia^{2,3}

¹ IMSP Asociația Medicală Teritorială Botanica, CMF Nr. 3

² Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

³ Proiectul Moldo-Elvețian „Reducerea poverii bolilor netransmisibile”

Rezumat

Introducere. Medicina personalizată vizează individualizarea prevenției, diagnosticării, tratamentul bolilor, ceea ce este determinat genetic, de vârstă, alimentație, statut de sănătate și mediu. Implementarea cu succes a abordărilor personalizate în asistența medicală constă în educația genetică și conștientizare atât a medicilor, cât și pacienților. **Scopul** acestui studiu a constat în evaluarea cunoștințelor persoanelor din populația generală privind genetica umană pentru comparare cu nivelul cunoștințelor medicilor de familie și elaborarea recomandărilor pentru cercetare și educație. **Material și metode.** Studiul reprezintă un studiu observațional caz-control realizat în cadrul AMT Botanica, municipiul Chișinău în perioada 26.02.2024-05.03.2024. Chestionarele pe suport de hârtie au fost distribuite. Fiecare medic de familie a primit două copii, una a fost completată personal și cea de a doua - oferită reprezentantului din populația generală considerat pereche. **Rezultatele** obținute au demonstrat un nivel mai bun de cunoștințe în grupul medicilor de familie - mai mult de șapte întrebări au fost acoperite cu răspunsuri rata fiind mai mare de 90%. Cele mai slabe cunoștințe au fost la întrebarea despre polimorfism de nucleotide, ce a confirmat nevoia de educație continuă în genetica umană. **În concluzie**, medicii de familie, de rând cu reprezentanții populației generale, nu au răspuns integral corect nici la o întrebare, ce sugerează necesitatea unor intervenții educaționale. Scorul total privind cunoștințele despre genetica umană calculat pentru ambele grupe a constituit 79,9% și 75,5%, respectiv. Acest scor nu a deviat considerabil de 76% - scorul raportat de către Schmidlen și colab. (2016) pentru 4062 de respondenți din populația generală. **Cuvinte cheie:** genetica umană, cunoștințe populația, medicii de familie.

Introducere. Medicina personalizată se referă la un model, care caracterizează fenotipurile și genotipurile persoanelor pentru elaborarea strategiei terapeutice potrivite pentru persoana potrivită la momentul potrivit și/sau pentru a determina predispoziția la o boală și/sau pentru a oferi în timp util o prevenție specifică. [1] Medicina personalizată este un domeniu nou în evoluție, care vizează utilizarea diferitor teste de diagnostic pentru a determina care tratamente medicale vor funcționa cel mai bine pentru fiecare pacient în parte. [2] Progresul medicinei personalizate subliniază importanța acesteia.

În ultimele decenii au apărut mai multe dovezi care indică faptul că o parte substanțială a variabilității răspunsului la medicamente este determinată genetic, vârstă, nutriție, starea de sănătate, expunerea la mediu înconjurător, factorii genetici și terapia concomitentă joacă un rol important. [3]

Ultimul deceniu a prezentat un ritm fără precedent de avansare în științe medicale condus de tehnologiile genomice. Costul secvențierii a scăzut drastic și astfel publicul larg are acces mai

ușor la testarea genetică și identificarea genomilor. Este mai probabil ca societatea să realizeze avantajele farmacogeneticii, un motor major al medicinei personalizate. [4]

Medicina preventivă și progresele în genomică asigură că identificarea trăsăturilor individuale, a factorilor de risc și predicția bolilor latente pot permite dezvoltarea unor intervenții personalizate și astfel scad probabilitatea dezvoltării bolii. În prezent există teste genetice pentru peste 1500 boli, dintre care un număr sunt direct disponibile publicului. La începutul anilor 1980 mai multe companii private au început să ofere teste genetice direct cetățenilor. [11]

Profilul genetic al fiecărui individ este unic și joacă un rol semnificativ în absorbția, interacțiunea, descompunerea și eliminarea medicamentelor, procese care susțin răspunsul la medicamente, scopul final al medicinei genomice și al farmacologiei este de a permite individualizarea diagnosticului, analizei și tratamentului diferitor boli pe baza structurii genetice a pacientului. [5,7] Testarea farmacogenetică poate reduce răspunsurile adverse la medicamente și poate îmbunătăți eficacitatea tratamentului medicamentos, de asemenea poate măsura variația genetică fie moștenită, fie dobândită și poate informa selecția și/sau doza medicamentului. [6] Testarea genetică permite screening-ul genomului uman pentru polimorfisme genetice care se asociază cu boala, ceea ce la rândul său a condus la identificarea diferitelor gene de risc care cresc susceptibilitatea la boli genetice. În plus testarea genetică a devenit esențială pentru confirmarea diagnosticului clinic al mai multor boli autoimune. [6]

Factorii genetici și de mediu joacă un rol cheie în dezvoltarea multor tulburări de hipersensibilitate, cum ar fi astmul și alergiile la anumite medicamente și alimente, astfel încât testele genetice pot fi utilizate și pentru a prezice reacția unui individ la un anumit medicament sau aliment. Evaluarea cunoștințelor și atitudinii populației față de testarea genetică este într-adevăr esențială pentru dezvoltarea unor strategii mai bune pentru a face testarea genetică mai familiară și mai acceptabilă de către public, pentru a preveni tulburările genetice. [7]

Sănătatea publică nu poate ignora genomics. Cunoștințele științifice despre contribuțiile genetice la bolile cronice comune, precum cancerul, bolile cardiovasculare și diabetul sunt în creștere, ceea ce ar putea duce la mai multă medicină preventivă bazată pe genom. Întrebările privind utilizarea potențială a informațiilor genomice în prevenirea bolilor se referă la utilitatea clinică a testelor predictive, disponibilitatea intervențiilor eficiente și de asemenea acceptarea publicului a genomics preventive. [8]

În timp ce s-a scris mult despre beneficiile medicinei personalizate pentru a determina răspunsul la anumite tratamente farmacogenomice, s-au făcut lucrări limitate pentru a lua în considerare implicațiile clinice, psihosociale și de cost pentru consumatorii abordărilor de testare genetică și de medicină personalizată. Acest lucru duce la întrebări cu privire la reacțiile pacienților la identificarea ca respondenți față de cei care nu răspund la terapiile țintite, informații despre riscul acestora și prognostic. O dată cu apariția schimbărilor majore în practica clinică, apar mai multe oportunități potențiale pentru pacienți, însă nu se cunoaște suficient despre perspectivele și preferințele pacienților pentru abordarea medicinei personalizate. Înțelegerea detaliată a receptivității publicului la medicina personalizată informează modul în care părțile interesate modifică și dezvoltă programele existente pentru a satisface nevoile reale ale consumatorilor. [9] Adoptarea și implementarea medicinei genomice și farmacogenomicii au fost foarte lente și limitate la nivel mondial. Bariere majore pentru transpunerea cunoștințelor în practica clinică constă în nivelul de alfabetizare a publicului larg. [5]

Educația genetică joacă un rol cheie în menținerea publicului larg informat cu privire la noile evoluții în medicina personalizată, în cele din urmă, obiectivul medicinei personalizate va fi realizat pe deplin doar cu o populație bine informată, care poate înțelege implicația geneticii pentru propria îngrijire a sănătății și pot deveni participanți activi la acest proces. [10]

Scopul acestui studiu a constat în evaluarea cunoștințelor persoanelor din populația generală privind genetica umană pentru comparare cu nivelul cunoștințelor medicilor de familie și elaborarea recomandărilor pentru cercetare și educație.

Materiale și metode. Studiul reprezintă un studiu observațional caz-control realizat în cadrul AMT Botanica, municipiul Chisinau, cu implicarea pacienților și medicilor de familie. Chestionarul pentru sondaj a fost selectat din articolul Schmidlen, 2016, tradus în limba română și adaptat. [10] Studiul a fost realizat fără a oferi careva informație în genetică și testare genetică, iar chestionarul propriu a inclus 15 întrebări despre cunoștințe genetice și 8 întrebări privind datele generale ale participantului. Prin intermediul a șefelor centrelor medicilor de familie 200 de chestionare pe suport de hârtie au fost distribuite către medicii de familie. Fiecare medic de familie a primit două copii: una dintre care a fost completată de ei personal, și cea de a doua oferită pacientului considerat pereche după două criterii vârstă și statut social. Studiul s-a desfășurat în perioada 26.02.2024-05.03.2024. Colectarea datelor a fost anonimă. Returnarea chestionarelor a fost efectuată prin intermediul managerilor. Chestionarele nevalide au fost excluse din analiză. Răspunsul nu a fost primit din partea la 3 perechi medic – pacient din motive obiective. Total au fost excluse 26 de chestionare și perechea acestor. Rata de răspuns a constituit 72%. Datele obținute au fost generalizate și divizate în 2 grupuri pentru analiză și comparare.

Rezultate: La studiu au participat cu rată majoritară femei, 57 (89,1%) - pacienți, și 58 (90,6%) - medici de familie. Conform vârstei participanților marea majoritate au fost în grupul de vârstă 40-65, dintre care 40 (62,5%) – pacienți și 46 (71,9%) – medici de familie (Tab. 1).

Tabelul 1. Divizarea respondenților conform vârstei.

Ce vârstă aveți?	Pacienți	Medici de familie
18-39	21 (32,8%)	13 (20,3%)
40-65	40 (62,5%)	46 (71,9%)
>65	1 (1,6%)	2 (3,1%)
nu au răspuns la întrebare	2 (3,1%)	3 (4,7%)

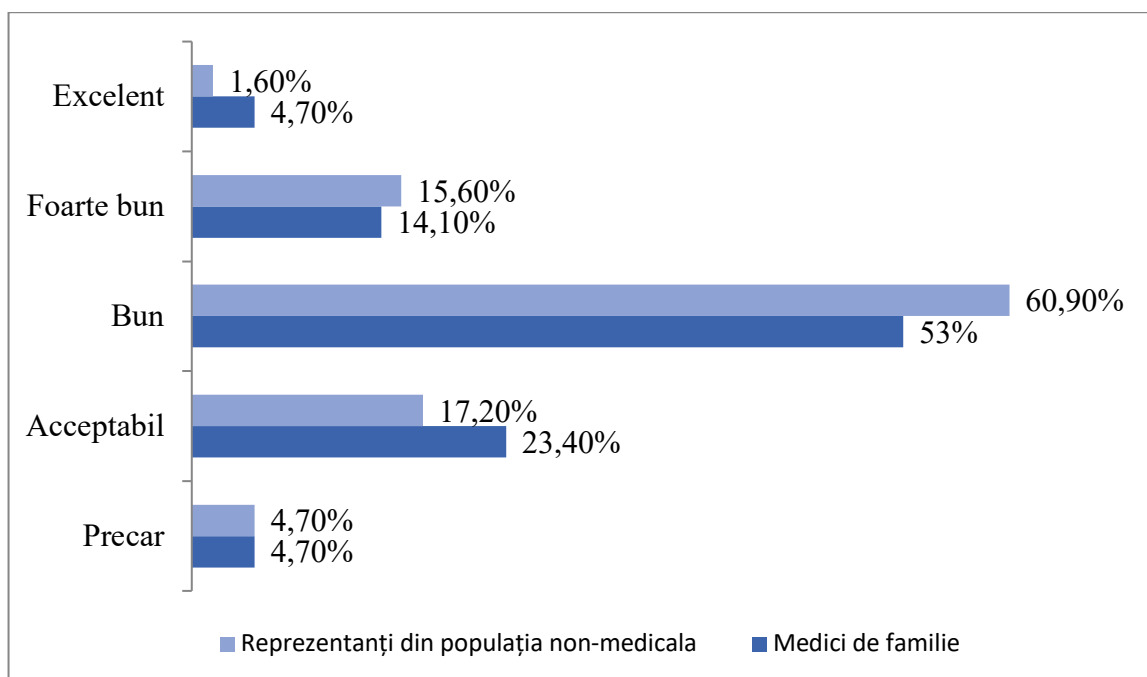
Toți medicii de familie au beneficiat de studii superioare 49 (76,6%) și postuniversitare 15 (23,4%). Printre persoanele din populația generală studii superioare au avut 24 (37,5%) și postuniversitare 3 (4,7%) persoane, restul raportând studii superioare incomplete - 4 (6,2%), medii speciale - 30 (46,9%), liceale - 2 (3,1%) și gimnaziale - 1 (1,6%). Numărul persoanelor asigurate din rândul pacienților nu diferă considerabil și constituie 62 (96,9%).

Tabelul 2. Divizarea respondenților conform studiilor și ocupației.

Nivelul de studii	Pacienți	Medici de familie
Gimnaziale	1 (1,6%)	0
Liceale	2 (3,1%)	0
Medii speciale	30 (46,9%)	0
Superioare incomplete	4 (6,2%)	0
Superioare	24 (37,5%)	49 (76,6%)
Postuniversitare	3 (4,7%)	15 (23,4%)
Sunt persoană asigurată	62 (96,9%)	64 (100%)

Pentru a fi siguri că este eligibilă compararea acestor două grupe de respondenți a fost propusă întrebarea privind starea de sănătate. Devieri considerabile în aprecierea statutului de sănătate nu s-au observat (Fig. 1).

Figura1. Aprecierea statutului de sănătate, reprezentanți din populația non-medicală vs. medici de familie.



Chestionarul propriu-zis a inclus 15 întrebări tematice care sunt prezentate în tabelul 3. Chestionarul a inclus întrebări care cuprind aspecte generale ale geneticii. Prima întrebare s-a referit la posibilitatea de a vedea gena cu ochiul liber. Răspunsul fals a fost oferit de către 56 (87,5%) pacienți, cât și 58 (90,6%) medici de familie. Au relatat că genele se află în celule 53

(82,8%) pacienți și 59 (92,2%) medici de familie. Au considerat că o genă este un fragment de ADN 59 (92,2%) pacienți și 62 (96,9%) medici de familie. În opinia a 58 (90,6%) pacienți și 60 (93,8%) medici de familie, o genă este o parte a unui cromosom. Răspunsul afirmativ la întrebarea toate părțile corpului au aceleași gene a fost oferit de 44 (68,7%) pacienți și 41 (64,1%) medici de familie. Afirmatia că o persoană are aproximativ 20000 gene a fost susținută de 45 (70,3%) pacienți și 43 (67,2%) medici de familie.

Printre întrebări au fost incluse și întrebări despre transmiterea ereditară a bolilor. S-a constatat că la întrebarea că părinții sănătoși pot avea un copil bolnav au răspuns afirmativ 53 (82,8%) pacienți și 59 (92,2%) medici de familie. Că toate bolile grave sunt ereditare a fost infirmat de 56 (87,5%) pacienți și 59 (92,2%) medici de familie. Conform rezultatelor, 27 (42,2%) pacienți și 40 (62,5%) medici de familie, au negat că copilul purtător a unei gene de boală este întotdeauna și purtător ale aceleiași boli.

La întrebările referitor la boli, s-au obținut, 58 (90,6%) reprezentanți din populație și 59 (92,2%) medici de familie consider că debutul anumitor boli se datorează genelor, mediului și stilului de viață. Totodată, 51 (79,7%) reprezentanți din populație și 57 (89,1%) medici de familie susțin că purtătorul unei gene a bolii poate fi complet sănătos. Afirmatia, că rasa și etnia unei persoane pot afecta probabilitatea de a se îmbolnăvi de o anumită boală, a fost susținută de 36 (56,3%) reprezentanți din populație și 52 (81,3%) medici de familie. Din rândul pacienților 53 (82,8%) de respondenți și 58 (90,6%) medici de familie consideră că fiecare dintre noi are variații în genele noastre, care fac mai probabil să ne îmbolnăvim de anumite boli. În același timp, un număr egal de 50 (78,1%) persoane din populație și medici de familie sunt de accord că o boală complexă este o afecțiune cauzată de multe gene, stil de viață și mediu.

Întrebarea 15, a fost o întrebare tehnică, care a afirmat că un singur polimorfism de nucleotidă este o variație prezentă la unii indivizi, care se întinde pe o secțiune mare a ADN-lui. Din tabel se observă că la această întrebare au răspuns adecvat 26 (40,6%) și 20 (31,2%) medici de familie.

Tabelul 3. Cunoștințe genetice privind genetica umană pacienți vs medici de familie.

Întrebare	Răspuns așteptat	Pacienți (n=64)	Medici (n=64)
1. Este posibil să vedeți o genă cu ochiul liber?	Fals	56 (87,5%)	58 (90,6%)
2. Părinții sănătoși pot avea un copil bolnav?	Adevărat	53 (82,8%)	59 (92,2%)
3. Debutul anumitor boli se datorează genelor, mediului și stilului de viață?	Adevărat	58 (90,6%)	59 (92,2%)
4. Purtătorul unei gene a bolii poate fi complet sănătos?	Adevărat	51 (79,7%)	57 (89,1%)
5. Toate bolile grave sunt ereditare?	Fals	56 (87,5%)	59 (92,2%)
6. Genele se află în celule?	Adevărat	53 (82,8%)	49 (76,6%)

7. Copilul purtător a unei gene de boală este întotdeauna și purtător ale aceleiași boli?	Fals	27 (42,2%)	40 (62,5%)
8. O genă este un fragment de ADN?	Adevărat	59 (92,2%)	62 (96,9%)
9. O genă este o parte a unui cromosom?	Adevărat	58 (90,6%)	60 (93,8%)
10. Toate părțile corpului au aceleași gene?	Adevărat	44 (68,7%)	41 (64,1%)
11. S-a estimat că o persoană are aproximativ 20000 gene.	Adevărat	45 (70,3%)	43 (67,2%)
12. Rasa și etnia unei persoane pot afecta probabilitatea de a se îmbolnăvi de o boală.	Adevărat	36 (56,3%)	52 (81,3%)
13. Fiecare dintre noi are variații în genele noastre, care fac mai probabil să ne îmbolnăvim de anumite boli.	Adevărat	53 (82,8%)	58 (90,6%)
14. O boală complexă este o afecțiune cauzată de multe gene, stil de viață și mediu.	Adevărat	50 (78,1%)	50 (78,1%)
15. Un singur polimorfism de nucleotidă este o variație prezentă la unii indivizi, care se întinde pe o secțiune mare a ADN.	Fals	26 (40,6%)	20 (31,2%)

Discuții. Informația genetică este acum o parte integrantă a evaluării riscului și constituie o resursă pentru unii indivizi, care pot decide să facă față factorilor de risc (de exemplu, fumatul, dieta, exercițiile fizice și consumul de alcool), optând pentru tratamente profilactice specifice sau screening-uri clinice. [11] Îngrijirea sănătății adaptată caracteristicilor și nevoilor unui individ, este în curs de dezvoltare rapidă. Un domeniu științific interesant și emergent este cel al testării genetice personale-risc de boală, care își propune să estimeze riscurile de dezvoltare a unor boli cronice comune specifice în viitor, pe baza profilului genetic. Spre deosebire de testarea tradițională în mediul medical, care este adesea de natură diagnostică, testarea genetică personală riscului de boală este în cea mai mare parte non-diagnostic, dar are un caracter preventiv. [12]

Datele obținute confirmă, că grupele formate ca perechi dintre reprezentanții din populația non-medicală și medici de familie au fost comparabile. A variat evident nivelul de studii și ocupația profesională. Deseori au fost recrutate de medicii de familie persoanele cu studii gimnaziale, liceale și medii speciale. Punctul important care a confirmat oportunitatea comparării celor două grupe de respondenți a fost statutul de sănătate declarat ca acceptabil, bun, foarte bun și excelent de 95% dintre respondenți din ambele grupe, în proporții egale sau aproximativ egale.

Este vizibil că medicii de familie de rând cu pacienții, nu au răspuns integral corect nici la o întrebare. Cea mai cunoscută întrebare despre genetica umană pentru ambele grupuri incluse în studiu a fost „O genă este o bucată de ADN”, răspuns corect oferit de către 92% persoane din populație și 97% medici de familie. Întrebările la care s-a răspuns corect de mai mult de 90% medici de familie au inclus următoarele: *Este posibil să vedeți o genă cu ochiul liber; Părinții sănătoși pot avea un copil bolnav; Debutul anumitor boli se datorează genelor, mediului și stilului*

de viață; Toate bolile grave sunt ereditare; O genă este o bucată de ADN; O genă este o parte a unui cromosom; Fiecare dintre noi are variații în genele noastre, care fac mai probabil să ne îmbolnăvim de anumite boli; legate de ereditate, aspecte generale ale geneticii și boli; - total șapte întrebări.

La afirmația „O boală complexă este o afecțiune cauzată de multe gene, stil de viață și mediu”, reprezentanții populației și medicii de familie au răspuns corect în mod egal (78,1%), ce indică o preocupare holistică pentru sănătate.

Întrebarea la care au fost date cele mai puține răspunsuri corecte este „Un singur polimorfism de nucleotidă este o variație prezentă la unii indivizi, care se întinde pe o secțiune mare a ADN”. Competența persoanelor din populație s-a dovedit a fi mai înaltă - 40,6%, în comparație cu medicii de familie - 31,2%. În același timp se observă două întrebări rata răspunsurilor corecte oferită de medicii de familie a fost mai joasă decât răspunsurile medicilor de familie: genele se află în celule 76,6% vs. 82,2%; toate părțile corpului au aceleași gene 64,1 % vs. 68,7%. La întrebarea „Copilul purtător a unei gene de boală este întotdeauna și purtător ale aceleiași boli” nivelul de competență a persoanelor din populație în comparație cu medicii a fost mai jos, 42,2% vs. 62,5%.

Scorul total privind cunoștințele despre genetica umană calculat pentru ambele grupe nu a variat considerabil și a constituit 75,5% pentru și 79,9% pentru medicii de familie. În comparație cu articolul original Schmidlen și colab. (2016), scorul total privind cunoștințele despre genetica umană pentru un lot de 4062 de respondenți, dintre care 674 profesioniști din domeniul sănătății, a constituit 76 %. Deci, rezultatele obținute în studiul propriu sunt comparabile cu rezultatele autorilor chestionarului. În același timp, alfabetizarea genomică a comunității din Emiratele Arabe Unite, ca parte a eforturilor de implementare a medicinei de precizie și personalizate în țară, a fost raportată la nivel de 7%. [13]

Limitări ale studiului. Limitele acestui studiu constau în faptul că a fost invitați în studiu eșantion mic limitat de area geografică - mun. Chișinău, distriictul Botanica. Participanților nu li s-au oferit informații educaționale înainte de a fi chestionați, după exemplu articolului model. În studiul organizat se observă tendința medicilor de a implica drept respondenți asistentele medicale și alți lucrători medicali, însă aceștia nu reprezintă populația generală și opinia lor poate fi diferită. Din acest motiv, materialul obținut a fost verificat cu acuratețe și toate cazurile dubioase au fost excluse din analiză.

Concluzii. Medicii de familie incluși în cercetare au confirmat un nivel foarte apropiat de cunoștințe în domeniul geneticii umane cu respondenții din populația generală. Se poate concluziona că neutilizarea cunoștințelor în domeniul geneticii umane în practica cotidiană a medicilor de familie în timp le diminuează la unele componente.

Nivelul actual de cunoștințe depistat în grupul reprezentanților din populație și medicilor de familie poate deveni impediment în aplicarea Medicinii personalizate. În acest sens, intervențiile cu scop educațional privind genetica umană cu ulterioara aplicare practică vor fortifica implementarea Medicinii personalizate.

Declarația de conflict de interes. Nu exista nici un conflict de interes.

Declarația de finanțare. Cercetarea este în cadrul programului de doctorat 331.03 Medicină socială și management, perioada 2022-2027, IP USMF „Nicolae Testemițanu”, extras din ordin nr. 736-SU.

Bibliografie:

1. Concluziile Consiliului privind Medicina Personalizată pentru pacienți. www.permed2020.eu
2. Hassan, M.; et al. Innovations in Genomics and Big Data Analytics for Personalized Medicine and Health Care: A Review. *Int. J. Mol. Sci.* 2022, 23, 4645. <https://doi.org/10.3390/ijms23094645>
3. Vogenberg FR, Isaacson Barash C, Pursel M. Personalized medicine: part 1: evolution and development into theranostics. *P T.* 2010 Oct;35(10):560-76. PMID: 21037908; PMCID: PMC2957753.
4. Lee IH, Kang HY, Suh HS, et al. Awareness and attitude of the public toward personalized medicine in Korea. *PLoS One.* 2018 Feb 16;13(2):e0192856. doi: 10.1371/journal.pone.0192856. Erratum in: *PLoS One.* 2018 Apr 9;13(4):e0195847. PMID: 29451916; PMCID: PMC5815591.
5. Rahma, AT, Ali, BR, Patrinos, GP et al. Cunoștințe, atitudini și percepții ale populației multi-etnice din Emiratele Arabe Unite cu privire la medicina genomică și la testarea genetică. *Hum Genomics* 17, 63 (2023). <https://doi.org/10.1186/s40246-023-00509-0>
6. Haga SB, O'Daniel JM, Tindall GM, et al. Survey of US public attitudes toward pharmacogenetic testing. *Pharmacogenomics J.* 2012 Jun;12(3):197-204. doi: 10.1038/tpj.2011.1. Epub 2011 Feb 15. PMID: 21321582; PMCID: PMC3139751.
7. Khdaire SI, Al-Qerem W, Jarrar W. Knowledge and attitudes regarding genetic testing among Jordanians: An approach towards genomic medicine. *Saudi J Biol Sci.* 2021 Jul;28(7):3989-3999. doi: 10.1016/j.sjbs.2021.04.004. Epub 2021 Apr 20. PMID: 34220256; PMCID: PMC8241592.
8. Vermeulen E., et al. Public attitudes towards preventive genomics and personal interest in genetic testing to prevent disease: a survey study, *European Journal of Public Health*, Volume 24, Issue 5, October 2014, Pages 768–775, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckt143>
9. Garfeld S, Douglas MP, MacDonald KV, et al. Consumer familiarity, perspectives and expected value of personalized medicine with a focus on applications in oncology. *Per Med.* 2015 Jan 1;12(1):13-22. doi: 10.2217/pme.14.74. PMID: 25620993; PMCID: PMC4303575.
10. Schmidlen TJ, et al. Genetic Knowledge Among Participants in the Coriell Personalized Medicine Collaborative. *J Genet Couns.* 2016 Apr;25(2):385-94. doi: 10.1007/s10897-015-9883-z. Epub 2015 Aug 27. PMID: 26306685; PMCID: PMC4769688.
11. Oliveri S., et al. "Health Orientation, Knowledge, and Attitudes toward Genetic Testing and Personalized Genomic Services: Preliminary Data from an Italian Sample", *BioMed Research International*, vol. 2016, Article ID 6824581, 9 pages, 2016. <https://doi.org/10.1155/2016/6824581>
12. Stewart KFJ, Kokole D, Wesselius A, et al. LADM. Factors Associated with Acceptability, Consideration and Intention of Uptake of Direct-To-Consumer Genetic Testing: A Survey Study. *Public Health Genomics.* 2018;21(1-2):45-52. doi: 10.1159/000492960. Epub 2018 Oct 25. PMID: 30359983; PMCID: PMC6425853
13. Rahma AT, Ali BR, Patrinos GP, Ahmed LA, Elbarazi I, Abdullahi AS, Elsheit M, Abbas M, Afandi F, Alnaqbi A, Al Maskari F. Knowledge, attitudes, and perceptions of the multi-ethnic population of the United Arab Emirates on genomic medicine and genetic testing. *Hum Genomics.* 2023 Jul 15;17(1):63. doi: 10.1186/s40246-023-00509-0. PMID: 37454085; PMCID: PMC10349494.

PACHETUL DE INSTRUIRE ÎN DOMENIUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE PENTRU ÎNVĂȚĂMÂNTUL PROFESIONAL MEDICAL, ORGANIZAT, INCLUSIV, PRIN ÎNVĂȚĂMÂNT DUAL

Mariana Negrean¹

¹ Centrul de excelență în medicină și farmacie „Raisa Pacalo”, Chișinău

Abstract.

Articolul analizează rolul pachetului educațional (curricula, ghidul lecțiilor practice, tutoriale, protocoale PEN1 și PEN2 etc.), propus de învățământul profesional medical, în asigurarea calității procesului de instruire a viitorilor specialiști medicali cu studii postsecundare. Sunt analizate structura, principiile, scopul, obiectivele, componenta temporară și competențele profesionale specifice, prezentate în curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*. Curriculumul, elaborat în baza prevederilor actelor normative și reglementative în vigoare din domeniul educației și sănătății, este propus pentru formarea inițială a viitorilor asistenți medicali de familie, instruiți, inclusiv, și prin învățământul dual.

Totodată, autorul analizează ghidul lecțiilor practice la disciplina *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* din perspectiva componentelor structurale ale documentului: competențele profesionale specifice unității de curs, programele naționale din domeniul sănătății și educației, regulile cu privire la respectarea prevederilor ce țin de sănătatea și securitatea în muncă, planul tematic, competențele și abilitățile specifice lecțiilor practice organizate, scenariul desfășurat ale lecțiilor practice cu sarcini specifice subiectului studiat, set de itemi pentru fiecare lecție practică, anexe.

Introducere. Povara economică, medicală și socială a bolilor netransmisibile în țările UE este impresionantă. Factorii majori de risc, care favorizează dezvoltarea bolilor netransmisibile sunt legați de stilul de viață nesănătos, consumul de tutun, consumul dăunător de alcool, alimentația nesănătoasă și inactivitatea fizică [5]. Tot această sursă afirmă, că conform rezultatelor cercetărilor 90% din toate cazurile de accident vascular cerebral pot fi prevenite prin modificarea factorilor de risc modificabili, 75% din cazuri fiind prevenite prin ameliorarea factorilor comportamentali, cum ar fi fumatul, alimentația nerațională sau nivelurile scăzute de activitate fizică.

Numărul persoanelor adulte, diagnosticate cu diabet zaharat în UE, în ultimul deceniu practic sa dublat: de la aproximativ 16,8 milioane în 2000 la 32,3 milioane în 2019. Creșterea în rândul bărbaților este și mai semnificativă, deoarece bărbații sunt mai predispuși să dezvolte diabet zaharat din cauza factorilor biologici și riscul crește pentru cei ce sunt supraponderali. Conform datelor Federației Internaționale de Diabet, numărul de adulți din regiunea europeană, cu vârsta cuprinsă între 20 și 79 de ani, care trăiesc cu diabet zaharat constituie 61,4 milioane în 2021, dintre care 21,9 (35,7%) sunt cu diabet zaharat nediagnosticat [5].

Bolile cardiovasculare (BCV) continuă să reprezinte principala cauză a mortalității în UE, rezultând 1,8 milioane decese în fiecare an, ceea ce reprezintă 37% din toate decesele din UE. De rând cu genul, vârstă înaintată, statutul socioeconomic, factorii de mediu și istoricul familial al bolii cardiovasculare, factorii de risc modificabili pentru boli cardiovasculare includ obezitatea,

hipercolesterolemie, consumul de tutun și produse conexe, stresul, tulburările de somn, sedentarismul, consumul nociv de alcool și alimentație nesănătoasă [5,8].

Bolile respiratorii cronice reprezintă 8% din toate decesele din UE, iar 3% din toate decesele sunt cauzate de boala pulmonară obstructivă cronică (BPOC). În proporție mai mare bărbații (8,1%) versus femeii (6,9%) decedază din cauza bolilor respiratorii cronice în UE (2016). Diferența dintre bărbații și femeile este cel mai pronunțat (>2%) în Cipru, Letonia, Lituania și România [5].

Totodată, se observă o creștere, în țările UE, a prevalenței demenței la persoanele cu vârsta peste 60 de ani de la 5,9 milioane în 2000 la aproximativ 9,1 milioane în 2018, iar către anul 2040 se prognozează o nouă creștere a numărului de cetățeni cu demență aproximativ la 14,3 milioane [5].

În acest context, inițiativele înaintate de UE pentru o perioadă de cinci ani (2022-2027), în scopul prevenirii bolilor necomunicabile, sunt asigurate de elaborarea, aprobarea și implementarea politicilor efective, responsabile de reducerea poverii bolilor netransmisibile în țările membri al Uniunii Europene. Inițiativele propuse stabilesc acțiuni pentru elaborarea determinantilor comuni ai sănătății pentru reducerea impactului negativ al cancerului, diabetului zaharat, bolilor vasculare, bolilor respiratorii cronice, sănătății mintale și a tulburărilor neurologice [8].

Probleme supra menționate sunt abordate de *medicina de familie*, ca parte componentă a sistemului sănătății, care asigură acoperire cu îngrijiri medicale eficiente și de calitate a tuturor păturilor sociale ale populației, conturându-se ca o rigoare de esență a funcționalității sistemului de sănătate [2].

Medicina de familie reprezintă unul din pilonii principali al sistemului de sănătate, care furnizează îngrijiri medicale de prim contact, indiferent de natura problemei de sănătate, în contextul unei relații cu persoana/ familia acesteia, în prezența bolii sau în absența ultimei. Totodată, medicina de familie asigură asistența medicală primară și continuă, care contribuie la promovarea sănătății individului, familiei și colectivității printr-o gamă largă de acțiuni terapeutice, profilactice, reabilitative și educaționale.

Organizația Mondială a Sănătății acordă un rol deosebit medicinei de familie [family nursing] în prevenirea îmbolnăvirii, în promovarea sănătății, în reabilitarea și îngrijirea persoanelor atât cu patologii, cât și în perioada finală a vieții [3]. Societatea Europeană de Medicină de Familie raportează medicina de familie „la o disciplină academică și științifică, ce are un conținut propriu educațional, de cercetare, de medicină bazată pe dovezi și de activitate curativ-profilactică, precum și o specialitate clinică orientate spre asistența medicală primară”.

În această ordine de idei, asistența medicală primară reprezintă primul nivel de contact al individului, familiei, comunității cu sistemul sănătății și este acordată de membrii echipei medicului de familie din care fac parte: asistentul medical de familie, asistentul medical comunitar, asistentul social, îngrijitorul la domiciliu, voluntarul etc.

Prin urmare, conform specificului activității medicinei de familie, echipa medicului de familie acordă o îngrijire coerentă și continuă indivizilor indiferent de boală, vârstă, sex, apartenență socială etc., respectând identitatea individului și ținând cont de contextul familial, comunitar și cultural al acestuia, în acest sens având o responsabilitate profesională atât față de

beneficiar, cât și față de comunitate. Ori, echipa medicului de familie monitorizează afecțiunile cronice în strânsă corelare cu factorii fizici, psihici, socio-culturali și existențiali ai beneficiarului.

Reformele din domeniul educației și medicinei, au devenit o provocare pentru cadrele didactice din învățământul profesional medical, stimulând necesitatea unei schimbări prin asigurarea caracterului anticipativ/ proactiv și a continuității în activitatea de formare/ dezvoltare a competențelor profesionale a viitorilor asistenți medicali, instruiți în cadrul învățământului profesional medical clasic și prin învățământul medical dual.

Scopul. Asigurarea calității procesului de formare a specialiștilor medicali cu studii postsecundare, instruiți, inclusiv, și prin învățământul dual, valorificând conceptele aplicative a pachetul educațional la disciplina *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*.

Materiale și metode. În scopul asigurării calității serviciilor educaționale oferite de învățământul profesional medical și formarea competențelor profesionale necesare pentru acordarea asistenței medicale primare, în conformitate cu Planul de învățământ/ 2022 pentru programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical (inclusiv, instruiți prin învățământul dual) și pentru programul de formare profesională Îngrijirea bolnavilor, calificarea Asistent medical au fost elaborate, aprobate și implementate curricula modulare *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* și ghidul lecțiilor practice pentru această unitate de curs.

Rezultate. Curricula la unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* pentru ambele programe de formare profesionale sunt elaborate în conformitate cu prevederile actelor reglementative, aprobate de MEC RM [6,10].

În elaborarea curriculum-ului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* s-a ținut cont de următoarele principii:

- *principiul adecvării curriculum-ului* la contextul socio-cultural, economic, profesional atât național, cât și european vizând reformele actuale din sistemul de sănătate;
- *principiul abordării științifice* a noțiunilor și conținuturilor tematice ce țin de activitatea asistentului medical de familie;
- *principiul pertinentei* privind formularea obiectivelor, selectarea conținuturilor și stabilirea tehnologiilor de predare-învățare-evaluare ale unității de curs;
- *principiul sistematizării și continuității*, creând situații problematizate, pentru a forma la elevi abilități de activitate în echipa multidisciplinară;
- *principiul integrării și transdisciplinarității*, care vizează integrarea competențelor formate în cadrul altor discipline studiate cu competențele formate de acest curs, asigurând astfel un demers interdisciplinar și transcurricular;
- *principiul integrării profesionale* în scopul promovării autoinstruirii și educației profesionale continue din perspectiva reformelor din sistemul de sănătate [7].

Figura 1. Administrarea disciplinei *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical

Cod	Denumirea unității de curs	Semestrul	Numărul de ore				Modalitatea de evaluare	Numărul de credite
			Total	Contact direct		Studiul individual		
				Teorie	Practică			
S.04.A.036	Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu	IV	90	30	30	30	teză	3

Componenta temporală a disciplinei *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* este caracterizată prin studierea disciplinei: în semestrul IV, anul II de studii în volum de 90 ore (3 credite) pentru programul de formare profesională Medicină (vezi Figura 1), în semestrul V, anul III de studii în volum de 120 ore (4 credite) pentru programul de formare profesională Medicină, învățământ dual (vezi Figura 2) și în semestrul VIII, la anul IV de studii în volum de 120 ore (4 credite) pentru programul de formare profesională Îngrijirea bolnavilor (vezi Figura 3).

Volumul de ore, conform planului de învățământ și recomandărilor literaturii de specialitate [1], este divizat în ore destinate cursului teoretic, lecțiilor practice și studiului individual ghidat.

Disciplina este asigurată cu curricula modulare, cu ghiduri pentru lecțiilor practice, instrumente de formare și evaluare a competențelor profesionale specifice (studii de caz, filme didactice, teste) și documente normativ-reglatorii utilizate în sectorul practic al sistemului de sănătate (protocoale clinice al medicilor de familie, protocoale standardizate PEN1 și PEN2, ediția a 2-a).

Figura 2. Administrarea disciplinei *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical (învățământ dual)

Cod	Denumirea unității de curs	Semestrul	Numărul de ore				Modalitatea de evaluare	Numărul de credite
			Total	Contact direct		Studiul individual		
				Teorie	Practică			
P.05.A.039	Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu	V	120	30	30	60	teză	4

Curriculumul *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* este propus ca un model pedagogic, care aplică prevederile politicilor educaționale a statului, fiind conceput în baza teoriei factorilor și a teoriei axiologice, constituit dintr-un număr necesar și deplin de elemente în interrelații corelate la toate nivelurile curriculare, asigurând formarea profesională și intelectuală a elevilor în domeniul asistenței medicale primare.

Figura 3. Administrarea disciplinei *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională *Îngrijirea bolnavilor*, calificarea Asistent medical

Cod	Denumirea unității de curs	Semestrul	Numărul de ore				Modalitatea de evaluare	Numărul de credite
			Total	Contact direct		Studiul individual		
				Teorie	Practică			
S.07.A.034	Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu	VIII	120	30	30	60	teză	4

Scopul curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* constă în formarea și dezvoltarea competențelor profesionale specifice la viitorii asistenți medicali, care vor permite, prin acțiuni terapeutice, profilactice, educaționale și de recuperare, să asigure asistență medicală primară continuă pentru promovarea stării de sănătate a individului, a familiei și a colectivității.

Curricula modulare *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* pentru asistenții medicali (instruiți, inclusiv, și prin învățământul dual) asigură realizarea următoarelor *obiective*:

1. identificarea reperelor conceptuale ale asistenței medicale primare, a nursing-ului comunitar și al îngrijirilor la domiciliu;
2. esențializarea tehnicilor specifice asistenței medicale primare cu evidențierea structurii integratoare ale aspectelor psihologice, etice și deontologice în practica asistenței medicale primare;
3. dezvoltarea abilităților de identificare și soluționare a diagnosticilor de nursing ce țin de sănătatea reproductivă, sănătatea mintală, sănătatea copiilor și adolescenților, adulților și vârstnicilor;
4. consolidarea abilităților practice de acordare a asistenței medicale de urgență în condiții de asistență medicală primară;
5. formarea abilităților de școlarizare a pacienților cu patologii cronice în vederea educației pentru sănătate în condiții de AMP prin implementarea comunicării interpersonale, inclusiv, în situații de criză aferente vaccinării.

Curriculumul, în organizarea și implementarea demersului educațional, recomandă cadrului didactic aplicarea următoarelor *principii*:

- deplasarea accentului de pe activitatea de predare spre cea de învățare, centrată pe elev;
- reconsiderarea rolului profesorului ca organizator și facilitator al procesului de învățare în care sunt implicați elevi;
- încurajarea și stimularea participării active a elevilor în planificarea și gestionarea propriului parcurs de formare profesională;
- diferențierea demersului didactic în raport cu diferite stiluri de învățare practicate de către elevi. (Drăghicescu, Petrescu, Stănescu, 2008)

Implementarea curriculumului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* va asigura formarea și dezvoltarea competențelor profesionale specifice, care vor permite încadrarea fluidă a absolvenților programelor de formare profesională Medicină și Îngrijirea bolnavilor în acordarea asistenței medicale primare. În acest context, curriculumul specifică următoarele competențe profesionale specifice:

CPS1. Aplicarea actelor normative în vigoare referitor asistenței medicale primare, asigurând confidențialitatea și intimitatea pacientului/ beneficiarului.

CPS2. Dezvoltarea abilităților de prevenire a atacului de cord, accidentului vascular cerebral și a bolilor renale prin intermediul managementului integrat al DZ și HTA.

CPS3. Algoritmizarea etapelor screening-ului colului uterin/ glandei mamari/ de colon.

CPS4. Examinarea primară antenatală/ postnatală a gravidei/ lăuzei cu supraveghere în condiții de asistență medicală primară.

CPS5. Examinarea complexă și îngrijirea nou-născutului/ copilului bolnav cu identificarea semnelor de pericol pentru viață și sănătate.

CPS6. Referirea pacienților cu tulburări mintale conform principiilor asistenței medicale primare.

CPS7. Algoritmizarea etapelor asistenței medicale de urgență conform Protocoalelor clinice standardizate ale medicilor de familie.

CPS8. Comunicarea eficientă în diverse situații socio-profesionale și școlarizarea pacientului / beneficiarului/ membrilor familiei în acordarea îngrijirilor specifice AMP.

CPS9. Promovarea modului sănătos de viață în condiții de asistență medicală primară.

Curriculumul permite cadrelor didactice autonomie în elaborarea strategiei eficiente de proiectare a demersului educațional în vederea formării la elevi a competențelor profesionale specifice unității de curs în contextul competențelor ce corespund calificării *Asistent medical*. Totodată, curriculumul oferă elevilor oportunități de dobândire a abilităților și de formare a competențelor integratoare, privind dezvoltarea lor în plan personal, social și profesional.

Necesitatea elaborării și implementării ghidului lecțiilor practice *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* a fost impusă de necesitatea asigurării metodologice a procesului educațional în contextul ajustării sistemului de învățământ național la cerințele instruirii europene, fiind axat pe tendințele actuale specifice învățământului medical postsecundar.

Ghidul lecțiilor practice *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* este axat pe formarea/ dezvoltarea la elevi a unui sistem de competențe specifice asistentului medical din acest domeniu. Specialiștii medicali din domeniul medicinei de familie vor avea posibilitatea să-și dezvolte și să-și consolideze nivelul competențelor cognitive și aplicative, cu implementarea lor ulterioară în activitatea profesională.

Ghidul lecțiilor practice *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* reprezintă un documentul normativ-reglator care asigură formarea și dezvoltarea abilităților specifice medicinei de familie astfel, încât activitățile desfășurate de asistentul medical să complimenteze activitatea medicului de familie în favoarea sporirii calității și eficienței asistenței medicale primare acordate în condițiile actuale de creștere rapidă a volumului informațional și a schimbărilor în societate, ca rezultat al efectelor cauzate de epidemii/ pandemii, migrație a populației, conflictele sociale și militare etc.

Ghidul lecțiilor practice la unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* este constituit pe principii ce fundamentează proiectarea, organizarea și desfășurarea eficientă a lucrărilor practice în contextul unei pedagogii axate pe *competențe*, care are menirea de a asigura formarea la elevi a unui sistem de competențe funcționale, necesare pentru adaptarea la condițiile mereu în schimbare ale medicinei moderne. În această ordine de idei, ghidul lecțiilor practice asigură redarea clară a conținuturilor predate, ceea ce facilitează conexiunea între instruirea practică a elevilor și activitatea ulterioară a asistentului medical de familie în instituțiile medico-sanitare publice.


Figura 4. Plan tematic (lecții practice), unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical

Nr.	Unități de învățare	Numărul de ore			
		Total	Contact direct		Studiul individual
			Teorie	Practică	
1.	Managementul asistenței medicale primare.	10	4	2	4
2.	Conduita pacienților în condiții de AMP conforma standardelor PEN1 și PEN2.	14	4	4	6
3.	Obstetrică și ginecologie cu nursing specific în practica asistenței medicale primare.	16	4	8	4
4.	Pediatrie cu nursing specific în practica asistenței medicale primare.	16	4	8	4
5.	Sănătatea mintală în cadrul asistenței medicale primare.	12	4	4	4
6.	Stările de urgență în asistența medicală primară.	16	8	4	4
7.	Educația pentru sănătate în condiții de AMP.	6	2	-	4
Total		90	30	30	30

Totodată, ghidul lecțiilor practice la unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* reprezintă un instrument didactic, în care sunt descrise: competențele profesionale specifice unității de curs, programele naționale din domeniul sănătății și educației, regulile cu privire la securitatea muncii, planul tematic (vezi Figura 4), competențele și abilitățile specifice modulului, scenariul lecțiilor practice (vezi Figura 5), set de itemi pentru fiecare lecție practică și anexe (Chestionarul Audit, Testul Fagerstrom, Scorul Katz (activity of daily living), Scorul Lawton (instrumental activities of daily living)), care vor fortifica atractivitatea procesului educațional și eficiența procesului de instruire practică a elevilor.


Figura 5. Scenariul lecțiilor practice, unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, programul de formare profesională Medicină, calificarea Asistent medical

Ghidul lecțiilor practice
unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*

2. Examinați gravida/ gravida standardizată conform cerințelor al 2-lea examen medical la medical de familie, în limita competențelor deținute, și completați tabelul respective din anexe. 

⚡ Rețineți! Termenul de sarcină 28-30 săptămâni este cel mai potrivit pentru examinarea repetată a sângelui și urinei gravidelor, în scopul depistării femeilor, care au dezvoltat anemie sau gestoză tardivă.

⚡ Rețineți! În cadrul vizitei a IV-a se va efectua screening-ul repetat a infecțiilor urogenitale, se va testa gravida la RW și se va efectua testul HIV repetat.

3. Măsurați tensiunea arterială la ambele mâini a gravidei/ gravidei standardizate și înregistrați datele în Gravidogramă. Care conduita corespunzătoare o să aplicați dacă: 

Acest design al ghidului lecțiilor practice facilitează procesul de instruire practică a asistenților medicali, formați prin învățământul dual, care este asigurat de *asistenții medicali-instructori*, implicați în procesul instructiv-educativ prin cumul de funcție în calitate de cadre didactice.

Asistenții medicali-instructori, salariați al prestatorului de servicii medicale, asigură organizarea, desfășurarea și monitorizarea instruirii de profil a viitorilor asistenți medicali în cadrul centrelor medicilor de familie. Conform legislației în vigoare, asistenții medicali- instructori trebuie să „dețină experiență de minim 3 ani de activitate” [9], competențe psihopedagogice [4] și competențe „corespunzătoare domeniului și programului de formare profesională” [9,11]. Suportul didactico-metodic, oferit asistenților medicali-instructori, asigură calitatea formării competențelor profesionale specifice la viitorii asistenți medicali specifice cursului *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu*, inclusiv, datorită experienței profesionale vaste a asistenților medicali-instructori, acumulate în cadrul activității profesionale.

Concluzii:

1. Medicina de familie reprezintă unul din pilonii principali al sistemului de sănătate, care asigură acordarea asistenței medicale de prim contact populației țării.

2. Suportul didactico-metodic la unitatea de curs *Asistența medicală primară cu nursing comunitar și îngrijiri la domiciliu* este axat pe formarea și dezvoltarea la elevi a unui sistem de competențe profesionale specifice, ceea ce ajustează procesul educațional organizat în cadrul învățământului profesional medical, inclusiv, prin învățământul dual, la cerințele europene.

3. Formarea și dezvoltarea competențelor profesionale specifice asistenței medicale primare va facilita conexiunea între instruirea practică a elevilor și activitatea ulterioară a asistentului medical de familie în instituțiile medico-sanitare.

Cuvinte cheie: asistența medicală de familie, învățământ medical profesional, învățământ medical dual.

Referințe:

1. ANDRIȚCHI, V. Organizarea procesului educațional. Ghid de formare profesională a cadrelor didactice. Ch.: Editura Știința, 2007.

2. BIVOL, G. Ghid practic al medicului de familie. USMF. Ch.: Cartier, 2004.

3. Clarification of competency and capability requirements for family health nurses working in communities, EACEA, Final Report, 10.10.2012.

4. Codul Educației al Republicii Moldova Nr. 152 din 17.07.2014. În: Monitorul Oficial al Republicii Moldova nr. 319-324 din 24.10.2014.

5. EU non-communicable diseases (NCDs) initiative. Frequently asked questions. Disponibil: https://health.ec.europa.eu/system/files/2022-04/ncd_initiative_faq_en.pdf].

6. Ghid practic de elaborare a curriculumului pentru învățământul profesional tehnic postsecundar și postsecundar nonterțiar, aprobat prin ordinul MECC RM nr.296 din 21.04.2016.
7. GUȚU, V., SILISTRARU, N., PLATON C. Teoria și metodologia curriculum-ului universitar: Pedagogie universitară în dezvoltare//coord. șt.: Univ. de Stat din Moldova. Fac. de Istorie și Psihologie. – Ch.: Centrul Ed. al USM, 2003.
8. Healthier Together. EU Non-Communicable Diseases Initiative. Disponibil: <https://health.eceuropa.eu/publications/eu-non-communicable-diseases-ncds-initiative-guidance-documenten>.
9. Metodologia de organizare și implementare a programelor de formare profesională prin învățământ dual cu profil medical, aprobată prin OMSMPS RM nr. 903 din 30.09.2020.
10. Plan de învățământ, specialitatea Medicină, calificarea Asistent medical, aprobat de MS RM, nr. de înregistrare 15/942 din 4.03.2022. Disponibil: <https://cemf.md/transparenta/#doc-276-10>.
11. Regulamentul cu privire la formarea maiștrilor instructori în producție la întreprinderile din Republica Moldova, aprobat prin Ordinul comun al MECC nr. 1172 din 25.11.2014 și CCI RM nr.18-a din 25.11.2014 [citată 14.10.2021]. Disponibil: https://chamber.md/wp-content/uploads/2020/05/Regulament-formare_maistri-instructori.pdf.

REFORMELE MEDICINEI DE FAMILIE ÎN ROMÂNIA ȘI REZULTATELE OBȚINUTE

Silvia Gabriela Scîntee¹

¹ Institutul Național de Management al Serviciilor de Sănătate, București

Introducere. Dezvoltarea medicinei de familie în România, a fost pe agenda politică a mai multor guverne și a făcut obiectul mai multor reforme, după anul 1990. Scopul urmărit a fost creșterea performanței întregului sistem de sănătate prin degrevarea spitalelor supraîncărcate, mai ales cu cazuri care nu justifică internarea, și în consecință, obținerea unei mai bune stări de sănătate a populației prin furnizarea cu preponderență de servicii medicale primare de calitate, în mod echitabil și cu costuri mai reduse.

Scop. Analiza reformelor medicinei de familie din România implementate în perioada ultimilor 30 de ani în vederea identificării obstacolelor și a factorilor care au contribuit la atingerea rezultatelor obținute.

Material și metode. Materialele studiate au inclus: documente legislative, date statistice de rutină, rapoarte, studii, analize și alte documente științifice publicate în mediul online sau în reviste științifice naționale și internaționale. Inițial au fost identificate toate reforme majore și incrementale ale medicinei de familie din perioada 1994-2024. Pentru fiecare dintre acestea s-a evaluat gradul în care s-au realizat scopurile propuse, în mare parte prin analiza principalilor indicatori. De asemenea, s-a făcut analiza politicilor de sănătate aferente medicinei de familie atât din punct de vedere al formulării, cât și al implementării acestora.

Rezultate. Specializarea medicină de familie a fost introdusă în România în 1997. Din 1999 medicii de familie lucrează ca profesioniști independenți în contract cu casa națională de asigurări de sănătate. Plata medicilor de familie constă în principal din tarif per serviciu și plată per capita, modificate ca proporție de-a lungul timpului, în scopul stimulării acordării serviciilor. Recent a fost introdusă și o plată pentru performanță. Oricum ar fi, tarifele decontate de casa de asigurări de sănătate au fost întotdeauna considerate prea mici. Lista serviciilor din pachetul de bază care pot fi rambursate medicului de familie de către casa de asigurări a fost, în timp, extinsă, în funcție de competența medicilor și de dotarea cabinetelor. Au fost introduse mecanisme cu scopul de a încuraja înființarea cabinetelor în mediul rural. În prezent, există multe zone rurale fără medici de familie și zone urbane cu număr insuficient de medici, ceea ce determină acces inechitabil al populației la servicii de medicină de familie și în continuare număr crescut de internări nejustificate și utilizare excesivă a serviciilor de urgență.

Concluzii. Printre lecțiile de reținut pentru viitor, în urma acestei analize, se desprind următoarele: formularea politicilor sau a reformelor de sănătate trebuie să fie realistă și adaptată contextului social, planurile de acțiune să cuprindă măsuri adecvate, comprehensive și complementare scopurilor propuse, să se asigure existența resurselor necesare implementării și evaluării acestora.

Cuvinte cheie. Medicină de familie, reformă în sănătatea primară, sistemul de sănătate din România

SCHIMBAREA PRACTICII MEDICALE – AVANTAJELE. INSTRUIRII ÎN CASCADĂ

Natalia Zarbailov¹, Mariana Negrean², Violeta Muntean³, Georgeta Gavriliță⁴, Ala Curteanu¹, Helen Prytherch¹, Ghenadie Curocichin⁶

¹ Proiectul Viață Sănătoasă: Reducerea Poverii Bolilor Netransmisibile, or. Chișinău

² CEMF Raisa Pacalo, or. Chișinău

³ IMSP AMT Ciocana, or. Chișinău

⁴ IMSP AMT Botanica, or. Chișinău

⁵ Swiss TPH, Basel

⁶ Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Educația profesională este un pilon în asigurarea menținerii competenței actualizate la zi a echipelor medicilor de familie. La inițiativa OMS a fost elaborat și propus spre implementare în țările Europei de Est și Asie Centrală Pachetul de intervenții esențiale pentru bolile netransmisibile (PEN) pentru asistența medicală primară în medii cu resurse reduse (2013). Fortificarea practicii medicale privind prevederile PEN s-a planificat în Republica Moldova printr-o serie de intervenții educaționale.

Scopul acestei publicații constă în identificarea avantajelor instruirii în PEN în cascadă pentru susținerea procesului educațional continuu la nivel de instituții medicale.

Materialul și metodele: Atelierele de instruire cu scop de implementare a prevederilor Protocoalelor OMS PEN nr.1 și PEN nr.2 adaptate pentru Republica Moldova s-au desfășurat în cascadă în perioada anilor 2019-2024. Cascada a fost organizată în trei trepte: formatori naționali, formatori locali și participanții la instruire. Observarea evenimentelor și analiza rapoartelor prezentate a permis structurarea avantajelor de către un grup de experți în următorul mod.

Rezultat(e): Volumul și timpul de acoperire a masei critice de lucr[torilor din AMP poate fi atins efectiv prin metoda de organizare a instruirii. La nivel de unitate administrativă *raion* în procesul instruirii a avut loc inițial crearea echipei cu un nivel sporit de competență – formatori (88), care au susținut procesul de educație continuu cu implicarea semenilor (1847). Formarea în cadrul instruirii a deprinderilor practice este o încurajare puternică pentru schimbare. S-a dovedit importantă implicarea managerialeor, care pot asigura facilitarea implementării continue a prevederilor Protocoalelor PEN. Stabilirea schemei standard de examinare a adulților și existența instrumentului de monitorizare a procesului de îngrijire crează oportunități pentru audit medical și îmbunătățirea situației în timp. Posibilitatea repetării instruirilor și actualizarea în timp poate utiliza schema de cascadă formată anterior.

Concluzii: Schimbarea practicii medicale este un proces anevoios și necesită asigurarea continuității intervențiilor educaționale până la momentul producerii schimbării în masă critică de profesioniști medicali și apoi. Recunoașterea avantajelor instruirii în cascadă oferă oportunități în context local și grăbește producerea schimbării practicii medicale, dar necesită evaluarea calității.

Cuvinte cheie: schimbarea practicii, boli netransmisibile, instruire în cascadă, avantaje

FORMARE PROFESIONALĂ PENTRU SCHIMBAREA PRACTICII MEDICALE, LECTII ÎNVĂȚATE

Natalia Zarbailov¹, Stela Adauji², Angela Anisei³, Zinaida Alexa⁴, Ala Curteanu¹, Helen Prytherch⁵, Ghenadie Curocichin²

¹ Proiectul Viață Sănătoasă: Reducerea Poverii Bolilor Netransmisibile, or. Chișinău

² Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

³ Ministerul Sănătății din Republica Moldova

⁴ Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga”

⁵ Swiss TPH, Basel

Introducerea: Bolile netransmisibile au devenit prioritatea sistemelor de sănătate în ultimele două decenii. Experții OMS au elaborat Pachetul de intervenții esențiale integrate bazate pe evidențe privind/axate pe reducerea poverii bolilor netransmisibile existente și prevenirea răspândirii acestor. Implementarea intervențiilor PEN presupune fortificarea practicii medicale inclusiv printr-o serie de intervenții educaționale.

Scopul acestei publicații constă în prezentarea lecțiilor învățate în cadrul programului de instruire în PEN a echipelor medicilor de familie pentru considerarea acestora în elaborarea planului de implementare continuă a protocoalelor clinice.

Materialul și metodele: Atelierele de instruire cu scop de implementare a prevederilor Protoalelor OMS PEN nr.1 și PEN nr.2 adaptate pentru Republica Moldova s-au desfășurat în cascadă în perioada anilor 2019-2024. Cascada a fost organizată în trei trepte: formatori naționali (7), formatori locali (88) și participanții la instruire (1847). Comunicarea continuă, observarea directă, chestionarele de evaluare și rapoartele formatorilor au permis analiza experienței și lecțiilor învățate.

Rezultat(e): Planul inițial de desfășurare a instruirilor PEN a fost perturbat de epidemia COVID-19, cu toate acestea obiectivul de acoperire cu instruire de bază la nivel național, pentru dezvoltarea deprinderilor practice, a fost atins. Instruirea organizată în cascadă s-a arătat a fi o metodă de educație efectivă, însă calitatea instruirii finale depinde mult de selectarea riguroasă a formatorilor pentru instruire. Locul de desfășurare diferit de facilitățile medicale a creat o atmosferă lucrativă mai bună. Atât asigurarea instruirilor cu materiale imprimare și echipament medical, cât și aplicarea unor instrumente la nivel personal au susținut motivarea participanților pentru schimbarea practicii. Totodată, s-a dovedit importantă implicarea echipei manageriale, deoarece cunoștințele acumulate permit realizarea misiunii de către formatorii locali și implementarea finală a prevederilor Protoalelor.

Concluzii: Schimbarea practicii medicale presupune atât asigurarea continuității intervențiilor educaționale, cât și supravegherea continuă a implementării protoalelor la nivel instituțional sau național, cu implicarea inclusiv a actorilor externi, pentru măsurarea și evaluarea rezultatelor.

Cuvinte cheie: Pachet de intervenții esențiale integrate, boli netransmisibile, schimbarea practicii, lecții învățate.

UN CONSULT MEDICAL DE SUCCES - GHIDUL CALGARY-CAMBRIDGE

Natalia Zarbailov¹, Ivan Puiu¹, Ghenadie Curocichin¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Consultația medicală de succes, care ar permite atingerea satisfacției maxim posibile a beneficiarilor în medicina de familie, rămâne o dorință nerealizată încă în multe cazuri.

Scopul: Acest rezumat descrie activitățile propuse spre desfășurare în cadrul ediției a V-a a Congresului Medicilor de familie din Republica Moldova, Chișinău, 2024, pentru a cointeresa participanții și a permite alegerea conștientă a atelierului.

Materialul și metode: Ghidul Calgary-Cambridge este bine cunoscut în lume, dar puțini medici de familie în Republica Moldova apelează la acest instrument în cadrul interviului medical. Prezentarea interactivă a conținutului ghidului se propune în cadrul atelierului de lucru pentru a fortifica capacitatea medicilor de familie în prestarea consultațiilor medicale de succes cu atingerea unei satisfacții maxim posibile din partea beneficiarilor. Durata atelierului 90 min.

Rezultate: La începutul atelierului facilitatorii și participanții se vor prezenta și vor exprima așteptarea cheie de la atelier. Participanții se vor diviza în 5 grupuri a câte 4-7 persoane. Prima rundă de discuții în grupuri mici va ține despre așteptările pacienților de la o consultație medicală. După prezentarea opiniilor în plen, se va recurge la discutarea opiniei medicilor de familie privind cauzele eșecului a majorității consultațiilor din punctul de vedere a beneficiarilor. Ca urmare a prezentării opiniei fiecărui grup se va propune alcătuirea planului consultației ideale. Facilitatorii vor veni cu discuția planurilor elaborate și vor continua cu prezentarea Ghidului Calgary-Cambridge pe etape: introducere, colectarea datelor, explicare și planificare, incheiere și formarea relației. Obiectivele interviului medical se vor propune participanților pentru analiză și identificarea deprinderilor de comunicare verbală și nonverbală necesare. Fiecare obiectiv se va prezenta și discuta în plen. Facilitatorii vor răspunde la întrebări și vor oferi materiile scrise. Se vor trasa concluzii și se va evalua atingerea așteptărilor inițiale.

Concluzii: Cunoașterea și aplicarea în practica medicală a instrumentelor de comunicare, care și-au dovedit eficacitatea în timp, este cea mai simplă cale de îmbunătățire a practicii medicilor de familie.

Cuvinte cheie: medicina de familie, beneficiari, consultație, ghidul Calgary-Cambridge

ÎNGRIJIREA PALIATIVĂ ȘI MEDICINA PRIMARĂ

Vladimir Poroch¹, Gema Bacoanu¹, Eliza Maria Froicu¹, Liliana Mihailov¹, Mihaela Poroch¹

¹ Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T. Popa” Iași, Facultatea de Medicină

Introducere. Îngrijirea paliativă se concentrează pe ameliorarea suferinței și îmbunătățirea calității vieții pacienților care se confruntă cu boli conice, progresive, amenințătoare de viață, cu prognostic limitat. O abordare esențială în gestionarea acestor condiții este inițierea îngrijirilor paliative cât mai devreme în parcursul bolii. Cu toate acestea, resursa umană reprezentată de medici specializați în acest domeniu, care să poată oferi suportul necesar este limitată. În această situație, medicul de familie devine un pilon crucial în echipa de îngrijire, având o relație privilegiată cu pacientul și familia acestuia și oferind un suport constant în gestionarea bolii.

Scop. Evidențierea importanței rolului medicului de familie în asigurarea intervențiilor specifice îngrijirii paliative de bază în sistemul de sănătate.

Material și metode. Sintează a literaturii de specialitate și a unor modele de îngrijire în care medicul de medicină primară îndeplinește intervenții specifice îngrijirii paliative.

Rezultate. Medicul de familie este adesea primul profesionist din sistemul medical cu care pacientul intră în contact și cu care acesta stabilește o relație de încredere. Acest lucru facilitează comunicarea deschisă și sinceră despre diagnosticul și prognosticul bolii, oferind pacientului și familiei sale o înțelegere clară a situației și a opțiunilor de tratament disponibile. Prin implicarea activă și promovarea interesului pacienților lor, medicii de familie pot ajuta la gestionarea stresului și anxietății asociate cu boala și pot oferi suport în luarea deciziilor legate de îngrijirea și tratamentul pacientului. Sprijinul psiho-emoțional pe care îl oferă pacienților și familiilor acestora reprezintă un aspect cheie în gestionarea cazurilor dificile.

Medicul de familie se poate afla în poziția de coordonator al îngrijirii în manieră holistică. El poate colabora cu alți specialiști, cu asistenți sociali, psihologi, terapeuții ocupațional sau fizioterapeuți, pentru a oferi intervențiile necesare fiecărui pacient, astfel încât să abordeze nevoile complexe într-o manieră holistică. În plus, medicul de familie poate asigura o gestionare adecvată a simptomelor și poate ajusta tratamentul în funcție de evoluția stării de sănătate a pacientului. De asemenea, implicarea medicilor de familie în furnizarea de îngrijiri paliative de bază poate contribui la reducerea internărilor repetate și a utilizării inutile sau excesive a serviciilor de urgență, ceea ce poate duce la economii semnificative de resurse în sistemul de sănătate.

Concluzii. Medicul de familie joacă un rol esențial în furnizarea îngrijirii paliative, oferind suportul necesar, coordonând îngrijirea într-un mod holistic și centrându-se pe nevoile și preferințele pacienților și familiilor lor. Impactul acestor intervenții este evidențiat prin îmbunătățirea calității vieții pacienților și prin reducerea costurilor asociate cu îngrijirea paliativă. Este important ca medicii de familie să fie sprijiniți în asigurarea unei îngrijiri paliative de calitate pentru pacienții cu astfel de nevoi.

Cuvinte cheie: medicină primară, îngrijire paliativă, sistem de sănătate, pacient

A BRIEF OVERVIEW OF THE DIFFERENT TYPES OF NURSES AND THEIR ROLES AND RESPONSIBILITIES IN PRIMARY HEALTHCARE IN THE UNITED STATES

Hilary Mendel¹

¹ PhD(c), MSN-Ed, RN

Abstract

There are many different types of nurses in the United States who work in primary healthcare settings. This presentation will briefly cover an overview of the different types of primary healthcare nurses and their responsibilities. Nurses in primary care settings juggle many responsibilities to provide the highest quality care to their patients. Nurses are often the patient care coordinators, coordinating with the interdisciplinary healthcare team. Nurses in these roles are patient advocates to ensure the highest quality care is provided with evidenced-based care nursing models. These nurses work to provide family-centered care to the patient as they understand their patients come from individual family units, with individualized needs.

Nurses in the United States are viewed as the most trusted profession and often have the closest personal connection with their patients. Through these trusting relationships, nurses care for the sick and work as health promotion and prevention educators. Nurses work to assess and provide holistic nursing care for the patient's physical, mental, and emotional needs. This work is done in the United States through a focus on patient education, health promotion, and prevention with an understanding that humans are complex and many have chronic diseases or are at risk of chronic diseases.

CULTURA SIGURANȚEI PACIENȚILOR ÎN INSTITUȚIILE MEDICALE DIN ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Buta Galina¹, Russu -Deliu Raisa¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Potrivit OMS, circa unul din zece pacienți este afectat în timpul asistenței medicale, iar asistența medicală nesigură este responsabilă pentru mai mult de 3 milioane de decese în fiecare an. În timpul acordării asistenței medicale primare sunt afectați 4 din 10 pacienți, iar 80% (23,6-85%) dintre aceste cazuri pot fi prevenite.

Scopul: Evaluarea inițială a diferitelor aspecte ale siguranței pacienților în cadrul instituțiilor medicale din asistența medicală primară, pentru a identifica problemele care necesită îmbunătățiri suplimentare.

Materialul și metodele: În perioada februarie - iunie 2020 s-a efectuat un studiu transversal, în Centrele de Sănătate, bazat pe chestionarul MOSPSC, prin instrumentul AHRQ (V1.0). Eșantionul de studiu, în număr de 820 medici de familie, a fost unul non-probabilistic, de conveniență cu răspuns voluntar din partea respondenților. Rata de răspuns a fost de 93%. Sondajul a fost realizat atât *față în față* cât și *online*, aplicând drept modalitate de răspuns scala Likert cu 5 nivele. S-a calculat frecvența răspunsurilor pozitive cu identificarea ulterioară a ariei critice și celei dezvoltate a culturii siguranței pacienților.

Rezultate: O singură perspectivă a fost identificată ca un domeniu critic, și anume perspectiva referitoare la „presiunea la locul de muncă și liniștea sufletească”. Pentru toate perspectivele culturii securității pacientului, există diferențe semnificative între scorul înregistrat în mun. Chișinău și scorul înregistrat la nivel raional. Printre perspectivele cu cele mai mari valori cităm în ordine descrescândă: „Învățarea organizațională” (96-98%), „Stresul la locul de muncă și liniștea sufletească” (94-95%), „Procese în Centrul Medical și standardizare” (94-95%), „Trasabilitatea îngrijirii/urmării pacientului” (87-93%) și „Percepția generală a siguranței și calității pacientului” (85-89%). Se constată diferențe semnificative din punct de vedere statistic în funcție de mediul de reședință și locația geografică a Centrelor de Sănătate.

Concluzii: Pentru identificarea problemelor care necesită îmbunătățire este necesar de a evalua accesul la îngrijiri medicale, medicamente, echipamente de diagnostic, schimb de informații și evaluarea calității și siguranței globale.

Cuvinte cheie: Siguranța pacienților, cultura siguranței, medicina de familie, calitatea îngrijirilor medicale

CE ESTE ÎNGRIJIREA INTEGRATĂ? PRINCIPII, CONCEPTE, EXPERIENȚA INTERNAȚIONALĂ. ROLUL INTEGRĂRII SERVICIILOR MEDICALE ȘI SOCIALE ÎN MENȚINEREA SĂNĂTĂȚII ȘI BUNĂSTĂRII POPULAȚIEI DIN COMUNITĂȚI.

Viktoria Stein¹, Mandy Andrew¹, Helen Prytherch², Ala Curteanu³, Tatiana Dnestrean³, Octavian Pascaru³

¹ VM Partners Integrating Health and Care, Fundația Internațională pentru Îngrijire Integrată, Austria;

² Institutul Elvețian Tropical și de Sănătate Publică, Basel, Elveția;

³ Proiect Viață Sănătoasă ”Reducerea poverii bolilor netransmisibile”, Chișinău, Moldova;

Există mai multe inițiative de integrare a serviciilor de asistență comunitară centrată pe oameni în Republica Moldova și la moment este oportun să reflectăm asupra lecțiilor învățate, succeselor și provocărilor continue.

Îngrijirea integrată este o abordare potrivită pentru depășirea deficiențelor de îngrijire și gestionare a persoanelor cu boli cronice, având ca scop să îmbunătățească eficiența, calitatea și eficacitatea serviciilor de sănătate. Contextul, resursele, nevoile locale și persoanele implicate dar și timpul necesar pentru a construi relații de încredere joacă un rol crucial în dezvoltarea, implementarea și coordonarea asistenței integrate.

Inițial s-a pus accentul pe o coordonare mai bună între prestatorii de servicii de sănătate în gestionarea anumitor boli, dar a devenit evident că, pentru a centra intervenția pe persoană, pe sănătatea și bunăstarea ei, îngrijirea include și implicarea sistemului social. Respectiv, este necesară depășirea granițelor între diferite profesii, organizații dar și cultura organizațională. Deși se depun multe eforturi în implementarea integrării, este adesea trecută cu vederea formarea competențelor necesare pentru a lucra în mod integrat.

Din experiența țărilor din Europa și întreaga lume, devine evident că nu este suficient să abordăm doar unele bariere. Soluțiile durabile au nevoie de o abordare multidimensională care să schimbe procesele și structurile de prestare a serviciilor la fel ca și cultura și atitudinile profesioniștilor implicați. Persoanele cu boli cronice, familiile și comunitățile trebuie să fie implicate activ pe parcursul întregului proces pentru a se asigura că nevoile lor sunt satisfăcute și că vocile lor sunt auzite.

Mesajele cheie și concluziile sunt:

- Serviciile integrate trebuie să răspundă nevoilor oamenilor, nu ale prestatorilor sau instituțiilor, reducând decalajele dintre serviciile de sănătate, sociale și altele.
- Gestionarea sănătății populației și a determinantilor sociali se bazează pe abordarea bio-psiho-socială, prin care persoana este percepută holistic nu prin prisma unei boli sau deficiențe.
- Analiza datelor pentru a identifica nevoile, a defini prioritățile și a evalua rezultatele pune baza schimbărilor necesare (resurse, acces) și formularea obiectivelor măsurabile.
- Integrarea îngrijirii poate avea loc când toți partenerii sunt implicați activ în dezvoltarea, managementul, implementarea și evaluarea rezultatelor, prin abordare simultană de sus (decizii) în jos (implementare) și invers, acceptate ferm de factorii de decizie.

• Asistența integrată trebuie adaptată la contextul local și dezvoltată de comunitățile și prestatorii locali pentru a garanta apartenența, implicarea și responsabilitatea, susținută de cultura și valorile celor implicați și relații de încredere.

Cuvinte cheie:

Îngrijiri/ asistență integrată; servicii centrate pe oameni; eficiența, calitatea și eficacitatea serviciilor de sănătate; sănătatea și bunăstarea populației; cultura organizațională și profesională pentru coordonare; abordare multidimensională; participarea pacienților și comunităților în întregul proces;

Referințe:

1. WHO Europe. EUR/RC66/15 Strengthening people-centred health systems in the WHO European Region: framework for action on integrated health services delivery. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2016. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/pages/publications/2016/eurrc6615-strengthening-people-centred-health-systems-in-the-who-european-region-framework-for-action-on-integrated-health-services-delivery>
2. WHO 2015. People-centred and integrated health services: an overview of the evidence. Geneva, World Health Organisation 2015. <https://www.who.int/servicedeliverysafety/areas/people-centred-care/evidence-overview/en/>
3. Goodwin N, Stein V, Amelung V. What is integrated care? in Amelung VE, Stein KV, Goodwin N, Balicer R, Nolte E, Suter E (editors). Handbook Integrated Care. New York, Springer Nature, 2017.
4. Nolte E, Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies, 2014.
5. Cameron A, Lart R, Bostock L, and Coomber, C. Factors that promote and hinder joint and integrated working between health and social care services: a review of research literature. Health Soc Care Community. 2014 May;22(3):225-33. doi: 10.1111/hsc.12057.
6. Kadu MK and Stolee P. Facilitators and barriers of implementing the chronic care model in primary care: a systematic review. BMC Fam Pract. 2015 Feb 6;16:12. doi: 10.1186/s12875-014-0219-0.
7. Evans JM, Daub S, Goldhar J, Wojtak A, and Purbhoo D. Leading integrated health and social care systems: Perspectives from research and practice. Healthc Q. 2016;18(4):30-5.
8. González-Ortiz LG, Calciolari S, Goodwin N, and Stein V. The core dimensions of integrated care: A literature review to support the development of a comprehensive framework for implementing integrated care. Int J Integr Care. 2018 Aug 8;18(3):10. doi: 10.5334/ijic.4198.
9. Kotter JP. A Force for Change. How Leadership differs from Management. New York: The Free Press 1990.
10. Valentijn PP, Boesveld IC, Van der Klauw DM, Ruwaard D, Struijs JN, Molema JJ, Bruijnzeels MA, and Vrijhoef HJ. Towards a taxonomy for integrated care: a mixed-methods study. International Journal of Integrated Care. 2015;15(1):None. DOI: <http://doi.org/10.5334/ijic.1513>.

MONITORIZAREA MANAGEMENTUL PRACTICII MEDICULUI DE FAMILIE, INSTRUMENTUL EUROPEAN. EXPERIENȚA ROMÂNIEI.

Conf dr Andrea Elena Neculau¹, Dr Marius Mărginean²

¹ Universitatea Transilvania Brasov

² Direcția de Sănătate Publică Brașov

Acordarea de servicii de calitate în sănătate este un deziderat global susținut de către organizații internaționale cum ar Organizația Mondială a Sănătății (OMS), Banca Mondială (BM), Organizația pentru cooperare economică și dezvoltare (OECD). Calitatea reprezintă unul din pașii esențiali în atingerea dezideratului de acoperire universală cu servicii (Universal Health Coverage) până în anul 2030. Serviciile de calitate cresc probabilitatea de atingere a dezideratelor de sănătate așteptate pentru populație și se descriu ca fiind eficiente, sigure și centrate pe persoană.

Proiectul „Romanian Family Medicine going European level” al Centrului National de Studii pentru Medicina Familiei (CNSMF) a constituit o etapă în demersurile de creștere a calității în asistența medicală primară în România și a constat în pilotarea instrumentului EPA (European Practice Assessment-EPA) pentru evaluarea calității în asistența medicală primară, proiect realizat în colaborare cu TOPAS și experți olandezi (2005-2008).

În cadrul acestui proiect, a fost implementat instrumentul de evaluare a calității în asistența medicală primară. Instrumentul EPA oferă posibilitatea unei evaluări interne a calității, precum și posibilitatea de comparație a nivelului calității pre și post implementarea de măsuri de intervenție. Instrumentul permite de asemenea comparația cu nivelul de calitate atins de alte cabinete medicale, care participă la proces. Autoevaluarea cabinetului este verificată și de către un evaluator extern care are rol doar de mediator pentru îmbunătățirea calității la nivel de cabinete.

Instrumentul EPA evaluează mai multe dimensiuni. Acestea sunt: calitate și securitate, informații, infrastructura, personalul, resursele financiare. Fiecare dintre aceste dimensiuni prezintă un set de indicatori de calitate, în total EPA insumând 163 de indicatori.

Instrumentul EPA include 5 chestionare dintre care unul este dedicat pacienților. Instrumentul dedicat pacienților, numit EUROPEP, a fost testat în numeroase țări prin cercetări dedicate.

Raportul de evaluare poziționează cabinetul pe o pentagramă a calității și permite atât monitorizarea progresului în managementul cabinetului cât și comparația cu alte cabinete.

Instrumentul EUROPEP și indicatorii sunt acum folosiți atât pentru monitorizarea îngrijirilor din asistența primară, cât și pentru evaluarea internă și cea externă a cabinetelor.

Asemenea instrumente ar trebui adoptate de către organizațiile profesionale în scopul sprijinirii dezvoltării calității în asistența medicală primară.

BEST PRACTICES IN PATIENT SATISFACTION

Angela Tomacinschii¹, Lilia Lupu¹, Ana Ciobanu¹, Svetlana Bodoi,¹ Angela Vatamaniuc¹

¹ IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”

SUMMARY

Background. Assessing and following up patient satisfaction in a healthcare facility is extremely important for improving the quality of healthcare. **The aim** of the study is to identify vulnerable components in the assessment of patient satisfaction. **Material and methods.** A cross-sectional, descriptive study was conducted on a sample of 391 patients at University Primary Health Care Clinic Public Health Institution of Nicolae Testemițanu SUMP in 2023 using the American International Health Alliance (AIHA) patient satisfaction questionnaire. The SPSS statistical software was used for analysing the data. The Likert scale was applied to measure satisfaction, by scoring from 1 to 3 (1 = not satisfied, 2 = neutral, 3 = satisfied). Frequency statistical analysis was applied. **Results.** Out of 391 respondents, the majority were satisfied with the politeness of the medical personnel (98.8%), the sanitary conditions in the facility (93.1%) and the explanations given by the medical workers regarding the disease and the prophylactic measures for prevention of non-communicable diseases (88.7%). **Conclusions.** Systematic assessment of patient satisfaction through questionnaires, implementation of patient-oriented measures to improve the quality health services leads to continuous improvement of health care in the facility. **Keywords:** patient satisfaction, health workers, patients, quality of health care.

REZUMAT

Introducere. Evaluarea și monitorizarea satisfacției pacienților într-o instituție medicală este de o maximă importanță pentru îmbunătățirea calității actului medical. **Scopul** studiului este de a determina componentele vulnerabile în aprecierea satisfacției pacienților. **Material și metode.** A fost realizat un studiu transversal, descriptiv pe un eșantion de 391 pacienți evaluați în anul 2023 la IMSP Clinica Universitară de AMP a USMF „Nicolae Testemițanu” cu aplicarea chestionarului Alianței Americane Internaționale a Sănătății (AIHA) de satisfacție a pacienților. Pentru analiza datelor s-a utilizat aplicația statistică SPSS. Pentru măsurarea satisfacției s-a utilizat Scala Likert, prin aprecierea după punctaj de la 1 la 3 (1=nemulțumit, 2=neutru, 3=mulțumit). Analiza statistică a datelor a cuprins analiza de frecvențe. **Rezultate.** Din totalul de 391 de respondenți, majoritatea au apreciat amabilitatea personalului medical (98,8%), au fost satisfăcuți de condițiile sanitare din instituție (93,1%) și de explicațiile oferite de lucrătorii medicali cu referire la maladie și măsurile profilactice de prevenție a maladiilor netransmisibile (88,7%). **Concluzii.** Evaluarea sistematică a satisfacției pacienților prin chestionare, aplicarea măsurilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale centrate pe pacient duc la perfecționarea continua a actului medical în instituție. **Cuvinte-cheie:** satisfacția pacienților, lucrători medicali, pacienți, calitatea serviciilor medicale.

Introducere. Asistența medicală primară constituie veriga principală în acordarea asistenței medicale profilactice a populației. Creșterea cererii, volumul de muncă extins, deficitul de cadre medicale contribuie la calitatea serviciilor medicale. Acest lucru a devenit o prioritate pentru toți furnizorii de servicii de sănătate, cu obiectivul optim de a atinge un grad ridicat de

satisfacție a pacientului [1]. Opinia pacientului în ultimele decenii are un rol din ce în ce mai mare în evaluarea prestării serviciilor de sănătate. Mai multe studii au etalat o asociere dintre satisfacția pacienților și calitatea asistenței medicale [2,3]. Asistența medicală centrată pe pacient este asociată cu satisfacția acestuia, care apoi are un impact asupra rezultatelor pozitive în promovarea profilaxiei și tratamentului maladiilor [4].

Un număr mic de publicații relatează problema evaluării satisfacției pacienților cu privire la serviciile medicale în Republica Moldova, majoritatea fiind realizate pe pacienți spitalizați [5,6,7,8]. Acest fapt a determinat necesitatea realizării unui studiu pentru a stabili obiective în îmbunătățirii calității actului medical bazate pe dovezi.

Scopul: Evaluarea satisfacției pacienților în IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu” (în continuare – Clinica) pe parcursul anului 2023.

Obiectivele cercetării au constat în analiza satisfacției persoanelor care se deservesc în Clinică, inclusiv în comparație cu rezultatele obținute în anul 2022; identificarea cerințelor, necesităților și așteptărilor pacienților cu transpunerea acestora în reglementări interne cu privire la anumite caracteristici ale calității, care stau la baza serviciilor de sănătate furnizate de instituție.

Materiale și metode. A fost realizat un studiu transversal, descriptiv pe un eșantion de 391 pacienți evaluați pe parcursul anului 2023 la IMSP Clinica Universitară de AMP a USMF „Nicolae Testemițanu” cu aplicarea chestionarului Alianței Americane Internaționale a Sănătății (AIHA) de satisfacție a pacienților, tradus în limba română de către un traducător profesionist. Chestionarul a fost adaptat la rigorile și condițiile instituției și aprobat la ședința Consiliului Calității. Chestionarul conține 16 întrebări (Anexa 1).

Completarea și returnarea chestionarului după explicația studiului a fost considerată consimțământ informat.

Datele colectate prin intermediul chestionarelor au fost transpuse în baza de date în format Excel, elaborată în acest scop. Pentru analiza datelor s-a utilizat aplicația statistică SPSS. Pentru măsurarea satisfacției s-a utilizat Scala Likert, prin aprecierea după punctaj de la 1 la 3 (1=nemulțumit, 2=neutru, 3=mulțumit). Analiza statistică a datelor a cuprins analiza de frecvențe. Datele sunt prezentate în formă tabelară și grafică.

Rezultate. Au fost distribuite câte 400 chestionare în anul 2022 și 2023, returnate 303 în 2022 și 391 în anul 2023. Vârsta medie, în rândul a 391 de respondenți, a fost de (42.9 ± 16.7) ani, mediana vârstei = 42 ani. Cel mai tânăr respondent a avut 17 ani, cel mai în vârstă 83 ani, 28 persoane nu au indicat vârsta. Cele mai multe persoane participante în studiu (27,0%) au avut vârsta de peste 55 ani. Jumătate din pacienți la întrebarea de cât timp (ani) se deservesc la Clinică au răspuns anonim, ce constituie (58,0%), (28,0%) au răspuns că până la 3 ani, (4,0%) 4-5 ani, (10,0%) mai mult de 6 ani.

Marea majoritate din pacienți (95%) în anul 2022 au menționat că sunt satisfăcuți de orele de activitate a instituției, (4,0%) neutri, (1,0%) nemulțumiți, față de anul 2023 - când (87,0%) din pacienți au menționat că sunt mulțumiți, (12,0%) neutri, (1,0%) nemulțumiți. În dependență de durata aflării pe lista medicilor de familie din Clinică pe parcursul anilor 2022-2023 cota mai mare

de mulțumiți (100%) au constituit-o cei cu perioada de 3-5 ani, (92,3%) mai mult de 6 ani și (91,9%) mai puțin de 3 ani. Analiza după sex a identificat că femeile sunt mai mulțumite de cât bărbații, ce constituie (89,9%) femei față de (82,0%) bărbați. După vârstă cei mai mulțumiți (92,8%) au fost persoanele mai tinere de 24 ani, (87,5%) cu vârsta de 25-44 ani, (84,1%) mai mari de 45 ani.

La modalitatea de înscriere la medic în anul 2022 (91,0%) din pacienți au răspuns că sunt mulțumiți, (9,0%) neutri, 0% nemulțumiți. 2023 mulțumiți (89,0%), neutri (10,0%), nemulțumiți (1,0%). Cuantificarea gradului de satisfacție în raport cu numărul de ani de evidență în instituție a stabilit o cotă de persoane mulțumite de (89,2%) mai puțin de 3 ani, (87,5%) 3-5 ani, (87,2%) mai mult de 6 ani. Totodată, atât bărbații (88,5%) cât și femeile (88,6%) apreciază pozitiv modalitatea de înscriere la medic. Dar, după vârstă (93,1%) din persoanele 25-44 ani au fost mulțumite, (85,4%) mai mari de 45 ani și (83,7%) din cei mai tineri de 24 ani.

Referitor la condițiile sanitare din instituție majoritatea respondenților (94,0%) în anul 2022 și (93,0%) în 2023 au fost mulțumiți de condițiile din instituție. De asemenea, indiferent de perioada de deservire la medic din cadrul Clinicii < 3ani (96,4%), 3-5 ani (100,0%) și >6 ani (97,4%) pacienți au fost mulțumiți de condițiile sanitare. În același timp, femeile au fost mai mulțumite (95,2%) decât bărbații (90,2%) de curățenia din unitatea medicală. Pacienții din diferite categorii de vârstă (<24 ani, 25-44 ani, >45 ani) au apreciat ca fiind mulțumiți de condițiile sanitare din Clinică.

O altă problemă abordată a fost care este durata de așteptare pentru programare la medic. La această întrebare au răspuns că au fost mulțumiți (69,0%) în 2022 și (73,0%) în 2023. Cota persoanelor pacienți ai instituției date cu o durată >6 ani mulțumiți de timpul de așteptare pentru programare la medic a constituit (82,1%), 3-5 ani – (81,2%) și <3 ani (64,9%). Respectiv, (73,7%) femei și (69,6%) bărbați la întrebarea dată au răspuns că sunt mulțumiți. Aproximativ egale au fost cotele respondenților (70,9%, 71,5%, 72,5%) în grupele de vârstă <24 ani, 25-44 ani, >45 ani, respectiv care au bifat calificativul mulțumiți la capitolul dat.

Atât în anul 2022, cât și în anul 2023 (78,0%) pacienții au fost mulțumiți de accesibilitatea la serviciile paraclinice în laboratorul instituției. Stratificarea pacienților după perioada de supraveghere la medicii Clinicii <3 ani, 3-5 ani, > 6 ani și aprecierea celor mulțumiți în aceste grupe a identificat: (82,9%, 93,8%, 89,7%), respective. În funcție de sex (81,1%) femei și (75,4%) bărbați au fost mulțumiți la capitolul dat. Evaluarea în categoriile de vârstă <24 ani, 25-44 ani, >45 ani a stabilit cote a persoanelor mulțumite de (83,6%, 83,3%, 72,6%), respectiv.

Mulțumiți de accesul la consultația medicilor specialiști în anul 2022 au fost (81,0%) pacienți față de (88,0%) în anul 2023. O cotă mai mare a persoanelor mulțumite (87,5%) a fost apreciată la cei care sunt înregistrați ca pacienți ai Clinicii de 3-5 ani, urmați de cei mai mult de 6 ani (82,1%) și ulterior mai puțin de 3 ani (78,4 %). De asemenea, femeile au fost mai mulțumite constituind (81,1%) din numărul total de femei, iar bărbații (72,1%) din numărul total de bărbați. Odată cu înaintarea în vârstă numărul persoanelor mulțumite de accesul la consultul medicilor specialiști descrește, cota lor constituind (87,3%, 79,2%, 73,2%), respectiv (<24 ani, 25-44 ani, >45 ani).

Timpul acordat de medic pentru o vizită. La întrebarea dată proporția persoanelor mulțumiți a crescut în 2023 (93,0%) față de 2022 (83,0%). În același timp, se mărește cota respondenților mulțumiți (83,8%, 93,8%, 97,4%) odată cu mărirea duratei de deservire în instituție <3 ani, 3-5 ani, > 6 ani. Femeile au fost mai mulțumite (86,0%) de cât bărbații (77,0%) de timpul acordat de medic la o vizită. În dependență de vârstă cota persoanelor mulțumite a constituit (80,0%) la cei <24 ani, (84,0%) la cei de 25-44 ani și (82,3%) la persoanele >45 ani.

Mulțumiți de explicațiile oferite de medici în timpul vizitelor atât în anul 2022, cât și în anul 2023 au fost (93,0%) din pacienți. De menționat faptul, că și cota persoanele cu răspunsul mulțumiți care sunt pacienți ai Clinicii mai mult de 3 ani a fost (100%), iar cota femeilor din totalul de femei a fost de (88,6%), a bărbaților (89,3%). La persoanele cu vârsta mai mică de 24 ani cota persoanelor mulțumite de explicațiile medicilor a fost de (87,3%), la cei de 25-44 ani (86,8%) și la persoanele peste 45 ani (91,5%).

Sfaturile medicului și asistentului medical în domeniul profilaxiei maladiilor sunt importante în promovarea sănătății în sectorul deservit. La acest capitol mulțumiți în anul 2022 au fost (87,0%), iar în anul 2023 (94,0%). E de neexplicat faptul, că cu mărirea duratei de aflare în evidență la medicii din Clinică <3 ani, 3-5 ani, > 6 ani cota persoanelor mulțumite descrește (91,0%, 87,5%, 87,2%), respectiv. Totodată, femeile au fost mai mulțumite (88,2%) de cât bărbații (77,0%). Cei mai mulțumiți de sfaturile lucrătorilor medicali în problemele de profilaxie au fost persoanele de vârstă 25-44 ani (86,8%), urmate de grupul de vârstă mai mari de 45 ani (83,5%) și mai mici de 24 ani (81,8%).

Amabilitatea și compasiunea personalului medical. Cota persoanelor cu răspunsul mulțumite a crescut în anul 2023 (94,0%), față de (90,0%) în anul 2022. De asemenea, a crescut cota persoanelor mulțumite odată cu creșterea duratei de aflare în supraveghere în instituție de la (90,1%) (<3 ani) la (92,3%) la cei > 6 ani. Cota femeilor mulțumite a constituit (91,7%) din numărul de persoane de sex feminine, iar a bărbaților (86,9%) din numărul persoanelor de sex masculin. În grupurile de vârstă <24 ani, 25-44 ani, >45 ani cota persoanelor mulțumite crește constituind (83,6%, 88,9%, 93,9%), respectiv.

De respectarea confidențialității în timpul vizitelor și procedurilor în anul 2022 au fost mulțumite (88,0%) persoane, iar în anul 2023 (93,0%). În același timp, cota respondenților care sunt pe lista medicilor din instituția dată timp de 3-5 ani și au fost mulțumiți constituie (100,0%), spre deosebire de cei din grupul <3 ani (91,9%) și > 6 ani (92,3%). Analiza cotelor pacienților mulțumite printre femei a constituit (91,7%), printre bărbați (85,2%), iar în dependență de vârstă proporția intervievaților mulțumiți a fost de (89,3%) la cei de până la 24 ani, (95,7%) de 25-44 ani și (91,5%) mai mari de 45 ani.

Pe perioada anilor 2022-2023 de calitatea serviciilor medicale acordate în Clinica Universitară au fost mulțumiți (85,0%) și (91,0%). Toate persoanele care beneficiază de asistență medicală în instituție au fost mulțumite la acest capitol, (91,0%) din grupul <3 ani, (92,3%) > 6 ani. Femeile au răspuns că sunt mulțumite (89,5%) și (77,9%) bărbații. Printre persoanele cu vârsta mai mică de 24 ani mulțumiți de calitatea serviciilor medicale acordate în Clinică au fost (87,3%), vârsta 25-44 ani (84,7%), mai mare de 45 ani (84,1%).

Cu referire la părerile serviciilor medicale acordate în Clinica Universitară comparativ cu alte instituții, în anul 2022 (61,0%) din pacienți au apreciat calitatea serviciilor în Clinica ca fiind mai bună decât în alte instituții, iar în anul 2023 (63,0%) pacienți. Cota persoanelor care sunt pe lista medicului de familie mai mult de 6 ani la capitolul dat au răspuns mai bune (84,6%), a femeilor (60,7%) din numărul de persoane de sex feminine, iar a bărbaților de (58,5%), respectiv. Au apreciat cu calificativul mai bune serviciile acordate în Clinică (61,5%) din cei cu vârsta până la 24 ani, (71,6%) 25-44 ani, (51,2%) mai mari de 45 ani.

Discuții. Principalele constatări ale acestui studiu au fost: amabilitatea personalului medical apreciată cu (98,8%), condițiile sanitare din instituție (93,1%), explicațiile oferite de lucrătorii medicali cu referire la maladiile și măsurile profilactice de prevenție a maladiilor netransmisibile – (88,7%). Acest studiu are unele limitări. Prima - dimensiunea mică a eșantionului, care necesită ajustări suplimentare. Alta, se referă la posibilul prejudiciu cauzat de selecție. Numărul tinerilor incluși în studiu este comparativ mai mare, ce reflectă structura populației din sectorul deservit datorită contingentului de studenți și rezidenți ai USMF „Nicolae Testemițanu” și este aproximativ egal cu cel al persoanelor mai mari de 55 ani. Recrutarea respondenților a fost efectuată de lucrătorii medicali și este posibilă eventuală omitere a persoanelor nemulțumite de calitatea serviciilor medicale. În pofida acestor limitări, studiul are mai multe puncte forte: sondajul a permis evaluarea și aprecierea calității serviciilor medicale în comparație cu satisfacția pacienților.

Concluzii:

1. Gradul de satisfacție a pacientului la majoritatea compartimentelor este apreciat cu calificativul mulțumiți.
2. Implementarea unui plan de acțiuni cu privire la îmbunătățirea calității serviciilor acordate pacienților conduce la creșterea gradului de satisfacție a acestora.
3. Evaluarea sistematică a satisfacției pacienților prin chestionare, aplicarea măsurilor de îmbunătățire a calității serviciilor medicale centrate pe pacient duc la perfecționarea continua a actului medical în instituție.

Declarația de conflict de interese

Nimic de declarat

Contribuția autorilor

Autorii au contribuit în mod egal la elaborarea și scrierea manuscrisului. Versiunea finală a fost citită și acceptată de către toți autorii.

Bibliografie

1. Dragomir, L. Etapele principale ale procesului de îmbunătățire a calității serviciilor medicale în Republica Moldova. Administrarea Publică nr. 4, 2021, p.98.
2. Evaluarea-satisfacției-tr.ii <https://srcalarasi.md/wp-content/uploads/2021/12/-2021>.
3. Hurst, J., Jee-Hughes, M. Performance Measurement and Performance Management in OECD Health Systems. In: OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers [online]. 2001, nr. 47. Paris: OECD Publishing [citat 13.22.2023].
4. Faiza Manzoor et. al. Patient Satisfaction with Health Care Services; An Application of Physician's Behavior as a Moderator. În: J Environ Res Public Health. 16(18) 2019.

5. Kijima T *et. al.* Patient satisfaction and loyalty in Japanese primary care: a cross-sectional study. În: BMC Health Serv Res. 21(1)/2021 p.274.
6. Plewnia A, Bengel J, Körner M. Patient-centeredness and its impact on patient satisfaction and treatment outcomes in medical rehabilitation. În: Patient Education and Counseling. 2063–2070/2016. p. 99.
7. Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale <https://old.msmps.gov.md/ro/content/fost-lansat-primul-studiu-de-evaluare-satisfactiei-pacientilor-la-externare-1>
8. Raport de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților. https://ifp.md/files/u1/radul_de_satisfactie_a_pacientilor_Vorniceni_0.pdf
9. Raport de evaluare a gradului de satisfacție a pacienților în perioada aprilie-iunie 2021
10. Vázquez-Cruz E *et. al.* Patient satisfaction in primary medical care in Mexico. În: Rev Salud Publica (Bogota). 20(2)/2018 pp.254-257

A N C H E T Ă

Stimată Doamnă/ Stimate Domn,

Vă mulțumim că ați apelat la serviciile oferite de instituția noastră!

În vederea îmbunătățirii continue a serviciilor medicale, suntem interesați să aflăm opinia Dumneavoastră despre serviciile medicale de care ați beneficiat în cadrul IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF “Nicolae Testemițanu”.

Va rugăm să aveți amabilitatea de a răspunde la întrebările de mai jos și a depune acest chestionar în cutia de la recepție.

Nu trebuie să semnați, acest chestionar este anonim și confidențial.

1. Ce vârstă aveți? ____ ani
2. Bărb. Fem.
3. De câți ani vă deserviți în acest Centru? Sunt pentru prima dată Mai puțin de un an Timp de 2 ani

	VĂ RUGĂM SĂ BIFAȚI O SINGURĂ CĂSUȚĂ PENTRU FIECARE ÎNTREBARE APARTE	Nemulțumit 1	Neutru 2	Mulțumit 3
4	Sunteți satisfăcut de orele de lucru ale instituției?			
5	Modalitatea de înscriere la medic			
6	Curățenia în instituție			
7	Durata de așteptare pentru programare la medic			
8	Accesul la investigații de laborator			
9	Accesul la consultația specialiștilor			
10	Timpul care vă este acordat de către medic la vizită			
11	Lămuririle pe care vi le dă medicul referitor la sănătatea Dvs sau tratament			
12	Sfaturile medicului sau asistentei referitor la profilaxie			

13	Amabilitatea și compasiunea personalului medical			
14	Respectarea confidențialității în timpul vizitelor și procedurilor			
15	Sunteți Dvs satisfăcut în general de calitatea serviciilor medicale în această instituție?			
16	Serviciile acordate în această instituție (<i>luați în cerc</i>):	Sunt mai bune ca în alte instituții	Sunt aceleași ca în alte instituții	Sunt mai proaste ca în alte instituții

Ce sugestii ați putea face pentru îmbunătățirea calității serviciilor noastre medicale?

ARDEREA PROFESIONALĂ LA LOCUL DE MUNCĂ

Angela Tomacinschii¹, Ana Ciobanu¹

¹ IMSP Clinica Universitară de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu”

Introducere. Sindromul Burnout este definit drept o stare de tensiune extremă și specifică, ce apare datorită stresului ocupațional de durată, cu manifestări negative în plan psihologic, psihofiziologic și comportamental (Greenberg, 1998). Se caracterizează prin trei dimensiuni: sentimente de epuizare sau epuizare a energiei; distanță mentală crescută față de locul de muncă sau sentimente de negativism sau cinism legate de locul de muncă; și eficacitate profesională redusă.

Scopul studiului a fost de a evalua sindromului Burnout în rândul personalului angajat în cadrul Clinicii Universitare de Asistență Medicală Primară a USMF „Nicolae Testemițanu” pe parcursul anului 2023.

Material și metode. Întru evaluarea Sindromului Burnout în rândul personalului angajat în cadrul clinicii s-a aplicat chestionarul internațional - Chestionarul de Burnout Maslach (Maslach Burnout Inventory – Maslach C.Jackson, S. E.,1981). Datele colectate prin intermediul chestionarelor au fost transpuse în baza de date în format Excel, elaborată în acest scop. Pentru analiza datelor s-a utilizat aplicația statistică SPSS și aplicată analiza descriptivă. Întru aprecierea nivelului Sindromului Burnout s-a utilizat Scala Likert în 5 trepte, cum urmează: 1 – foarte rar, 2 – rar, 3 – uneori, 4 – frecvent, 5 – foarte frecvent.

Rezultate. Au fost colectate 61 chestionare. La sondaj, au participat inclusiv serviciul administrativ și gospodăresc. Urmare a sumării punctajului obținut în baza itemilor aplicați, studiul relevă un nivel înalt de manifestare a sindromului Burnout în 3% cazuri, un nivel mediu pentru în 54% și un nivel scăzut în 33% cazuri. Pentru 6 persoane nu a fost posibil de a obține scorul total pentru evaluarea sindromului, din motivul lipsei răspunsurilor pentru unii itemi.

Concluzii. În Clinică prevalează nivelul mediu al sindromului Burnout apreciat în 54% cazuri. Un nivel înalt al sindromului Burnout a fost apreciat în 3% cazuri.

Cuvinte-cheie: sindromul Burnout, angajați, locul de muncă.

BURNOUT IN THE WORKPLACE

Angela Tomacinschii¹, Ana Ciobanu¹, Daniela Prisacaru¹

¹ University Primary Health Care Clinic Public Health Institution of Nicolae Testemițanu SUMPH

Background. Burnout syndrome is defined as a state of extreme and specific tension resulting from long-term occupational stress and having negative psychological, psychophysiological, and behavioural signs (Greenberg, 1998). This is characterized by three dimensions: feelings of exhaustion or energy depletion; increased mental distance from work or feelings of negativity or cynicism about work; and reduced job effectiveness.

The aim of the study was to assess Burnout Syndrome among personnel employed of the University Primary Health Care Clinic Public Health Institution of Nicolae Testemițanu SUMPH in 2023.

Materials and methods. In order to assess Burnout Syndrome in personnel employed in the clinic, the international questionnaire - Maslach Burnout Inventory (Maslach Burnout Inventory - Maslach C. Jackson, S. E., 1981) was applied. Collected data from the questionnaires were translated into the Excel database developed for this purpose. SPSS statistical software was used for data analysis and descriptive statistical analysis was applied. To assess the level of Burnout Syndrome, a 5-step Likert scale was used, as follows: 1 - very rarely, 2 - rarely, 3 - sometimes, 4 - frequently, 5 - very frequently.

Results. Sixty-one questionnaires were collected. Personnel from administrative and healthcare housekeeping services also participated in the survey. After summarizing the item scores, the study revealed a high level of burnout syndrome in 3% of cases, a medium level in 54% and a low level in 33% of cases. For 6 people it was not possible to obtain the total score for the syndrome assessment due to lack of answers for some items.

Conclusions. The average level of burnout syndrome was found in 54% of cases. A high level of Burnout Syndrome was assessed in 3% of cases.

Keywords: burnout syndrome, personnel, workplace.



MAMA ȘI COPILUL



BOLILE NETRANSMISIBILE ASOCIATE GRAVIDITĂȚII ȘI COMPLICAȚIILE PERINATALE ELOCVENTE

Greco Chiril¹, Petrov Victor, ¹ Pădure Valeriu¹, Bursacovscaia Natalia¹, Opalco Igor¹, Cojocari Victoria¹, Botnari Mihaela¹

¹ Laborator științific Obstetrică, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău

Rezumat

Introducere. Patologiile non-transmisibile asociate sarcinii este printre principalele cauze ale morbidității și mortalității materne și fetale la nivel mondial fiind un risc pentru sănătatea mamei cât și a sugarului. Hipertensiunea arterială în sarcină continuă să crească din cauza vârstei înaintate la prima sarcină și a prevalenței crescute a obezității și a altor factori de risc cardio-metabolici. Obezitatea maternă afectează evoluția sarcinii, aceste femei sunt mai susceptibile la tulburări hipertensive, diabet gestațional, complicații respiratorii, complicații în timpul nașterii. **Scopul.** Aprecierea incidenței bolilor netransmisibile (BNT) asociate gravidității și influenței acestora asupra evoluției sarcinii și rezultatelor perinatale. **Material și metode.** Prin studiu epidemiologic descriptiv transversal s-a analizat nașterile din IMSP IMșiC pe perioada retrospectivă de 5 ani (2008-2012) (25816 cazuri), și anul 2019 (5322 cazuri). **Rezultate.** Prezența patologiei multiple la mamă a arătat asocieri statistice semnificative cu morbiditatea neonatală. În sarcina la termen pe primul plan se evidențiază dereglările hipertensive și endocrine (obezitatea și diabetul gestațional). Diabetul zaharat este asociat cu un raport al șanselor sporit de malformații congenitale cardiovasculare și icter neonatal. La gravidele obeze este triplă probabilitatea șanselor de a avea la naștere un făt macrosom, iar riscul necesității de rezolvare a nașterii prin OC este dublu. Prezența patologiei somatice materne în perioada perinatală este un factor de risc înalt pentru morbiditatea neonatală fiind direct proporțional cu termenul de gestație. Bolile netransmisibile la gravide sunt asociate cu complicații perinatale: asfixie fetală, pneumonie post-aspirativă, traumatism în naștere, icter, internare în secția Reanimare Nou-născuți. **Concluzii.** A fost demonstrat că maladiile non-transmisibile materne precum stările hipertensive, diabetul zaharat și obezitatea sunt asociate cu rezultate perinatale nefaste (malformații cardiovasculare, prematuritate, greutate mică sau excesivă a fătului la naștere, icter neonatal, asfixie, traumatism obstetrical). Influența acestor patologii crește odată cu asocierea lor și/sau asocierea patologiilor obstetricale.

Patologia extragenitală cronică compensată nu are efect negativ asupra evoluției și rezultatelor sarcinii la termen ce impune o pregătire pregravidară și supraveghere prenatală adecvată.

Introducere. Bolile netransmisibile, cum ar fi bolile cardiovasculare, cancerul, afecțiunile respiratorii cronice și diabetul, reprezintă o cauză majoră în ceea ce privește invaliditatea, starea de sănătate precară, pensionarea pe caz de boală și moarte prematură, acest lucru având consecințe sociale și economice considerabile. Potrivit Organizației pentru Cooperare și Dezvoltare (OCDE), în fiecare an în Uniunea Europeană (UE) circa 550 000 de persoane în vârstă de muncă mor prematur din cauza unei boli netransmisibile. Acestea sunt principala cauză de mortalitate în UE, reprezentând cea mai mare parte a cheltuielilor de asistență medicală - 115 miliarde euro anual, cu alte cuvinte 0,8% din PIB-ul anual al acestor țări¹. Aceasta trebuie recunoscută ca un element major al agendei mai largi de sănătate publică, cu eforturi puternice pentru promovarea sănătății imune ca parte integrantă a prevenirii BNT².

Mai mult de jumătate din populația Republicii Moldova suferă de boli netransmisibile, inclusiv de boli cardiovasculare, cancer, boli respiratorii cronice, boli digestive, obezitate și diabet⁵.

Tendențele BNT în Republica Moldova: Evoluția ratei mortalității atribuite BNT în Republica Moldova arată o scădere constantă în ultimii ani, dar pentru anumite boli concrete rămâne semnificativ mare. Povara bolilor netransmisibile subminează dezvoltarea socială și economică în Republica Moldova și, din acest motiv, reprezintă o prioritate urgentă pentru sănătatea publică^{6,7,8}.

Tulburările hipertensive ale sarcinii (HTA) este printre principalele cauze ale morbidității și mortalității materne și fetale la nivel mondial și implică un risc pentru sănătatea mamei cât și a sugarului. Conform datelor actuale, HTA în sarcină continuă să crească din cauza vârstei înaintate la prima sarcină și a prevalenței crescute a obezitității și a altor factori de risc cardio-metabolici. Bolile cardiovasculare, inclusiv accidentele cerebrovasculare și cardiomiopatia, reprezintă acum aproximativ jumătate din toate decesele materne⁴.

Obezitatea este o preocupare globală de sănătate în rândul adulților și copiilor are un impact social și cheltuieli economice majore. Numărul de femei de vârstă reproductivă care sunt supraponderale (indicele de masă corporală IMC 25–30 kg/m² sau obeze IMC > 30 kg/m²) continuă să crească, odată cu incidența obezitității în rândul femeilor însărcinate acum estimat între 18,5 și 38,3%.⁹ Ratele de fertilitate sunt mai mici în rândul femeilor supraponderale și femeile obeze, în ceea ce privește concepția spontană cât și prin tehnici de reproducere artificială.¹⁰ Obezitatea maternă afectează evoluția sarcinii, aceste femei sunt mai susceptibile la tulburări hipertensive, diabet gestațional, complicații respiratorii, complicații în timpul nașterii, evenimente tromboembolice^{11,12}.

Într-adevăr, obezitatea poate explica morbiditatea crescută, inclusiv risc crescut (2,8 ori) de naștere prematură sau tardivă, în astfel de sarcini¹⁴⁻¹⁸. Din perspectiva fetală și a nou-născutului, complicațiile includ malformații congenitale¹⁷ prematuritate, restricție de creștere intrauterină, nașterea laborioasă cu distocie a umerilor și morbiditate neurologică postnatală. În fine, efectele nu se limitează numai la sarcină. Obezitatea și diabetul gestațional, de asemenea, au rate mai mari de progresie spre diabet de tip II¹³ și boli cardiovasculare mai târziu manifestate pe parcursul vieții la aceste femei¹⁸.

Prin urmare, în timp ce femeile obeze pot avea copii în intervalul de greutate normală la naștere, cu placentă de dimensiuni normale și aparent un rezultat normal ar putea exista un efect de programare asupra fătului care se dezvăluie prin BNT, ulterior pe parcursul vieții¹⁸.

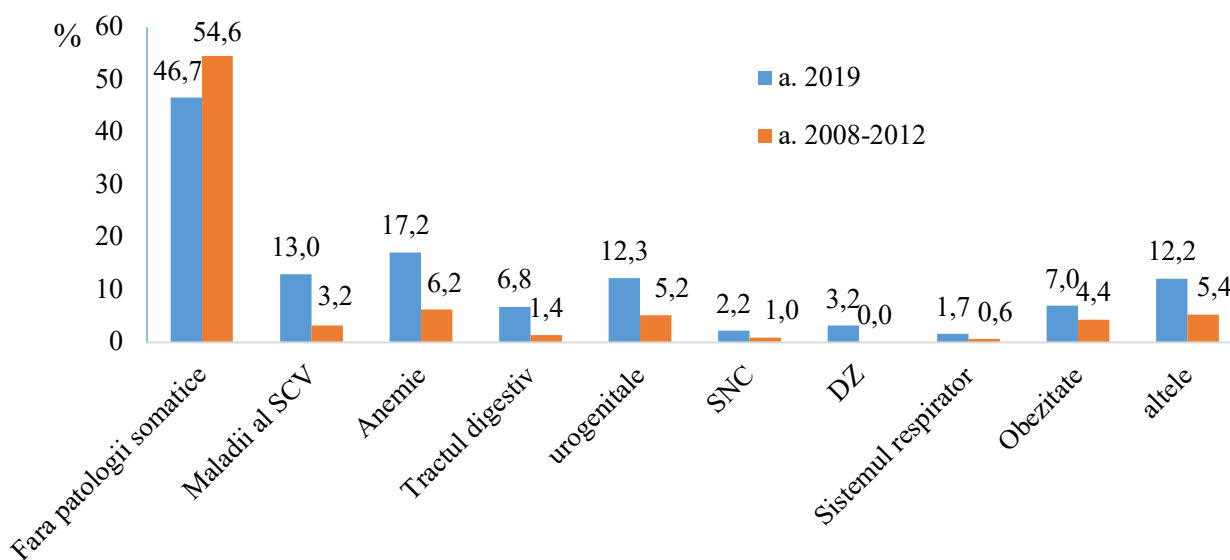
Scop. Aprecierea incidenței bolilor netransmisibile (BNT) asociate gravidității și influenței acestora asupra evoluției sarcinii și rezultatelor perinatale.

Material și metode. Prin prisma unui studiu epidemiologic descriptiv transversal bazat pe metoda de analiză retrospectivă a datelor statistice oficiale din Formularul 32a, analiza secundară a bazei de date electronice extrase din Registrele nașterilor și nou-născuților a IMSP IMȘIC pe perioada retrospectivă de 5 ani (2008-2012), și pentru comparație dinamică cazurile din anul 2019. În anii 2008-2012 au fost analizați 25 816 de nașteri, și în anul 2019 - 5 322 de nașteri. Toate nașterile incluse în studiu au avut loc în cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului.

A fost îndeplinit și analizat fișierul electronic longitudinal al evoluției sarcinii, rezultatelor nașterii și perioadei neonatale a nou-născuților, utilizând programele Microsoft Excel și IBM® SPSS® Statistics 19.

Rezultate. În studiul retrospectiv epidemiologic, prin analiză statistică, a fost stabilită structura patologiilor din cadrul BNT cu cea mai înaltă frecvență maladii cardiovasculare (în special stările hipertensive: preeclampsia, hipertensiunea indusă de sarcină (HTAIS)), anemii, patologii endocrine - reprezentate prin diabetul zaharat gestational și altele (figura 1)

Figura 1. Incidența patologiilor nontransmisibile asociate sarcinii



Din datele obținute a anilor respectivi, observăm o tendință de creștere a incidenței BNT în rândul femeilor gravide, în special patologia sistemului cardiovascular (SCV) de la 3,2% până la 13,0%, patologia tractului digestiv de la 1,4% până la 6,8%, tendință de creștere a diabetului zaharat (DZ) până la 3%, a crescut de 2 ori incidența obezității de la 4,4% până la 7,0% și triplarea incidenței a stărilor anemice.

A fost constatat că BNT poate avea o influență directă asupra evoluției sarcinii și stării intrauterine a fătului. Stările hipersensibile sunt asociate cu un risc ridicat de naștere a unui copil cu restricție de creștere fetală (RCF) (OR=1,99; [1,45 – 3,81], p<0,05). Patologia cardiovasculară maternă era asociată cu un raport ridicat al șanselor de a naște un copil cu malformații cardiovasculare (OR=4,65; [1,20 – 21,14], p<0,05).

Patologia sistemului digestiv a raportat o șansă sporită de a avea rezultate perinatale nefaste precum: RCF (OR=2,50 [1,04-6,00], p<0,05), icter neonatal (OR=3,78 [1.67-8.51], p<0,001).

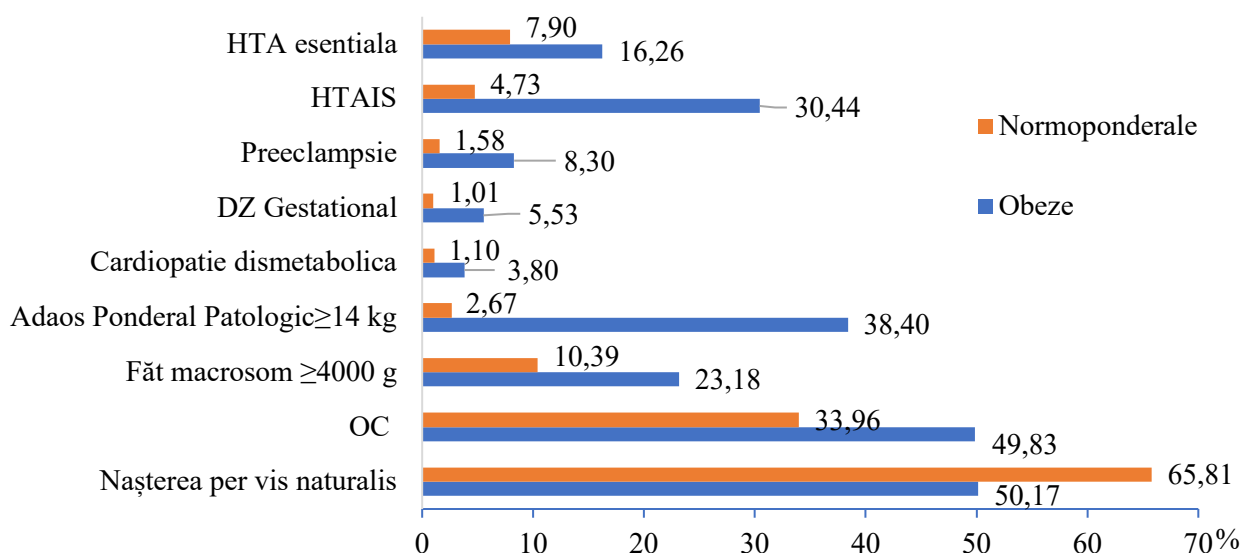
Diabetul zaharat are, de asemenea, aport nefast asupra stării de sănătate a nou-născuților, fiind asociat cu un raport al șanselor de malformații congenitale cardiovasculare (OR=5,43 [1,02-28,82], p<0,05) și icter neonatal (OR=2,33 [1,03-5,29], p<0,05).

În sarcina la termen pe primul plan se evidențiază dereglările endocrine: obezitatea și diabetul gestațional. Pe parcursul anului 2019 cu obezitate au fost 371 parturiente, ceea ce cuprinde 6,96%, din rândul cărora nașteri la termen ≥ 37 s.a. au atins doar 77,9% (289) cazuri.

Diabetul zaharat cu multiplele forme are aport nefast asupra stării de sănătate a nou-născuților, fiind asociat cu un raport al șanselor sporit de a naște un făt cu: malformații congenitale cardiovasculare: (OR=5,43 [1,02-28,82], p<0,05), și icter neonatal (OR=2,33 [1,03-5,29], p<0,05).

Gravidele cu obezitate au avut patologii asociată, precum HTA esențială în 16,26% (47) cazuri, HTAIS în 30,44% (88) cazuri, iar preeclampsie în 8,30% (23) cazuri. Constatate cu adaos ponderal patologic (≥ 14 kg) 38,40% de gravide, dintre care doar jumătate au putut să nască pe cale vaginală (figura 2) (50,17% lotul de bază vs 65,81% lotul de control, p<0,05). La fiecare a 4-a gravidă obeză pe gravidogramă s-a înregistrat accelerarea creșterii intrauterine a fătului, iar la gravide normoponderale doar la 1-a din 10. La gravidele obeze crește probabilitatea șanselor de a avea la naștere un făt macrosom (OR=2,6 [1,93-3,51], p<0,05). și crește șansa necesității de rezolvare a nașterii prin OC (OR=1,67 [1,31-2,14], p<0,05).

Figura 2. Complicațiile sarcinii și nașterii la pacientele obeze și normoponderale



S-a apreciat că a gravidele obezitate în sarcină este asociată cu un raport sporit al șanselor de complicare a sarcinii cu: adaos ponderal patologic mai mult decât norma admisibilă la categoria respectivă (OR=22,7 [16,65-30,97], p<0,05); hipertensiune indusă de sarcină (OR=8,81 [6,55-11,85], iar preeclampsie de 5,37 [3,20-8,94], p<0,05), DZ gestațional (OR=6,45 [3,54-11,64], p<0,05); cardiopatie dismetabolică (OR=3,5 [1,71-7,10], p<0,05).

Am constatat că nou-născuți de la mamele obezeau probabilitatea sporită a șanselor de a se naște în asfixie a fost de (OR=1,53 [1,18-4,10], p<0,05), de a manifesta pneumonie (postaspirativă) (OR=2,78 [1,96-9,32], p<0,05); complicare cu traumatism la naștere (OR=2,56 [1,73-12,73], p<0,05); icter 1,43 [1,26-7,83], p<0,05); sporind probabilitatea de a ajunge în secția Reanimare Nou-născuți (OR=1,65 [1,36-7,83], p<0,05).

Prezența patologiei somatice materne în perioada perinatală a fost un factor de risc înalt pentru nașterea prematură sub 28 s.a. - în 521 (1,91%) cazuri, la 28-36 s.a. - 2745 (10,1%) cazuri, la 37-42 s.a. - 23896 (87,9%) cazuri, morbiditatea neonatală a atins 43,55%, direct proporțională cu termenul de gestație.

Din totalul copiilor născuți (n=27162) în perioada ante-intranatală au decedat 365 de feți (13,4‰), în perioada neonatală precoce - 200 (7,3‰), au supraviețuit în total, 97,9% (n=26597).

Influența BNT asupra evoluției sarcinii, nașterii și asupra rezultatelor perinatale este multidirecțională și totodată multifactorială, aceasta impunând studierea mai aprofundată a unelor condiții nontransmisibile prevenibile aferente nașterii premature, retardului de creștere intrauterină, SDR, și a altor stări materne și fetale nefaste asociate cu dizabilitatea, morbiditatea și uneori cu decesul perinatal, cu scopul fortificării ulterioare a măsurilor de prevenție primară, secundară și terțiară.

Concluzii

În cadrul patologiei nontransmisibile impactul major pentru rezultatul nefavorabil al sarcinii, precum decesul intrauterin al fătului, îl au stările hipertensive, diabetul zaharat, obezitatea. Influența acestor patologii crește odată cu asocierea lor și/sau asocierea patologiilor obstetricale.

Patologia extragenitală cronică compensată nu are efect negativ asupra evoluției și rezultatelor sarcinii la termen ce impune o pregătire pregravidară și supraveghere prenatală adecvată.

Stările hipertensive materne sunt asociate cu un risc major de a naște un copil cu restricție de creștere intrauterină sau cu malformații cardiovasculare, ceea ce necesită controlul valorilor tensiunii arteriale cu antihipertensive pe parcursul sarcinii și screening în termeni precoce pentru aprecierea riscului acestor stări patologice ale fătului.

Obezitatea maternă reprezintă un risc major de a se complica sarcina cu dereglări hipertensive, preeclampsie, diabet gestațional, masa excesivă a fătului, iar nașterea se complică frecvent cu traumatism obstetrical și necesită rezolvarea chirurgicală a sarcinii de două ori mai frecvent comparativ cu cele normoponderale.

Cuvinte cheie: sarcina, boli netransmisibile, hipertensiune arterială, diabet zaharat, obezitate, nou-născut, hipoxie.

Referințe

1. OMS. Health 2020, A European policy framework and strategy for the 21st century. Published online 2020:190.
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/199532/Health2020-Long.pdf
2. Prescott SL. Early-life environmental determinants of allergic diseases and the wider pandemic of inflammatory noncommunicable diseases. *J Allergy Clin Immunol.* 2013;131(1):23-30. doi:10.1016/j.jaci.2012.11.019
3. Anuarul statistic. Populația și structura demografică 2019. Published online 2019:35-56.
4. ,Garovic V, White W, Vaughan L, Saiki M, Parashuram S, Garcia-Valencia O, et al. Incidence and long-term outcomes of hypertensive disorders of pregnancy. *J Am Coll Cardiol.* 2020;75(18):2323–34.
5. Maria Skarphedinsdottir, Barton Smith, Alessandra Ferrario, Olga Zues, Angela Ciobanu, Marcela Țârdea, Silviu Domete JH. Better noncommunicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems Republic of Moldova Country Assessment. Published online 2014. <http://www.euro.who.int/en/countries/republic-of-moldova/publications/better-noncommunicable-disease-outcomes-challenges-and-opportunities-for-health-systems.-republic-of-moldova-country-assessment-2014>
6. Ministerul sanatatii. Proiectul “Reducerea poverii bolilor netransmisibile”, prima faza. Published online 2015.

7. WHO. European Health for All database (HFA-DB). Published online 2020. <https://gateway.euro.who.int/en/datasets/european-health-for-all-database/>
8. Națiunile Unite, UNFPA, UNICEF, ILO . Adaptarea agendei 2030 de dezvoltarea durabila la contextul Republicii Moldova. 2017;1:116.
9. Yogev Y, Catalano PM. Pregnancy and obesity. *Obstet Gynecol Clin North Am* 2009;36(2):285-300, viii
10. Trasande L, Lee M, Liu Y, Weitzman M, Savitz D. Incremental charges, costs, and length of stay associated with obesity as a secondary diagnosis among pregnant women. *Med Care* 2009; 47(10):1046–1052
11. Reece EA. Obesity, diabetes, and links to congenital defects: a review of the evidence and recommendations for intervention. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2008;21(3):173–180
12. Vasudevan C, Renfrew M, McGuire W. Fetal and perinatal consequences of maternal obesity. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2011;96(5):F378–F382
13. Baeten JM, Bukusi EA, Lambe M. Pregnancy complications and outcomes among overweight and obese nulliparous women. *AmJ Public Health* 2001;91(3):436–440
14. Sebire NJ, Jolly M, Harris JP, et al. Maternal obesity and pregnancy outcome: a study of 287,213 pregnancies in London. *Int J Obes Relat Metab Disord* 2001;25(8):1175–1182.
15. Wou K, Ouellet MP, Chen MF, Brown RN. Comparison of the aetiology of stillbirth over five decades in a single centre: a retrospective study. *BMJ Open* 2014;4(6):e004635
16. Ehrenberg HM, Durnwald CP, Catalano P, Mercer BM. The influence of obesity and diabetes on the risk of cesarean delivery. *AmJ Obstet Gynecol* 2004;191(3):969–974
17. Watkins ML, Botto LD. Maternal prepregnancy weight and congenital heart defects in offspring. *Epidemiology* 2001;12(4): 439–446
18. Ehrenberg HM, Mercer BM, Catalano PM. The influence of obesity and diabetes on the prevalence of macrosomia. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191(3):964–96.

CONDUITA PERSONALIZATĂ A SARCINII LA GRAVIDE CU DIFERITE FORME DE DIABET ZAHARAT

Roșca Daniela¹, Petrov Victor¹

¹ Laboratorul Științific Obstetrică, IMSP Institutul Mamei și Copilului, Chișinău.

Rezumat.

Introducere: în ultimii 15 ani, global, incidența și prevalența diabetului zaharat pregestațional (DZ) și a diabetului gestațional (DG) este în creștere. În Republica Moldova numărul cazurilor de DZ în sarcină a crescut de circa 5,6 ori în ultimii 5 ani, fiind stabilit la 3,9% de gestante, iar a femeilor diagnosticate cu DG a crescut de 8 ori, constituind 3,2%. Scopul studiului: studierea particularităților sarcinii și nașterii la femeile cu diferite forme de diabet zaharat în vederea elaborării algoritmului de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină. Materiale și metode: efectuată o cercetare integrată a 224 de cazuri clinice ale gravidelor, care s-au prezentat pentru un consult medical, și investigații la IMSP Institutul Mamei și Copilului; supuse studiului 112 de gravide cu DZ (35 de gravide cu diabet zaharat tip 1 (DZ1), 20 de gravide cu diabet zaharat tip 2 (DZ2), 57 de gravide cu DG), și 112 de gravide fără DZ. Rezultate: s-a constatat o creștere a numărului de complicații în sarcină, la femeile cu DZ: disgraviddii precoce (44,6%); stări hipertensive induse de sarcină, inclusiv preeclampsii (27,7%); iminență de întrerupere a sarcinii (46,4%), nașteri premature induse (42,0%), operație cezariană (75,9%). Femeile cu DZ, care au născut copii cu semne de fetopatie diabetică, au avut modificări mai pronunțate ale metabolismului glucidic (glicemia bazală $-6,66 \pm 1,92 \text{ mmol/l}$, $t = 2,713$, $p = 0,0077$; postprandială $- 8,02 \pm 2,20 \text{ mmol/l}$, $t\text{-statistic} = 2,822$, $p = 0,0057$), iar macrosomia de tip asimetric (marirea preponderentă a circumferinței abdominale) a fost de 15 ori mai frecventă la feții gravidelor cu DZ. Studiul a permis elaborarea algoritmului de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină, util pentru medicina de familie și cea specializată obstetricală spitalicească. Concluzii: este importantă depistarea precoce a tipului de diabet zaharat, evaluarea metabolismului glucidic și a circumferinței abdominale fetale ecografic, în vederea stabilirii momentului și modalității de finalizare a sarcinii. Algoritmul de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină elaborat poate fi util în aplicare atât la nivel ambulator cât și spitalicesc. Cuvinte cheie: diabet zaharat, diabet gestațional, fetopatie diabetică, algoritm.

Întroducere. La nivel global se constată o creștere a numărului bolnavilor cu diabet zaharat (DZ), inclusiv printre femeile de vârstă fertilă. Conform celor mai recente estimări ale Federației Internaționale de Diabet (2021) circa 260 de milioane de femei au diabet zaharat [5]. Mondial, în ultimii 15 ani, incidența și prevalența DZ pregestațional în sarcină și a diabetului gestațional (DG) este în creștere [4, 6], astfel că în 2021 aproximativ 21,1 milioane de gravidități au fost afectate de o formă de hiperglicemie, din care 80,3% cazuri fiind datorate DG [5].

În Republica Moldova, DZ reprezintă 46-48% din totalul bolilor endocrine, de nutriție și metabolism [17]. În sarcină, la fel constatăm o creștere alarmantă a numărului de femei afectate de DZ. Conform datelor statistice ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică (ANSP) din 2023 [1], numărul cazurilor de DZ în general, în sarcină a crescut de circa 5,6 ori în ultimii 5 ani, fiind stabilit la 3,9% de gestante, iar a femeilor diagnosticate cu DG a crescut de 8 ori, constituind 3,2%.

Riscurile sarcinii asociate cu DZ sunt: progresarea complicațiilor vasculare; dezvoltarea mai frecventă a hipoglicemiei și cetoacidozei; frecvența mai mare a complicațiilor sarcinii (avorturi spontane-20%, preeclampsie, riscul de 2-4 ori mai mare în rândul femeilor cu DZ pregestațional; nașteri premature 30-40% etc); mortalitatea perinatală înaltă (la gravidele cu DZ pregestațional este de 4 ori mai mare); malformații fetale (4-12%); complicații neonatale [7, 15, 18].

Din considerentele consecințelor nefavorabile posibile, supravegherea sarcinii cu DZ necesită abordare individualizată la stabilirea diagnosticului, investigare, monitorizare și determinarea termenului și modalității de finalizare a sarcinii.

Scopul studiului: Studiarea particularităților sarcinii și nașterii la femeile cu diferite forme de diabet zaharat în vederea elaborării algoritmului de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină.

Materiale și metode. A fost efectuată o cercetare integrată a 224 de cazuri clinice ale gravidelor, care s-au prezentat pentru un consult medical, și investigații la IMSP Institutul Mamei și Copilului. Au fost supuse studiului 112 de gravide cu DZ (35 de gravide cu diabet zaharat tip 1 (DZ1), 20 de gravide cu diabet zaharat tip 2 (DZ2), 57 de gravide cu DG), și 112 de gravide fără DZ.

Cercetarea a fost realizată prin metode clinico-paraclinice (chestionare, fișa medicală obstetricală și a nou-născutului), evaluarea unor parametri ai metabolismului glucidic (glicemia bazală și postprandială, hemoglobina glicozilată, testul oral de toleranță la glucoză), lipidic (trigliceride, colesterol total, LDL-colesterol, HDL-colesterol) și ai stresului oxidativ (superoxiddismutaza, diladehida malonică, AIM, PPOA, CUPRAC, AAT cu ABST, GST, AGE) la mamă și la nou-născut, instrumentale (USG + Doppler fetal), examenul morfologic al placentei. Analiza rezultatelor s-a efectuat cu ajutorul programului statistic MedCalc, au fost analizate 218 surse bibliografice.

Rezultate și discuții. Cercetarea noastră a evidențiat o creștere a numărului de complicații în sarcină, la femeile cu DZ: disgravidii precoce (44,6%); stări hipertensive induse de sarcină, inclusiv preeclampsii (27,7%); iminență de întrerupere a sarcinii (46,4%). Diabetul zaharat acționează nefavorabil și asupra termenului și modalității de finalizare a nașterii. Rata înaltă a nașterilor premature la gravidele cu diabet zaharat (42,0%) a fost dictată de declanșarea lor în interes fetal sau matern (36,6%), sarcina fiind rezolvată prioritar prin operație cezariană (75,9%). Rezultatele noastre sunt în concordanță cu diferite lucrări de specialitate, care confirmă faptul că frecvența nașterilor premature, declanșate sau spontane, este crescută la mamele diabetice, comparativ cu populația nondiabetică [11, 13].

La femeile cu diabet zaharat, s-au născut mai frecvent copii prematuri (41,1%), cu un nivel mai înalt de morbiditate perinatală: sindromul detresei respiratorii, infecții neonatale, malformații congenitale. Semne de fetopatie diabetică au prezentat jumătate din nou-născuții de la mame diabetice (44,6%), fiind mai frecventă la copiii femeilor cu diabet preexistent sarcinii (tip 1 și 2), și anume 60% și 50% respectiv și doar în 1/3 cazuri la cei de la respondentele cu diabet gestațional (33,3%).

Studiul efectuat a constatat că, femeile cu orice tip de diabet zaharat, care au născut copii cu semne de fetopatie diabetică, au avut modificări mai pronunțate atât ale metabolismului glucidic (glicemia bazală $-6,66 \pm 1,92 \text{ mmol/l}$, $t = 2,713$, $p = 0.0077$; postprandială $- 8,02 \pm 2,20 \text{ mmol/l}$, $t\text{-statistic} = 2,822$, $p = 0.0057$), cât și ale celui lipidic: mărirea în serul sangvin a trigliceridelor, a lipoproteidelor cu densitate joasă și micșorarea lipoproteidelor cu densitate înaltă. Valorile de trigliceride au fost mai mari la gravidele cu diabet zaharat tip 2 ($3,09 \pm 0,24 \text{ mM/L}$), comparativ cu femeile cu diabet zaharat tip 1 ($2,53 \pm 0,08 \text{ mM/L}$) și diabet gestațional ($2,77 \pm 0,12 \text{ mM/L}$).

Conform unor studii [12, 19] DZ schimbă circumferința abdomenului (AC) la făt, pe când alți parametri evaluați, cum ar fi circumferința capului (HC) și lungimea femurului (FL), rămân neschimbați. Examinarea ecografică a sarcinii diabetice a evidențiat o macrosomie de tip asimetric (mărirea preponderentă a circumferinței abdominale) de 15 ori mai frecventă la feții gravidelor cu diabet zaharat, iar riscul de fetopatie diabetică la naștere a fost de 2,3 ori mai mare, dacă prenatal circumferința abdominală fetală a fost > 90 percentilă ($RR = 2.88$; $95\% \text{ I}\hat{\text{I}}: 1.7573$ până 4.7264 , $p < 0.0001$).

Rezultatele obținute, în corelare cu integrarea informației din ghidurile internaționale [3, 9, 10, 14] și naționale [8] ne-a permis elaborarea algoritmului de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină, util pentru medicina de familie și cea specializată obstetricală spitalicească.

Algoritmul constă din două compartimente (Figura 1):

- compartimentul A: stabilirea diagnosticului și tipului de diabet zaharat;
- compartimentul B: conduita sarcinii cu DZ și aprecierea termenului și modalității nașterii.

Compartiment A:

Depistarea diabetului gestațional sau a formelor nediagnosticate de DZ preexistent sarcinii: la prima adresare la medicul de familie, indiferent de termenul de gestație și prezența sau lipsa factorilor de risc pentru dezvoltarea DZ, la toate gravidele, se efectuează screeningul hiperglicemiilor bazale. Interpretarea rezultatelor se efectuează în trei modalități:

- la valori diagnostice $\geq 7,0 \text{ mmol/l}$ conform recomandărilor ADA și OMS [2, 16], este stabilit diagnosticul de diabet zaharat preexistent sarcinii (DZ1 sau DZ2).

- la valori glicemice cuprinse între $5,1$ și $7,0 \text{ mmol/l}$, se efectuează, la această etapă, testul oral de toleranță la glucoză cu 75 g glucoză anhidrat, cu aprecierea glicemiei à jeun, la 1h și la 2h . La prezența criteriilor diagnostice pozitive* (cel puțin o valoare glicemică majorată: à jeun $\geq 5,1 \text{ mmol/l}$; $1 \text{ h} \geq 10,0 \text{ mmol/l}$; $2 \text{ h} \geq 8,5 \text{ mmol/l}$), se stabilește diagnosticul de diabet gestațional.

- la criterii negative la TOTG și la pacientele cu $GB < 5,1 \text{ mmol}$ la screeningul inițial, TOTG se repetă obligatoriu la termenul sarcinii între $24\text{-}28 \text{ s.g.}$ cu identificarea femeilor cu DG sau a celor euglicemice.

Conduita ulterioară a gravidelor cu glicemii normale este realizată conform Standartului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator (Ministerul Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM, ord. nr. 515 din 01.06.2020).

Compartiment B:

Evaluarea clinică multidisciplinară: se efectuează de comun acord cu medicul de familie, cu endocrinologul și obstetricianul, după confirmarea diagnosticului de DZ, indiferent de tipul lui, prin determinarea, pentru formele primar depistate de hiperglicemii, a necesității tratamentului și prin aprecierea contraindicațiilor pentru prolongarea sarcinii în DZ pregestațional (nefropatie gravă, retinopatie diabetică proliferativă, cardiopatie ischemică formă gravă). La prezența complicațiilor vasculare severe la pacientele cu DZ1 sau DZ2 este indicată întreruperea sarcinii.

Școlarizarea și supravegherea gravidelor cu orice formă de DZ este obligatorie, având ca scop creșterea complianței la prescripțiile medicale. Monitorizarea gestantelor se realizează

prin evaluarea datelor fizice: greutate, TA; investigații de laborator: metabolismul glucidic (glicemia bazală și postprandială), lipidic (TG, LDL colesterol, HDL-colesterol), probele funcționale renale, microalbuminuria și instrumentale: oftalmoscopia (o dată în trimestru), ecografia fetală: la 18-21s.g., pentru aprecierea malformațiilor fetale posibile, apoi după 24 s.g. la fiecare 4 săptămâni, pentru determinarea ratei de creștere și stării funcționale a fătului. În trimestrul III de sarcină, se evaluează riscul de dezvoltare a fetopatiei diabetice prin examinarea în complex a datelor metabolismului glicemic și lipidic matern, a datelor ultrasonografice (AC fetal deviant, polihidramnios, placentomegalie).

Tratamentul cu insuline se inițiază la gravidele cu DG sau DZ primar depistat în sarcină, dacă nu sunt menținute valorile-țintă ale glicemiilor prin dietoterapie (GB > 5,3mmol/l; GPP la 1 h > 7,8mmol/l; GPP la 2 h > 6,7mmol/l) sau sunt prezente date ecografice de fetopatie diabetică**.

Spitalizarea gravidelor: se efectuează, în mod planic, de doua ori în sarcină: la 20-21s.g., în secția endocrinologie (pentru aprecierea riscurilor materno-fetale), și la 35-36 s.g. (cu scopul tratamentului complicațiilor, pentru aprecierea conduitei obstetricale și pregătirea prenatală). În caz de apariție a complicațiilor materno-fetale, gestanta se spitalizează, în mod urgent, la orice termen de gestație.

Termenul și modul de finalizare a sarcinii: depinde de prezența sau absența complicațiilor materne și de statutul fetal***.

La formele pregestaționale de diabet zaharat (DZ1, DZ2), în caz de complicații vasculare, diabet decompensat glicemic, slab controlat sau anamneză de făt mort, declanșarea nașterii se efectuează la termenul 36⁺⁰- 38⁺⁶s.g. În caz de DZ compensat și de starea funcțională normală a fătului, tactica este expectativă până la 39⁺⁶s.g. [10].

La femeile cu diabet gestațional compensat prin dietoterapie și starea funcțională normală a fătului, conduita nașterii este expectativă până la 39⁺⁰- 40⁺⁶s.g. Sarcina cu DG controlat adecvat medicamentos se finalizează în intervalul de 39⁺⁰- 39⁺⁶s.g. Formele decompensate necesită tactică individualizată, declanșarea nașterii fiind preferențială între 37⁺⁰- 38⁺⁶s.g., iar finalizarea sarcinii

la termenul 34^{+0} - 36^{+6} s.g. se decide în caz de eșec intraspitalicesc a controlului glicemic sau de suferință fetală [14].

Conduita nașterii se planifică pe cale naturală în caz de lipsa complicațiilor materne și de starea funcțională normală a fătului. Indicațiile pentru operație cezariană la gravidele cu DZ sunt general obstetricale, complicațiile materne diabetice la termene premature de sarcină și distresul fetal.

Concluzii:

1. În ultimii ani, global se constată o creștere considerabilă a incidenței diabetului zaharat la gravide, inclusiv la noi în țară, ceea ce necesită o vigoare sporită și conduită personalizată a acestor sarcini.

2. La monitorizarea gravidelor este importantă depistarea precoce a tipului de diabet zaharat, evaluarea constantă și strictă a metabolismului glucidic și ecografică a circumferinței abdominale fetale, în vederea stabilirii momentului și modalității de finalizare a sarcinii și minimalizării complicațiilor perinatale.

3. Algoritmul de diagnostic și de conduită a diabetului zaharat în sarcină elaborat poate fi util în aplicare atât la nivel ambulator în practica medicului de familie, obstetrician sau endocrinolog, cât și spitalicesc în secțiile obstetricale și de endocrinologie.

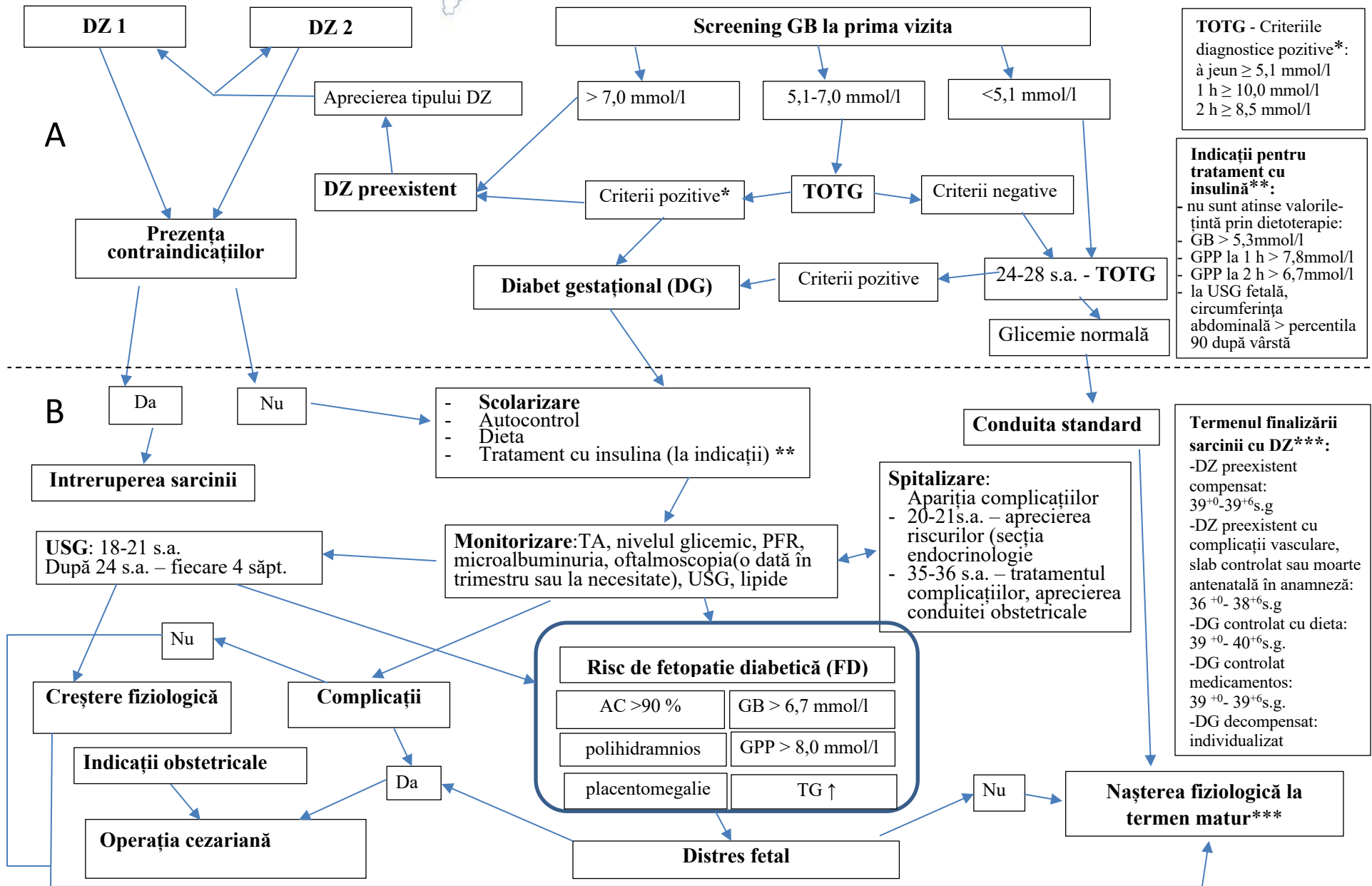


Figura 1. Algoritm de diagnostic (A) și de conduită a DZ în sarcină (B)

Referințe:

1. Agenția Națională Pentru Sănătate Publică. „Raport statistic privind asistența medicală acordată parturientelor și lăuzelor”. Nr. 32A
2. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Classification and diagnosis of diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes - 2021. *Diabetes Care*. 2021, vol. 44, suppl. 1, pp. S15-S33. doi: 10.2337/dc21-S002.
3. AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Management of diabetes in pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes - 2020. *Diabetes Care*. 2020, vol. 43, suppl. 1, pp. S183-S192. doi: 10.2337/dc20-S014
4. HELMAN, S., JAMES-TODD, T., WANG, Z., et al. Time trends in pregnancy-related outcomes among women with type 1 diabetes mellitus, 2004-2017. *J Perinatol*. 2020, vol. 40, no. 8, pp. 1145-1153.
5. INTERNATIONAL DIABETES FEDERATION. IDF Diabetes Atlas. 10th ed. Brussels: IDF, 2021. 141 p. ISBN: 978-2-930229-87-4
6. MACKIN, S. T, NELSON, S. M., KERSSSENS, J. J., et al. Diabetes and pregnancy: national trends over a 15 year period. *Diabetologia*. 2018, vol. 61, pp. 1081-1088.
7. McGROGAN, A., SNOWBALL, J., de VRIES, C. S. Pregnancy losses in women with type 1 or type 2 diabetes in the UK: an investigation using primary care records. *Diabet Med*. 2014, vol. 31, no. 3, pp. 357-365.
8. MINISTERUL SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE AL REPUBLICII MOLDOVA; ANESTIADI, Z., et al. Diabetul zaharat necomplicat: Protocol clinic național: PCN-33. Chișinău, 2019. 101 p.
9. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period: NICE guideline No. 3. London: NICE, 2020. 40 p.
10. ObG PROJECT. ACOG Guidance on perinatal management of pregestational diabetes [online]. New York: The ObG Project, 2022- [citat 24.10.2022]. Disponibil: <https://www.obgproject.com/2023/01/30/updated-acog-guidance-on-perinatal-management-of-pregestational-diabetes/>
11. OWENS, L. A., EGAN, A. M., CARMODY, L., et al. Ten years of optimizing outcomes for women with type 1 and type 2 diabetes in pregnancy - the Atlantic DIP experience. *J Clin Endocrinol Metab*. 2016, vol. 101, no. 4, pp. 1598-1605.
12. ROSATI, P., ARDUINI, M., GIRI, C., et al. Ultrasonographic weight estimation in large for gestational age fetuses: a comparison of 17 sonographic formulas and four models algorithms. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2010, vol. 23, no. 7, pp. 675-80
13. SON, K. H., LIM, N. K., LEE, J. W. Comparison of maternal morbidity and medical costs during pregnancy and delivery between patients with gestational diabetes and patients with pre-existing diabetes. *Diabet Med*. 2015, vol. 32, pp. 477-486.
14. Updated ACOG Guidance on gestational diabetes [online]. ObG PROJECT, 2022 Disponibil: <https://www.obgproject.com/2023/01/02/acog-releases-updated-guidance-gestational-diabetes/>
15. WEISSGERBER, T. L., MUDD, L. M. Preeclampsia and diabetes. *Curr Diab Rep*. 2015, vol. 15, no. 3, article 9.
16. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 2019. 40 p.
17. Ziua Mondială a Diabetului cu genericul „Acces la îngrijirea diabetului. Dacă nu acum, atunci când?” [online]. Agenția Națională Pentru Sănătate Publică, 2021 Disponibil: <https://ansp.md/14-noiembrie-2021>.

18. КАПУСТИН, Р. В., АЛЕКСЕЕНКОВА, Е. Н., АРЖАНОВА, О. Н., и др. Преждевременные роды у женщин с сахарным диабетом. Журнал акушерства и женских болезней. 2020, Т. 69, № 1, с. 17-26. ISSN 1684-0461.
19. ЛЫСЕНКО, С. Н., ЧЕЧНЕВА, М. А., БУРУМКУЛОВА, Ф. Ф., и др. Ультразвуковые предикторы формирования макросомии при гестационном сахарном диабете. Сахарный диабет. 2019, Т. 22, № 4, с. 358-366. ISSN 2072-0351.

ROLUL INFECȚIEI CU ASPERGILUS FUMIGATUS LA COPII CU FIBROZĂ CHISTICĂ

Buga Nelea^{1,2}, Selevestru Rodica¹, Balanetchi Ludmila^{1,3}, Tomacinschii Cristina^{1,2}, Șciuca Svetlana^{1,2}

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² IMSP, Institutul Mamei și Copilului, Chișinău, Republica Moldova

³ Clinica Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii, Cluj Napoca, România

Rezumat

Introducere. Infecțiile căilor respiratorii la pacienții cu fibroză chistică (FC) și boala pulmonară cronică deseori sunt polietologice cu implicarea diferitor germeni, fungi. *Pseudomonas aeruginosa* este cel mai frecvent agent microbial, iar *Aspergillus fumigatus* – o infecție cu levuri care agravează semnificativ evoluția procesului cronic bronhopulmonar. Scop: prezentarea unui caz clinic a unui copil cu fibroză chistică cu infecție cronică pulmonară cu *Aspergillus fumigatus* și *Pseudomonas aeruginosa*. Rezultate. Pacienta sex feminin, vârsta de 10 ani, cu diagnosticul de fibroză chistică forma mixtă, confirmată tardiv la vârsta de 5 ani. Imagistic copilul prezenta bronșiectazii cilindrice și varicoase bilateral, iar bacteriologic a fost confirmată cu infecție pulmonară mixtă: *Pseudomonas aeruginosa* și *Aspergillus fumigatus*. Concluzii: Coinfecția *Pseudomonas aeruginosa* și *Aspergillus fumigatus* la copilul cu fibroză chistică pe fondal de afectare pulmonară severă este responsabilă de o evoluție severă la acest copil. Cuvinte cheie: fibroza chistică, *Aspergillus fumigatus*, *Pseudomonas aeruginosa*, copiii.

Introducere. Infecțiile căilor respiratorii la pacienții cu boala pulmonară cronică sunt frecvent polimicrobiene. În căile respiratorii ale pacienților cu fibroză chistică (FC), *Pseudomonas aeruginosa* și *Aspergillus fumigatus* sunt cei mai frecvenți agenți patogeni întâlniți [1-3]. Deși, ambii agenți patogeni afectează funcția pulmonară, se sugerează că prezența lor combinată are un potențial și mai mare [4-5]. *Aspergillus fumigatus* este izolat din probe de spută găsite pozitive la 16% dintre copii și adolescenți și până la 58% când se include și pacienți mai vârstnici, pe când *Pseudomonas aeruginosa* este agentul patogen principal cu impact nefavorabil asupra sistemului respirator în fibroza chistică [6]. Exacerbările pulmonare, caracterizate prin simptome respiratorii și înrăutățirea funcției pulmonare, sunt cauza principală de morbiditate și scăderea calității vieții în bolile pulmonare cronice. Exacerbările pulmonare recurente sunt asociate cu scăderea pe termen lung a funcției pulmonare și micșorarea ratei de supraviețuire [7].

Cauzele nu sunt pe deplin înțelese; cu toate acestea, noile cercetări au demonstrat ca extinderea fulminantă a bacteriilor predominante în infecție cronică, cum ar fi *Pseudomonas aeruginosa* și *Staphylococcus aureus* au un rol contribuabil. Tratamentul include de obicei antibiotice care sensibilizează bacteriile care colonizează căile respiratorii; cu toate acestea, uneori tratamentul este insuficient, iar bacteriile sunt rezistente, chiar și în timpul exacerbării. În plus, 25% dintre pacienți nu reușesc să-și recupereze funcția pulmonară inițială după tratamentul unei exacerbări pulmonare evidențind necesitatea unui tratament îndelungat [8].

Infecțiile căilor respiratorii la pacienții cu boala pulmonară cronică sunt frecvent polimicrobiene. Luând în considerație că un sfert dintre pacienți nu răspund pe deplin la

tratamentul conform antibiogrammei în exacerbări, o mai bună înțelegere a infecției căilor respiratorii este esențială pentru dezvoltarea de noi abordări terapeutice.

Scopul lucrării: prezentarea unui caz clinic a unui copil cu fibroză chistică cu infecție cronică pulmonară cu *Pseudomonas aeruginosa* și *Aspergillus fumigatus*.

Caz clinic: Copil, sex feminin, vârsta de 10 ani, se internează în IMSP Institutul Mamei și Copilului în secția Pneumologie cu tuse productivă, vâscoasă, galben-verzuie, fatigabilitate, inapetență, astenie. Născută de la sarcina a 4-a (primele două sarcini avort spontan, sarcina a treia – băiat sănătos), a 2-a naștere la termenul de 39 săptămâni, fiziologic cu masa – 2800 gr, scor Apgar 8/8. Ileusul meconial neonatal, realizat printr-o retenție a meconiului și primul scaun în ziua a 3 de la nașterea copilului.

Isoricul morbid – supraveghere medicală cu dermatită seboreică, piodermie (*S. aureus*), iar la vârsta de 4 luni a realizat primul episod de bronșita acută. În perioada de vârstă 6 luni - 4 ani copilul face pneumonii la fiecare 5-6 luni. La 4 ani se internează în secția Pneumologie IMSP IMC unde este diagnosticată cu Fibroza chistică, forma mixtă, evoluție severă. Bronșiectazii cilindrice, varicoase, bilateral, difuze de grad moderat și sever. Infecție pulmonară cronică cu *Pseudomonas aeruginosa*. Insuficiență respiratorie cronică grad I – II. Insuficiență pancreatică exocrină severă. Malnutriție grad II.

Fetița este spitalizată în Centrul de fibroză chistică a Institutul Mamei și Copilului pentru o exacerbare infecțioasă bronhopulmonară Țesutul adipos subcutanat slab dezvoltat, diminuat, plica abdominală - 1 cm. Greutatea 23 kg (p 3-10), Talia - 126 cm (p 0-3). IP=0,71, IN=0,72, IS=0,91, IMC=14,49 (p 10), deficitul de 28%.

Investigații. Testul sudorii nr. 1 = 79.68 $\mu\text{mol/l}$, nr. 2 = 100,96 $\mu\text{mmol/l}$. Testul genetic pentru mutațiile CFTR efectuat în țară cu rezultat negativ (sunt disponibile 8 mutații genetice ale genei CFTR). Nu se cunosc rude cu patologii cronice ale sistemului respirator, digestiv.

Hemoleucograma: Hemoglobina 114 g/l, Eritrocite $3.5 \times 10^6/\text{uL}$, Indice de culoare 0.92, Leucocite $9.0 \times 10^9/\text{L}$, Neutrofile nesegmentate 9%, Neutrofile segmentate 41%, Eozinofile 7%, Limfocite 38%, Monocite 5%; VSH 6 mm/h.

Biochimismul seric: Alanin aminotransferaza 10.20 U/L; Albumina 37g/l; Amilaza 92 U/L; Aspartataminotransferaza 20.8 U/L; Bilirubina totala 6.40 $\mu\text{mol/l}$; Creatinina 60 $\mu\text{mol/l}$; Glucoza 5.13 mmol/l; Lactat dehidrogenaza 182 U/L; Lipaza 43,3 U/L; Potasiu 4.87 mmol/l; Proteina totală 75.60 g/l; Sodiu 146 mmol/l; Fibrinogen 2.96 g/l; PCR negativ, $\mu\text{g/ml}$.

Analiza bacteriologică a fost efectuată prin cercetarea expectorațiilor bronșice cu identificarea *Staphylococcus aureus* 10^4 , *Pseudomonas aeruginosa* 10^6 .

Antigenul *Aspergillus fumigatus* (galactomannan) – pozitiv.

Spirometria cu test bronhodilatator: înainte de test: FVC – 76%, FEV₁ – 65,9%, PEF – 60,8%, FEV₁/FVC-97,6%, După test bronhodilatator: FVC- 85,6%, FEV₁ – 69,5%, PEF 76,9%, FEV₁/FVC-91,24%.

Ultrasonografia abdominală: Lobul drept al ficatului – 105 mm, lobul stang – 44 mm, contur regulat. Pancreasul seg. cefalic: 15 mm, al corpului 13mm, seg. caudal 18 mm, contur regulat.

Tomografia computerizată a toracelui: Dilatări bronșice cilindrice și varicoase distribuite difuz în ambele câmpuri pulmonare, de grad sever cu antrenarea în proces a tuturor componentelor arborelui bronșic, asociat cu depuneri de mucus intraluminal. Depuneri de mucus în bronhiole terminale bilateral preponderant apical și bazal bilateral – prezentând

opacități centrolobulare de configurație de tip V și Y sugestiv pentru bronșiolită. Semne de lipodistrofie a pancreasului. Concluzie: Semne pentru modificări în cadrul fibrozei chistice în exacerbare. Bronșiectazii cilindrice și varicoase bilateral. Semne de bronșioolită. Semne de lipodistrofie a pancreasului.

Discuții. *Aspergillus fumigatus* se confirmă frecvent la pacienții cu FC. *Aspergillus fumigatus* este cel mai frecvent izolat, cu probe de spută găsite pozitive la 16% dintre copiii și adolescenții și până la 58% când se include și pacienți mai în vârstă [9].

Cazul clinic prezentat a avut la bază analiza rezultatelor investigațiilor imunologice în ser cu aprecierea antigenului *Aspergillus fumigatus* (galactomannan) imunoenzimatic care a fost obținut pozitiv.

Utilizarea protocoalelor specifice de diagnosticare fungică constând din mediu selectiv pentru ciuperci și metode moleculare a crescut semnificativ detectarea *Aspergillus* în ultimii ani. Colonizarea căilor respiratorii poate fi suspectată atunci când *Aspergillus* este cultivat în două sau mai multe probe peste un an la pacienții fără simptome respiratorii noi și fără anticorpi IgG fungice specifice în ser. La copiii mai mici, datele sunt neclare și prevalența colonizării poate fi subestimată, deoarece această grupă de vârstă produce rareori spută [3, 10, 11].

Concluzii: Copilul cu fibroză chistică cu culturi pozitive de *Pseudomonas aeruginosa* la vârsta de 5 ani prezintă imagistic îngroșarea peretelui căilor respiratorii și bronșiectazie confirmate la CT. Persistența infecției bronhopulmonare fungice cu *Aspergillus fumigatus* a fost asociată cu exacerbări pulmonare mai frecvente la vârsta școlară a copilului cu fibroză chistică.

Bibliografie

1. Williams HD, Davies JC. Basic science for the chest physician: *Pseudomonas aeruginosa* and the cystic fibrosis airway. *Thorax*.2012;67.465-467.
2. Folkesson A, Jelsbak L, Yang L et al. Adaptation of *Pseudomonas aeruginosa* to the cystic fibrosis airway: an evolutionary perspective. *Nat Rev Microbiol*. 2012; 10: 841–851.
3. Sabino R, Ferreira JA, Moss RB et al. Molecular epidemiology of *Aspergillus* collected from cystic fibrosis patients. *J Cyst Fibros*. 2015; 14: 474–481.
4. Shoseyov D, Brownlee KG, Conway SP, Kerem E. *Aspergillus* bronchitis in cystic fibrosis. *Chest*. 2006; 130: 222–226.
5. Amin R, Dupuis A, Aaron SD, Ratjen F. The effect of chronic infection with *Aspergillus fumigatus* on lung function and hospitalization in patients with cystic fibrosis. *Chest*. 2010; 137: 171–176.
6. Harun SN, et al. *Aspergillus* and progression of lung disease in children with cystic fibrosis. *Thorax* 2019;74:125–131. doi:10.1136/thoraxjnl-2018-211550.
7. Sawicki GS, McKone EF, Pasta DJ, et al. Sustained benefit from ivacaftor demonstrated by combining clinical trial and cystic fibrosis patient registry data. *Am J Respir Crit Care Med* 2015; 192: 836–842. doi:10.1164/rccm.201503-0578OC.
8. Zhao J, Yu W. Interaction between *Pseudomonas aeruginosa* and *Aspergillus fumigatus* in cystic fibrosis. *PeerJ*. 2018 Nov 9;6:e5931. doi: 10.7717/peerj.5931.

9. Karen Keown, et al.. Coinfection with *Pseudomonas aeruginosa* and *Aspergillus fumigatus* in cystic fibrosis. *European Respiratory Review* 2020 29: 200011; DOI: 10.1183/16000617.0011-2020.
10. Fainardi V, et al.. Clinical Impact of *Aspergillus fumigatus* in Children with Cystic Fibrosis. *Microorganisms*. 2022 Mar 29;10(4):739. doi: 10.3390/microorganisms10040739.
11. Harun SN, et al.. Australasian Cystic Fibrosis Bronchoalveolar Lavage (ACFBAL) study group. *Aspergillus* and progression of lung disease in children with cystic fibrosis. *Thorax*. 2019 Feb;74(2):125-131. doi: 10.1136/thoraxjnl-2018-211550.
12. Șciuca S., Selevestru R., Tomacinschi C., Balanțechi L., Roataru-Cojocari D., Cotoman A. PCN-392. *Aspergiloza pulmonară la copii*. Chișinău, 2021, 38 p.

CALITATEA VIEȚII COPILOR DIN FAMILII TEMPORAR DEZINTEGRATE

Galina Gorbunov¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Conform datelor MSRM la finele anului 2023, au fost înregistrați total 28570 de copii din familii temporar dezintegrate din motivul migrației de muncă a părinților. Calitatea vieții este un indicator al sănătății, atât pentru populație, cât și pentru guverne ce impune realizarea de moduri de viață favorabile sănătății.

Scopul: Obiectivul studiului a fost evaluarea sănătății fizice și psihosociale a copiilor din familii temporar dezintegrate prin aprecierea calității vieții lor.

Material și metode: În studiu au participat 140 de copii din Republica Moldova de diferite vârste (5-7, 8-12, 13-18 ani), din ei 70 de copii au fost din familii dezintegrate, iar 70 de copii au fost din familii întregi. Drept instrument de cercetare a servit chestionarul Pediatric Quality of Life Inventory (PedsQL™4.0). În cadrul cercetărilor s-a evidențiat sănătatea fizică/psihosocială, exprimată prin calitatea vieții copiilor: cu nivel înalt al punctajului – de la 100 la 91, moderat – de la 90 la 81, mic – de la 80 la 71, foarte mic – mai puțin de 70 puncte.

Rezultate: Datele obținute în cadrul cercetării au demonstrat că copiii din familiile dezintegrate, la toate categoriile de vârstă, în toate aspectele studiate posedau un nivel foarte scăzut al calității vieții (<70 puncte), deci și a sănătății. Copiii din familiile dezintegrate, odată cu înaintarea în vârstă, prezintă o diminuare atât a sănătății fizice, cât și a sănătății psihosociale.

Concluzii: Rezultatele obținute demonstrează convingător că copiii din familiile dezintegrate, comparativ cu semenii din familiile întregi, prezintă clar indici scăzuți pe toate scorurile și pe caracteristica integrală a calității vieții. La aprecierea sănătății fizice și psihosociale s-a determinat că, în toate categoriile de vârstă ale copiilor din familiile dezintegrate, calitatea vieții este semnificativ ($p < 0,001$) mai joasă, comparativ cu cea a copiilor lotului de control. Un nivel mai înalt al sănătății fizice și psihosociale îl aveau copiii cu vârsta de 5-7 ani, iar un nivel mai diminuat - copiii din familiile dezintegrate cu vârsta de 13-18 ani.

Cuvinte cheie: sănătatea fizică, sănătatea psihosocială, calitatea vieții, familii temporar dezintegrate

NEVOILE FAMILIILOR CU COPII DIN GRUPURILE DE RISC

Ala Curteanu¹, Svetlana Șciuca², Oleg Lozan³

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului, or. Chișinău

² Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

³ Școala de Management în Sănătate Publică, USMF „Nicolae Testemițanu”, or. Chișinău

Sumar

Introducere. Familiile cu copii cu nevoi speciale au nevoie de suport variat. Actuala abordare a serviciilor de intervenție timpurie este centrarea pe familie. **Material și metode.** Studiul nevoilor familiilor (SNF) a fost desfășurat în perioada mai 2015 - noiembrie 2016 la Centrul de diagnostic și supraveghere a copiilor 0-2 ani al IMSP IMC. În studiu au participat 102 părinți. **Rezultate.** Cele mai frecvent exprimate nevoi de părinți au fost cele: informaționale (81,23%), suportul familial și social (72,83%) și cel financiar (43,70%). Părinții cu copii la risc din regiunea rurală au invocat nevoia de suport pe diverse domenii, îndeosebi informațional, pentru îngrijirea copilului și de a explica despre starea copilului altor persoane, față de părinții cu copii din regiunea urbană. Prezența maladiilor neurologice severe la copii sporește nevoia părinților îndeosebi pentru suportul financiar. **Concluzii.** Chestionarul de evaluare a nevoilor părinților cu copii din grupurile de risc a fost validat pentru mediul lingvistic și cultural al Republicii Moldova și este propus pentru aplicare în practică. Serviciile de intervenție timpurie trebuie să ofere suport familiilor pentru o implicare cât mai eficientă a acestora în procesul de reabilitare a copiilor din grupurile de risc.

Summary

Introduction. Families with children with special needs require varied support. The current approach to early intervention services is family-centred. **Material and methods.** The family needs survey was carried out between May 2015 and November 2016 at the Follow up Center of children 0-2 years of age of the Mother and Child Institute. 102 parents participated in the survey. **Results.** The most frequently expressed needs of parents were: informational (81.23%), family and social support (72.83%) and financial (43.70%). Parents with children at risk from the rural region invoked the need for support in various fields, especially informational, for child care and to explain the child's condition to others, compared to parents with children from the urban region. The severity of neurological diseases increases the parents' need, especially for financial support. **Conclusions.** The questionnaire for assessing the needs of parents with children from risk groups has been validated for the linguistic and cultural environment of the Republic of Moldova and is proposed for the application in practice. Early intervention services should offer support to families for their most effective involvement in the process of rehabilitation of children from risk groups.

Introducere. Familia este un pilon important în procesul de a răspunde la nevoile de îngrijire a membrilor care au nevoie de asistență medicală și îngrijiri pe seama bolilor și/sau dizabilității. Prezența unui copil cu nevoi speciale creează consecințe negative pentru familie, inclusiv stres și depresie parentală, care depind de caracteristicile familiei și ale copilului, precum și de sprijinul social, etc. [1]. De aceea familia are nevoie de un sprijin adecvat, pentru menținerea sănătății și bunăstării proprii.

Nevoile speciale ale copiilor influențează starea de sănătate a mamelor, acestea dezvoltând depresie, față de mamele copiilor cu dezvoltare tipică [2]. Familiile exprimă variate nevoi de sprijin, cum ar fi sprijinul emoțional, educațional și de formare, au nevoie de informații, resurse și servicii pentru copilul lor și pentru ei înșiși. Un sistem sanitar care utilizează modele de îngrijire centrate pe familie sprijină îngrijitorii, oferindu-le resurse pentru a susține activitățile de îngrijire. Există diverse servicii oferite membrilor familiei cum ar fi: de sănătate mintală, îngrijiri la domiciliu, financiare, de transport, sănătatea publică, locuința, serviciile profesionale, educație și servicii sociale [3].

Dat fiind că unele nevoi sunt universale cu acestea se confruntă aproape fiecare membru al familiei. Totodată, fiecare familie este unică și are nevoi specifice, care necesită a fi evaluate pentru a cunoaște preferințele lor privind serviciile familiale [4], dar și pentru reducerea impactului negativ asupra familiei și sporirea nivelului de sprijin.

Cercetările privind nevoile familiilor cu copii cu nevoi speciale s-au făcut preponderent în țări dezvoltate și nu întotdeauna sunt aplicabile pentru țările în curs de dezvoltare, luând în considerare nivelul diferit economic și socio-cultural. Locul central în evaluarea nevoilor familiilor și intervenția timpurie îi revine sensibilității privind diferențele culturale [5].

Nevoile de sprijin pot fi identificate folosind instrumente semi-structurate bine concepute, inclusiv chestionare [6] și discuții cu familia. Un instrument dezvoltat pentru a facilita colaborarea dintre părinți și profesioniști este Ancheta de evaluare a nevoilor familiei cu copii mici cu nevoi speciale, dezvoltată în SUA în 1988 și revizuită în 1992 [5, 7], care a fost utilizată în multe țări.

Material și metode. Pentru studiul nevoilor familiilor (SNF) am utilizat versiunea revizuită a chestionarului standardizat elaborat de autorii [206, 208], care include 35 de itemi și șapte pachete (domenii): suport familial și social (opt itemi), suport informațional (șapte itemi), suport financiar (șase itemi), suport în explicarea stării copilului (cinci itemi), suport pentru îngrijirea copilului (trei itemi), suport profesional (trei itemi) și suport pentru serviciile comunitare (trei itemi). Pentru fiecare item există trei răspunsuri: 1 = cu siguranță nu am nevoie de ajutor, 2 = nu sunt sigur și 3 = cu siguranță am nevoie de ajutor (care formează nevoile de bază).

Protocolul, împreună cu chestionarul studiului, a fost aprobat de Comitetul de Etică al IMSP IMC (proces verbal nr. 2 din 15.05.2015). Ținând cont că acesta este un studiu non-intervenționist (nu a implicat tehnici sau proceduri invazive), Comitetul de etică a aprobat participarea la studiu a părinților prin consimțământ verbal. A fost considerat că prin completarea chestionarului autoadministrat părintele a consimțit participarea la studiu.

Studiul a fost realizat în perioada mai 2015 - noiembrie 2016 la Centrul de diagnostic și supraveghere a copiilor 0-2 ani al IMSP IMC.

Pentru analiza factorială exploratorie cu itemi am stabilit un eșantion de minim 100 de participanți cu un raport participanți-variabile de 3:1. Pentru recrutarea eșantionului au fost utilizate următoarele criterii: a) părinte sau îngrijitor al copilului cu vârsta cuprinsă între 0 și 2 ani din grupul de risc care se află la evidența Centrului de diagnostic și supraveghere, conform programului stabilit, și vizitează Centrul prin programare și b) participă voluntar la studiu.

În perioada studiului părinților identificați de către personalul medical instruit al Centrului li s-a propus oral să completeze chestionarul. Înainte de completarea chestionarului,

participanților le-a fost cerut consimțământul verbal și li s-a oferit o scurtă informație despre studiu, precum și despre drepturile lor ca participanți. Studiul a fost anonim prin autoadministrarea chestionarului depersonalizat, fiind completat de părintele copilului în timpul vizitei cu copilul.

Pentru a analiza nevoile părinților în funcție de existența și severitatea diagnosticului neurologic la copil, am făcut conexiune dintre nevoile exprimate de părinți cu datele din fișa copilului. În baza fișelor copiilor aflați la evidența Centrului de supraveghere am stabilit diagnosticul clinic al copilului, făcând conexiune cu rezultatele interviului părinților.

Au răspuns prin completarea chestionarului 102 părinți, din aceștia 100 (98%) mame, 2 (1,96%) persoane de însoțire și un tată, ceea ce nu a permis o analiză a datelor dezagregată pe genul părintelui.

Rezultate. Studiul nevoilor familiilor cu copii din grupurile de risc a avut ca obiectiv de a identifica nevoile părinților copiilor incluși în programul de supraveghere oferit de Centrul de diagnostic și supraveghere a copiilor 0-2 ani prin adaptarea lingvistică și culturală a acestuia pentru Republica Moldova, precum și pentru a stabili aplicabilitatea acestuia pentru programul de intervenție timpurie pentru copiii din grupurile de risc cu vârsta 0-2 ani.

Părinții copiilor incluși în studiu aveau vârsta medie de 28,13 ani, iar vârsta medie a copiilor a fost de 12,11 luni. Mai mult de jumătate din părinți (56,6%) aveau vârsta cuprinsă între 26-30 ani, 22 (22,2%) din părinți aveau vârsta de 31-35 ani. Studiile secundare au prevalat la 41 (40,2%), pe când cele superioare s-au înregistrat la 35 (34,3%) din părinții intervievați. Mediul de reședință al părinților a fost la 50 (49,5%) rural și la 51 (50,5%) urban, inclusiv 14 (13,9%) erau locuitori ai capitalei. Majoritatea părinților au fost încadrați în câmpul municipii, din care 25 (24,5%) ambii părinți, 46 (45,1%) din tați și 30 (29,4%) din mame (Tabelul 1).

Tabelul 1. Caracteristicile demografice ale părinților

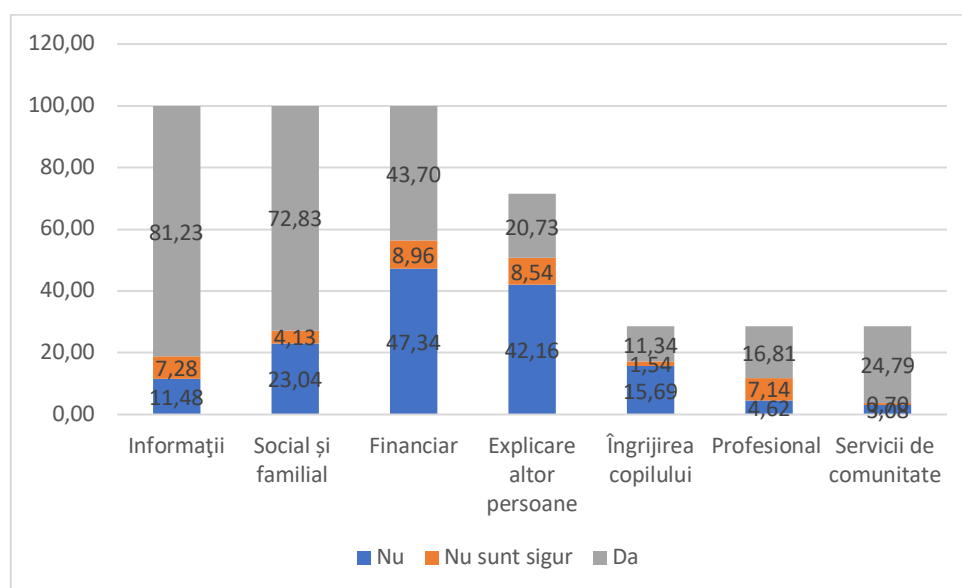
Caracteristici		Nr. abs.	%
Vârsta părintelui	≤21 ani	2	2,0
	22-25 ani	19	19,2
	26-30 ani	56	56,6
	31-35 ani	22	22,2
	36-40 ani	0	0,0
	≥41 ani	0	0,0
	Total	99	100,0

Nivelul educației	Primar	8	7,8
	Secundar	41	40,2
	Superior	35	34,3
	Fără răspuns	18	17,6
	Total	102	100,0
Reședința	Rural	50	49,5
	Urban	37	36,6
	Capitală	14	13,9
	Total	101	100,0
Încadrați în câmpul muncii	Mama	30	29,4
	Tata	46	45,1
	Ambii	25	24,5
	Fără răspuns	1	1,0
	Total	102	100,0

În total s-au obținut 3366 răspunsuri la întrebările chestionarului, din care 1938 (57,58%) răspunsuri pozitive, 1076 (31,97%) răspunsuri negative și 352 (10,46%) răspunsuri „Nu sunt sigur”. Analiza distribuirii nevoilor exprimate de părinți atestă o atenție mai mare acordată domeniilor ce prezintă nevoie de suport: informațional, familial și social și financiar, fiecare în câte 100% cazuri și explicare despre starea copilului în 71,43% cazuri.

Părinții au exprimat cele mai multe răspunsuri pozitive privind nevoia de suport: informațional 580 (81,23%), familial și social 520 (72,83%) și financiar 312 (43,70%). Fiecare al patrulea părinte – 177 (24,79%) a menționat nevoie serviciilor de comunitate, fiecare al cincilea părinte 148 (20,73%) – nevoia de a explica altor persoane despre starea copilului. Mai puțini părinți au exprimat nevoi pentru suportul profesional și privind îngrijirea copilului: 120 (16,81%) și 81 (11,34%) părinți, respectiv. Totodată, aproape jumătate din părinți 338 (47,34%) nu au avut nevoie de suport financiar, 301 (42,16%) din părinți – de a explica altor persoane despre starea copilului lor și fiecare al patrulea părinte – 188 (23,04%) nu a necesitat suport familial și social (Figura 1).

Figura 1. Distribuirea nevoilor de suport exprimate de părinți (%)

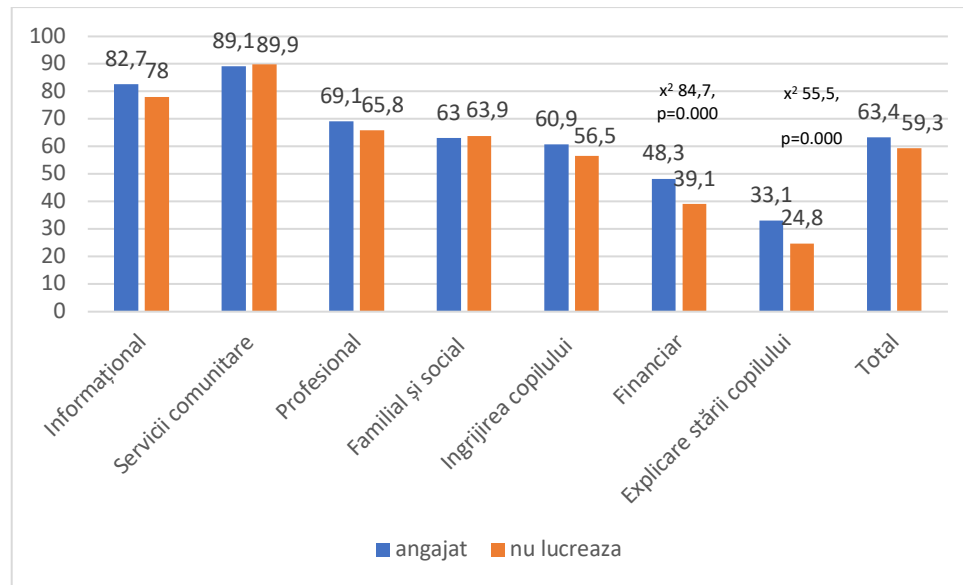


Am extras câteva variabile din cele mai frecvent invocate de părinți ca nevoi de suport din conținutul celor 3 domenii prioritare (informațional, familial și social, financiar). Astfel cele mai frecvente nevoi de suport informațional exprimate de părinți au fost: la 89 (87,3%) părinți despre orice stare de sănătate/ dizabilitate pe care copilul le-ar putea avea și la 91 (89,2%) din părinți nevoia de a obține suport informațional despre serviciile pe care copilul le-ar putea primi în viitor. În ceea ce privește suportul familial și social 80 (78,4%) din părinți au invocat nevoia de suport pentru a decide și realiza activități de recreere în familie și 79 (77,5%) din părinți nevoia de ajutor să împărtășească treburile casnice, îngrijirea copilului și alte sarcini în familie. Din conținutul domeniului „Suport financiar” 60 (58,8%) din părinți au menționat nevoia de suport pentru achitarea pentru îngrijitor/dădacă sau serviciile respiro (răgaz) și 58 (56,9%) nevoia pentru achitarea jucăriilor de care are nevoie copilul, iar 44 (43,1%) – pentru asistența și îngrijirile medicale.

Părinții au fost rugați să menționeze alte nevoi la care 244 (79,7%) au menționat nevoia de consultații adăugătoare la un alt medic, inclusiv medicul neuropediatru în 91 (89,2%) cazuri și medicul pediatru în 86 (84,3%). 97 răspunsuri au menționat necesitatea prezenței unui specialist de reabilitare mai aproape de domiciliul familiei.

Nevoile părinților au fost analizate și în funcție de angajarea acestora în câmpul de muncă. Din cele 1938 (57,58%) răspunsuri afirmative obținute de la părinți privitor la diverse nevoi, 1088 (59,94%) au parvenit de la părinții angajați și 831 (54,74%) de la cei neangajați, χ^2 60,24, df 4, p=0.000 (Figura 2). Părinții angajați au exprimat cert următoarele nevoi de suport: financiar 186 (48,30%) χ^2 84.7, p=0.000 și de explicare altor persoane despre starea copilului 91 (33,1%) χ^2 55.5, p=0.000, față de părinții neangajați: 126 (39,1%) și 57 (24,8%), respectiv, ceea ce este condiționat de socializarea mai bună a părinților angajați cu lumea înconjurătoare. Tot prin socializarea părinților angajați, față de cei neangajați, se explică că aceștia nu au nevoie de suport informațional față de cea de-a doua categorie de părinți: 32 (8,31%) față de 50 (15,53%) răspunsuri, respectiv, χ^2 11,21, df 4, p=0,024.

Figura 2. Distribuirea nevoilor certe de suport exprimate de părinți în funcție de angajarea în câmpul de muncă (%)



Mediul de trai al familiei influențează nevoile părinților cu copii din grupurile de risc. Familiile din rural au exprimat mai frecvent diverse nevoi față de părinții orășeni, fiind obținute 1020 (60,61%) față de 918 (54,55%) răspunsuri pozitive χ^2 14,67, df 2, $p=0.001$, ceea ce confirmă accesul limitat al familiilor din regiunea rurală la diverse servicii aferente nevoilor (Figura 3).

Deși fără suport statistic, se atestă o nevoie de servicii în comunitățile rurale, conform răspunsurilor a 93 (91,18%) părinți locuitori din această zonă, față de 84 (82,35%) răspunsuri ale părinților locuitori din regiunea urbană, ceea ce confirmă că acestea lipsesc sau sunt subdezvoltate.

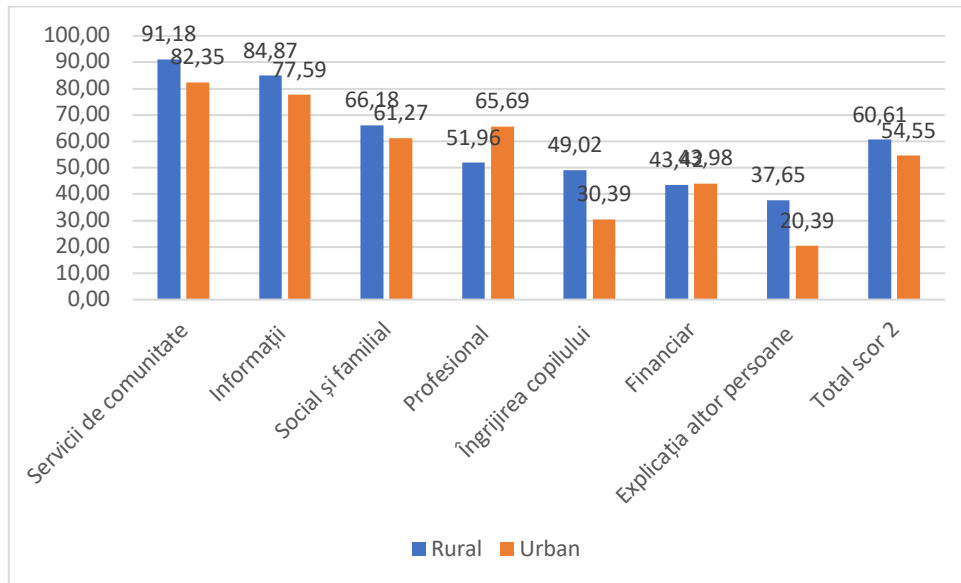
Nevoile de suport informațional și de suport pentru îngrijirea copilului sunt confirmate de 303 (84,87%) și 50 (49,02%) răspunsuri ale părinților din zona rurală, față de 277 (77,59%), χ^2 7,30, df 2, $p=0.026$, și 31 (30,39%), χ^2 8,47, df 2, $p=0,14$, ale părinților din zona rurală, respectiv, Figura 3.

Aceste date sunt în sinergie cu depopularea comunităților rurale și accesul limitat la sursele de informație a populației din rural. Dacă în trecut pe seama faptului că familiile din regiunea rurală erau extinse și ofereau suport tinerelor familii în creșterea și îngrijirea copiilor, actualmente pe seama migrării în interior țării și din țară situația s-a schimbat în defavoarea familiilor locuitoare din zona rurală. Posibil pe seama stigmatizării familiilor cu copii din grupurile de risc 96 (37,65%), conform răspunsurilor părinților din regiunile rurale, aceștia au nevoia de a explica despre starea copilului lor altor persoane, comparativ cu 52 (20,39%) din familiile din urban, χ^2 22,52, $p=0.000$.

Viceversa nevoia serviciilor profesionale a fost invocată de mai mulți părinții din mediul urban față de cei din mediul rural, conform 67 (65,69%) față de 53 (51,96%) răspunsuri

pozitive înregistrate, pe seama gradului mai înalt de informare a acestora și conștientizării pericolelor pentru sănătatea copiilor, $p > 0,05$.

Figura 3. Distribuirea nevoilor exprimate de părinți în funcție de mediul de trai (%)



În baza fișelor copiilor aflați la evidența Centrului de supraveghere/ IT am stabilit diagnosticul clinic la 66 copii, făcând conexiune cu rezultatele interviului părinților. Acești copii au fost divizați în 3 loturi în funcție de severitatea diagnosticului neurologic (sănătoși, cu patologie de severitate medie, cu patologie severă) pentru a estima dacă nevoile părinților cresc odată cu complexitatea cazului de boală la copil, Figura 4.

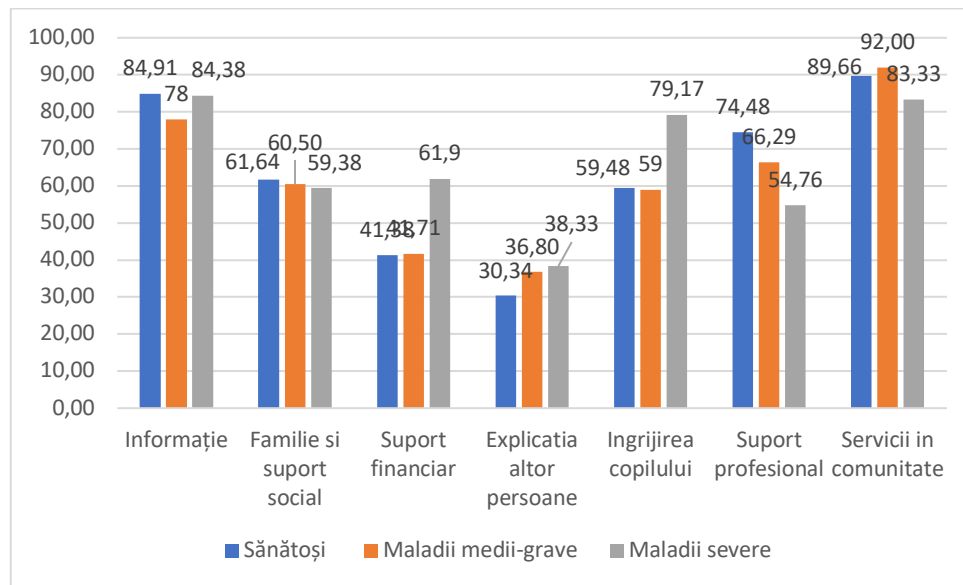
Din totalul de 2178 răspunsuri obținute de la părinți și atribuite celor 66 copii cu diagnosticul stabilit, cele mai multe au fost obținute de la 957 (43,93%) părinți ai copiilor fără abateri ale dezvoltării neurologice, urmate de 825 (37,87%) răspunsuri ale părinților cu copii cu patologie neurologică de gravitate medie și în ultimul rând de răspunsurile a 396 (18,18%) părinți cu copii cu patologii severe.

Din cele 209 (45,24%) răspunsuri afirmative invocate de părinți care au menționat nevoia suportului financiar acestea au prevalat la părinții copiilor cu maladii severe: 52 (61,90%) față de 84 (41,38%) părinți ai copiilor sănătoși și 73 (41,71%) părinți ai copiilor cu maladii neurologice medii-grave, χ^2 13,62, df 4, $p=0.009$. Similar, din cele 60 (45,45%) răspunsuri afirmative ale părinților privind nevoia de suport pentru îngrijirea copilului 19 (79,17%) răspunsuri au parvenit de la părinții copiilor cu patologie neurologică severă, față de 22 (37,93%) părinți cu copii sănătoși, și 19 (38,00%) părinți cu copii cu patologie neurologică de gravitate medie, χ^2 15,09, $p=0.005$.

Totodată, conform răspunsurilor afirmative a 81 (61,36%) părinți privitor la suportul profesional cele mai puține 11 (45,83%) aparțineau părinților copiilor cu patologie neurologică severă, față de 41 (70,69%) răspunsuri a părinților cu copii sănătoși și 29 (58,00%) răspunsuri a părinților cu copii cu patologie neurologică medie gravă, deși fără semnificație statistică. Aceste date sugerează că copiii cu patologie neurologică severă se află deja la evidența unui

centru medical specializat. Contrar, numai 19 (79,17%) răspunsuri afirmative ale părinților cu copii cu patologie neurologică severă față de 45 (90,00%) răspunsuri ale părinților cu copii cu patologie neurologică grav-medie și 50 (86,21%) răspunsuri de la părinții cu copii sănătoși atestă nevoia de suport pentru servicii comunitare, fapt posibil legat de primirea de către copiii cu patologie medie gravă și gravă a serviciilor necesare în cadrul instituțiilor medicale specializate, Figura 4.

Figura 4. Distribuirea nevoilor exprimate cert de părinții în funcție de severitatea maladiilor neurologice la copil (%)



Ca un prim pas testarea consistenței interne a secțiunilor chestinarului a atestat coeficienți înalți și buni Alfa (Cronbach) pentru domeniile: 0,920 - suport financiar, 0,881 - suport informațional, 0,833 - scorul total, 0,811 - suport profesional, 0,801 - suport familial și social, coeficienți acceptabili pentru domeniile: 0,795 – suport în explicarea stării copilului, 0,760 – suport în îngrijirea copilului și 0,753 suportul serviciilor comunitare. Pe lângă coeficienți înalți pe domenii, au fost obținuți coeficienți înalți și buni pe majoritatea itemilor, cu excepția itemilor domeniului de suport familial și social, care sunt chestionabili. Valorile obținute ale coeficienților Alfa (Cronbach) atestă fiabilitatea înaltă și validitatea chestionarului studiului.

Setul de date a fost analizat pentru a confirma structura factorilor care s-ar potrivi cultural nevoilor părinților din Republicii Moldova. Analiza factorială exploratorie a fost utilizată și aplicată pentru adaptarea culturală a instrumentului psihometric vizat pentru evaluarea nevoilor părinților cu copii din grupuri de risc din Republica Moldova.

Cu ajutorul scree-testului au fost extrași 5 factori cu numărul de eigenvalue mai mare decât 1 (4,96, 3,56, 2,99, 2,08, 1,69), factorul de încărcătură de 0,40 și mai mare și de la 2 la 6 itemi pentru un factor. În urma rotirii factorilor Varimax cu normalizarea Kaiser am obținut o structură factorială din 23 de itemuri grupați în 5 categorii.

Cinci pachete de itemi formate corespund următoarelor domenii ale chestionarului original, dar cu un număr redus de itemi pentru primii trei factori: suport informațional – 5 itemi, suport familial și social – 5 itemi, suport financiar – 6 itemi, suport profesional – 2 itemi și suport pentru îngrijirea copilului – 2 itemi.

Ca urmare a rotirii factorilor itemul „Am cu cine în familia mea să discut despre îngrijorările mele” din pachetul „Suport familial și social” a obținut valoarea 0,32. Cu toate că nu se încadrează în criteriile prestabilite, având un factor de încărcătură mai mic de 0,4, itemul a fost păstrat fiind considerat că face parte din nevoile indispensabile ale familiei. Doarece următorii doi itemi fac parte din domenii diferite: „Sunt susținut(ă) să dedic mai mult timp pentru mine” (Suport familial și social) și „Întâlniri și discuții cu alți părinți care au un copil ca al meu” (Suportul serviciilor comunitare) aceștia, împreună cu itemul sus menționat, au fost direcționați către pachetul Suportul informațional. Familiile posibil că recunosc serviciile prestate în comunități ca echivalente a informației privind gestionarea comportamentului copilului și starea acestuia.

Astfel gruparea pe factori (domenii) a itemilor originali a fost optimizată ajungându-se la un set optimal de 23 itemuri și 5 categorii (domenii). Analiza factorială a itemilor chestionarului pentru părinți a creat un model cu cinci factori care explică 68,99% din varianță. Valorile alfa pentru factorii sondajului au variat de la 0,63 la 0,90, Tabelul 2.

Conform versiunii obținute a chestionarului părinții au relatat cele mai multe nevoi financiare, după numărul de itemuri preluate din chestionarul original, dar și după încărcătura factorilor. Aceasta se întâmplă din cauza că finanțarea serviciilor de intervenție timpurie nu acoperă tot spectrul de servicii, fiind confirmat de răspunsurile părinților care au exprimat nevoi pentru achitarea cheltuielilor, cum ar fi asistența și îngrijirile medicale sau pentru obținerea oricărui echipament specializat de care are nevoie copilul.

Sunt mari și nevoile informaționale, care confirmă faptul că părinții nu sunt implicați pe deplin în serviciile de intervenție timpurie, acestea în perioada studiului fiind oferite de instituții și focusate pe problema de sănătate a copilului, decât centrate pe familie.

Părinții au exprimat nevoi de suport familial și social, îndeosebi ca membrii familiei să fie ajutați să-și ofere ajutor reciproc în perioadele dificile, dar și ajutați să discute problemele și să identifice soluții, ceea ce atestă că dâșii mizează pe membrii familiilor lor, pe sistemul de protecție socială și sunt în căutarea suportului pentru copiii lor, inclusiv, în afara sistemului sănătății.

Nevoia de suport profesional este înaltă, părinții optând pentru întâlnirile cu următorii specialiști: medicul de familie (27,5%), ținând cont de rolul de „portar” al acestuia în sistemul de sănătate, psihologul (25,5%), mai rar cu medicul pediatru (7,8%) și neuropediatrul (5,9%). Ca confirmare a constatării nevoilor înalte în servicii sociale sunt și preferințele părinților pentru întâlnirile cu asistentul social (40,2%).

Studiul nevoilor părinților este un mijloc adițional despre necesitatea fortificării suportului din partea familiilor în timpul consultațiilor și interviului.

Tabelul 2. Versiunea chestionarului nevoilor părintelui cu copil din grupul de risc adaptată pentru Republica Moldova

Domeniu	Item	Rotated Component Matrix
Suport informațional	1. Cum copilul crește și se dezvoltă	0,79
	2. Cum trebuie să mă joc sau să vorbesc cu copilul	0,86
	3. Cum îl învăț pe copilul meu	0,81
	4. Cum mă ocup de comportamentul copilului	0,86
	5. Despre orice condiții de sănătate/ dizabilitate pe care copilul le-ar putea avea	0,55
	6. <i>Întâlniri și discuții cu alți părinți care au un copil ca al meu*</i>	0,67
	7. <i>Am cu cine în familia mea să discut despre îngrijorările mele*</i>	0,32
	8. <i>Sunt susținut(ă) să dedic mai mult timp pentru mine*</i>	0,81
Suport familial și social	1 Soțul (soția) este susținut(ă) să accepte orice condiție pe care ar putea avea copilul	0,77
	2. Familia este ajutată să discute problemele și să identifice soluțiilor	0,87
	3. Membrii familiei sunt ajutați să-și ofere ajutor reciproc în perioadele dificile	0,88
	4. Suntem ajutați să împărțăm treburile casnice, îngrijirea copilului și alte sarcini în familie	0,77
	5. Suntem ajutați să decidem și realizăm activități de recreere în familie	0,76
Suport financiar	1. Achitarea cheltuielilor, cum ar fi produsele alimentare, locuința, îmbrăcămintea sau cheltuielile de transport	0,78
	2. Achitarea cheltuielilor, cum ar fi asistența și îngrijirile medicale	0,88
	3. Obținerea oricărui echipament specializat de care are nevoie copilul	0,88
	4. Achitarea pentru terapie, îngrijire cotidiană/de zi sau alte servicii de care are nevoie copilul	0,86
	5. Consiliere sau ajutor în obținerea unui loc de muncă	0,81
	6. Achitarea pentru îngrijitor/dădacă sau serviciile respiro (răgaz)	0,78
Suport profesional	1. Ședințe de consiliere (psiholog, asistent social, <i>alt specialist</i>)	0,85
	2. Mai mult timp pentru a discuta cu educatorul sau terapeutul (<i>specialist implicat în acțiuni de reabilitare</i>)	0,85
Suport pentru îngrijirea copilului	1. Cunoașterea despre prestatorii de servicii de îngrijire sau respiro, care sunt disponibile și pot să îngrijească copilul meu	0,85
	2. Cunoașterea despre programe de zi sau preșcolare pentru copil	0,86

Notă: * Itemurile 6, 7, și 8 incluse în nevoile de suport informațional.

Concluzii:

1. Studiul nevoilor părinților a oferit date valoroase despre nevoile părinților cu copii din grupul de risc pentru o dezvoltare neurologică compromisă aflați la supravegherea Centrului de diagnostic și supraveghere neonatală. În cadrul studiului de adaptare culturală a instrumentului psihometric la condițiile Republicii Moldova s-a atestat că mamele, care au reprezentat majoritatea părinților, au exprimat cea mai mare nevoie de suport pe domeniile: informațional (81,23%), familial și social (72,83%) și financiar (43,70%).
2. Părinții cu copii la risc din regiunea rurală au invocat nevoia de suport pe diverse domenii, îndeosebi informațional, pentru îngrijirea copilului și de a explica despre starea copilului altor persoane ($p < 0,05$), față de părinții cu copii din regiunea urbană, ceea ce indică accesul limitat al acestora la informare și servicii, precum și îngrijorările mai mari privitor la stigmatizarea copilului.
3. Prezența maladiilor neurologice severe la copii sporește nevoia părinților în suportul financiar și cel de îngrijire a acestor copii, comparativ cu părinții copiilor cu maladii neurologice de severitate medie ($p < 0,05$), fapt care confirmă povara financiară asupra familiei a patologiei neurologice invalidizante la copil.

Bibliografie:

1. HOUTROW, A.J, OKUMURA, M.J. Pediatric mental health problems and associated burden on families. *Vulnerable Child Youth Stud.* 2011 September; 6(3): 222–233. doi:10.1080/17450128.2011.580144.
2. BLACHER, J., & HATTON, C. (2007). Families in context: Influences on coping and adaptation. In Odom S.L., Horner R.H., Snell M.E., & Blacher J. (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 531–551). The Guilford Press.
3. *Institute for Patient- and Family-Centered Care.* <http://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
4. DRAPALSKI, A.L., MARSHALL, T., SEYBOLT, D., MEDOFF, D., PEER, J., LEITH, J., & DIXON, L. B. (2008). Unmet needs of families of adults with mental illness and preferences regarding family services. *Psychiatric Services*, 59, 655–662.
5. BAILEY, D. B., Jr., BLASCO, P. M., & SIMEONSSON, R. J. (1992). Needs expressed by mothers and fathers of young children with disabilities. *American Journal of Mental Retardation*, 97, 1–10.
6. PRIZANT, B.M., WETHERBY, A.M., RUBIN, E., LAURENT, A.C. The SCERTS model: a transactional, family-centered approach to enhancing communication and socioemotional abilities of children with autism spectrum disorder. *Infants Young Child.* 2003;16(4):296–316.
7. BAILEY, D. B., Jr., & BLASCO, P. M. (1990). Parents' perspectives on a written survey of family needs. *Journal of Early Intervention*, 14, 196–203.

ETICA VACCINĂRII ÎN COPILĂRIE

Godea Diana¹, Puiu Ivan¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Conform OMS, vaccinarea previne anual cca 2.5 mln. de decese ale copiilor, astfel, fiind plasată printre cele mai rentabile 10 intervenții de sănătate publică; totodată rata de vaccinare în unele țări este cu zeci de procente mai mică decât cea recomandată de OMS, una dintre cauze fiind refuzul părinților la vaccinare.

Scopul. Cunoașterea și înțelegerea aspectelor etice legate de dificultățile de vaccinare a copilului.

Material și metode. În cadrul cercetării au fost analizate 84 de publicații internaționale și naționale, majoritatea din ultimii 10 ani.

Rezultate. Cercetarea se axează pe experiențele mai multor țări în soluționarea problemelor etice, în special, decizia etică pentru copil, impactul unor rate reduse de vaccinare asupra sănătății individului și colectivității, depășirea dilemelor etice. Respectul față de autonomia pacientului este principiul fundamental al eticii clinice, dar urmarea formală a acestui principiu nu se acceptă ca o soluție; problema trebuie analizată în ansamblu, deoarece nevaccinarea unui număr mare de copii conduce la risc sporit de epidemii (ex., epidemia curentă de rujeolă), adică, are un impact negativ și asupra copilului nevaccinat, și asupra colectivității. Se discută mai multe dileme etice asupra acceptării/refuzului la vaccinare; ex., unul din părinți dă acordul, dar altul refuză vaccinarea; copilul/adolescentul la școală acceptă vaccinarea fără permisiunea părinților; adolescentul solicită vaccinul, iar părinții se împotrivesc; părinții acceptă vaccinarea, dar adolescentul refuză; justificarea etică a imunizării obligatorii și unele experiențe internaționale de politici de impunere a vaccinării, etc. Se discută separat despre diferite vaccinuri (ex., rujeola, HPV, DTP, BCG).

Concluzii. Etica vaccinării exemplifică foarte bine interdependența responsabilităților individuale, a responsabilităților colective și a responsabilităților instituționale. Cadrul eticii medicale își propune să găsească un echilibru între principiile deciziilor individuale și cele sociale. Există puține strategii bazate pe dovezi pentru a ghida furnizorii în discuțiile lor cu părinții care ezită vaccinarea copilului.

Cuvinte cheie: vaccinare, copii, etică medicală, principii, respect față de autonomie, nedăunare, benefacere, justiție, imunitate colectivă.

CUNOȘTINȚELE PĂRINȚILOR CU PRIVIRE LA SEMNELE GENERALE DE PERICOL PENTRU VIAȚA COPILULUI CU VÂRSTA MAI MICĂ DE 5 ANI: STUDIU DESCRIPTIV

Revenco Ninel^{1,2}, Horodișteanu-Banuh Adela², Cîrstea Olga^{1,2}, Bujor Dina^{1,2}, Grin Olesea²

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² IMSP Institutul Mamei și Copilului, Laboratorul Științific Pediatrie, Chișinău

Introducere: Semnele generale de pericol sunt semne de avertizare care indică condiții potențial periculoase pentru viața copilului. În conformitate cu Conduita Integrată a Maladiilor la Copii, cunoașterea și recunoașterea adecvată a semnelor generale de pericol constituie un instrument vital pentru părinți, cu impact pozitiv asupra comportamentului de solicitare în timp oportun a asistenței medicale pentru copilul bolnav.

Obiectivul: Evaluarea cunoștințelor îngrijitorilor care au copii cu vârsta mai mică de 5 ani cu privire la recunoașterea semnelor generale de pericol.

Material și Metodă: A fost desfășurat un studiu transversal, care a presupus interviuarea de către autori a unui lot de 306 părinți din 14 localități ale Republicii Moldova care au cel puțin un copil cu vârsta mai mică de 5 ani, repartizați conform vizei de reședință după cum urmează: 33,3% din localitățile urbane mari (Chișinău și Bălți), 28,1% din localitățile urbane mici (Cahul, Ungheni, Strășeni și Rezina) și 38,5% din localitățile rurale. Vârsta medie a respondenților a fost de $32,12 \pm 5,64$ ani.

Rezultate: Estimarea cunoștințelor îngrijitorilor cu privire la recunoașterea semnelor generale de pericol a relevat cunoștințe medii la acest subiect, doar ½ din ei fiind capabili să menționeze o parte dintre aceste semne. Astfel, semnele generale de pericol cele mai frecvent menționate au fost: copilul vomită după fiecare hrană sau băutură (67,8%); copilul este letargic, nu poate fi trezit sau este fără cunoștință (56,2%); copilul are convulsii (53,5%), copilul nu poate suge piept sau bea lichide (44,6%), iar faptul că copilul respiră dificil și frecvent, a fost indicat ca semn de apelare urgentă la medic de doar 37,2% dintre participanții în studiu. Totodată, a fost remarcat faptul că destul de frecvent (circa ¼ din respondenți) îngrijitorii consideră greșit alte semne, cum ar fi febra, diareea, obstrucția nazală în calitate de semn general de pericol pentru viața sugarului.

Concluzii: Studiul dat relevă cunoștințe modeste ale părinților referitoare la recunoașterea semnelor de pericol pentru viața copilului. Lucrătorii medicali de la orice nivel de asistență medicală trebuie să ofere constant ghidare anticipativă fiecărui părinte, inclusiv reamintirea semnelor generale de pericol în cadrul fiecărei vizite efectuate, fie în instituția medicală, fie în cadrul vizitelor de monitorizare la domiciliu.

Cuvinte cheie: semne de pericol, copil, îngrijitor, conduita integrată a maladiilor la copii

PARENTS' KNOWLEDGE REGARDING THE GENERAL DANGER SIGNS FOR THE LIFE OF THE CHILD UNDER 5 YEARS OF AGE: A DESCRIPTIVE STUDY

Revenco Ninel^{1,2}, Horodișteanu-Banuh Adela², Cîrstea Olga^{1,2}, Bujor Dina^{1,2}, Grin Olesea²

¹ The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

² PHI Institute of Mother and Child, Pediatric Scientific Laboratory, Chisinau

Introduction: General danger signs are warning signs that indicate potentially dangerous conditions that may be life threatening for child. In accordance with the Integrated Management of Childhood Illness, knowledge and adequate recognition of general danger signs is a vital tool for parents, with a positive impact on the behavior of timely seeking medical assistance for the sick child.

The objective: Assessing the knowledge of caregivers of children under 5 years of age regarding the recognition of general danger signs.

Material and method: A cross-sectional study was conducted, which involved interviewing by the authors a group of 306 parents from 14 localities of the Republic of Moldova who have at least one child under the age of 5, distributed according to the residence visa as follows: 33.3% from large urban localities (Chisinau and Balti), 28.1% from small urban localities (Cahul, Ungheni, Strășeni and Rezina) and 38.5% from rural localities.. The average age of the respondents was 32.12±5.64 years.

Results: The assessment of caregivers' knowledge regarding the recognition of general danger signs revealed average knowledge on this subject, only ½ of them being able to mention some of these signs. Thus, the most frequently mentioned general signs of danger were: the child is vomiting everything is given (67.8%); the child is lethargic, cannot be woken up or is unconscious (56.2%); the child has convulsions (53.5%), the child cannot suckle or drink liquids (44.6%), and only 37.2% among all the caregivers participating in the study were able to mention chest in-drawing and difficulty of breathing as a critical danger sign in an ill child. At the same time, it was noted that quite frequently (about ¼ of the respondents) caregivers mistakenly consider other signs, such as fever, diarrhea, nasal obstruction as a general danger sign for the infant's life.

Conclusions: The results of this study reveals modest knowledge of the parents regarding the recognition of danger signs for the child's life. Health care workers at any level of health care should consistently provide anticipatory guidance to each parent, including reminding of general danger signs at each visit, whether in the health care institution or at home monitoring visits.

Key words: *danger signs, child, caregiver, Integrated Management of Childhood Illness*

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN EDUCAȚIA SEXUALĂ A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR

Gorbataia Elena¹, Puiu Ivan¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Educația sexuală este un proces complex de transmitere a informației și de dezvoltare a abilităților legate de sexualitate și sănătate, cu scopul de a forma cetățeni sănătoși, informați și responsabili. Această educație acoperă o gamă largă de subiecte, inclusiv fiziologia, psihologia, etica și responsabilitatea în domeniul relațiilor sexuale. Medicul de familie ar putea deveni un specialist cheie în educația sexuală, în special, a copiilor și adolescenților.

Scopul: Analiza rolului medicului de familie în educația sexuală a copiilor și adolescenților – experiențe internaționale și practici ce pot fi preluate pentru medicii de familie din RM.

Material și metode: În cadrul cercetării au fost analizate 77 de publicații internaționale și autohtone, majoritatea din ultimii 5 ani.

Rezultate: Copiii și adolescenții se confruntă cu provocări și decizii legate de sexualitate în etape tot mai timpurii ale vieții lor, ceea ce face necesară furnizarea de informații adecvate și dezvoltarea unui comportament responsabil asumat. În multiple publicații se subliniază importanța furnizării acestor informații în stadiile incipiente ale dezvoltării. Medicii de familie nu îndeplinesc doar rolul de educatori în domeniul educației sexuale pentru copii și adolescenți, ci oferă și sprijin părinților în a deveni ”ghizii informați și de încredere” pentru copii. Unul dintre aspectele cheie ale unei educații sexuale de succes pentru copii și adolescenți este utilizarea unei abordări individualizate. În lucrare se aduc experiențele în acest domeniu din Suedia, Germania, Marea Britanie, SUA, în unele țări se pune accent pe comunicarea cu copil și adolescent, în altele – pe părinți și familie. În Moldova, mulți medicii de familie deja joacă un rol crucial în programele educaționale privind sănătatea sexuală. Participarea lor la programele educaționale școlare și medicale este o parte integrantă a strategiei de furnizare a unei educații sexuale complete; formarea este axată atât pe copii, de regulă, în cadrul școlii, cât și pe părinți. Aceste metode includ utilizarea tehnologiilor educaționale interactive, soluții de telemedicină și resurse online.

Concluzii. Experiențele internaționale în domeniul educației sexuale sunt diverse. Mulți medicii de familie din RM implementează metode și cercetări de ultimă generație în domeniul educației sexuale, dar aceste experiențe necesită o extindere cât mai largă.

Cuvinte cheie: educația sexuală, medicul de familie, afecțiuni sexual transmisibile.

OTITA MEDIE: FACTORII DE RISC AL RECIDIVĂRII, PERSISTENȚEI ȘI CRONICIZĂRII LA COPII

Diacova Svetlana¹, Ababii Ion¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”

Introducere: Otita medie (OM) se dezvoltă la 90% de copii, evoluează subclinic, cu scăderea progresivă a auzului, în OM recidivantă sau persistentă în 25-60% din cazuri. Aceste forme determină retardul vorbirii și dezvoltării psihosociale, agravează calitatea vieții, se diagnostică în stadii avansate, se cronicizează cu riscul complicațiilor intracraniene.

Obiectiv: Evidențierea factorilor de risc al recidivării, persistenței și cronicizării ale OM prin studiu evolutiv-epidemiologic în baza monitoringului optic-electroacustic la copii în Republica Moldova.

Material și metode: Cohorta de 1092 copii cu vârsta de 0-7 ani, fără patologii urechii medii cunoscute, a fost compusă din 3 loturi, în funcție de prezența comorbidităților recidivante (CR): lotul R – CR respiratorii (428), lotul D – CR digestive (444), lotul S – fără CR (220). S-a evaluat riscul relativ (RR) de apariție otitei medii (OM), recidivare (OMR), persistența (OMEPE) și cronicizare (OMC) prin realizarea monitoringului optic-electroacustic pe parcursul a 3 ani.

Rezultate: Riscul relativ de apariție OM a fost mai înalt în lotul R (RR 3,3 - foarte mare), în comparație cu lotul D (RR 1,4 – redus). Riscul relativ de recidivare OM în ambele loturi s-a manifestat la nivel foarte mare prin formarea OMR cu RR 6,6 în lotul R și 7,4 în lotul D. Riscul persistenței și dezvoltării OMEPE în ambele loturi a fost foarte mare (RR – 3,0); ca și riscul cronicizării (RR în lotul R 3,7; RR în lotul D - 4,0). Copiii cu vârsta de 0-1 an și 1-5 ani s-au caracterizat cu RR de OM - 1,6-1,5, RR de OMR - 2,2-2,0 și RR de OMC - 1,7-1,9. Risc de reapariție OM, dezvoltare OMR sau OMEPE și de formare OMC a fost foarte mare la copiii, care au suportat OM pe parcursul de 1 an de viață (RR 3,4; 35,6; 33,1, corespondent).

Concluzii: Factorii de risc major al recidivării, persistenței și cronicizării, evidențiate la copiii cu vârsta de până la 5 ani cu CR respiratorii sau digestive justifică efectuarea monitoringului selectiv al stării urechii medii pentru depistare și prevenirea proceselor cronice în urechea medie.

Cuvinte cheie: otita medie la copii, recidivare, persistența, cronicizare, factor de risc

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN ASIGURAREA ACCESULUI LA SERVICII DE CALITATE DE INTERVENȚIE TIMPURIE ÎN COPILĂRIE ÎN RM

Puiu Ivan¹, Calac Marina², Daniela Bordeianu²

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Institutul Național de ITC

Introducere: Intervenția timpurie în copilărie (ITC) are un rol crucial și poate schimba traseul de dezvoltare a copilului. ITC este un serviciu centrat pe familie și are ca scop primordial fortificarea capacităților parentale în creșterea copilului cu tulburări de dezvoltare. Medicul de familie (MF) are o misiune fundamentală în cadrul serviciului de ITC, prin detectarea timpurie a problemelor de dezvoltare, referirea la timp către serviciul de ITC, dar și prin suportul eficient al familiei, realizării Planului Individual de Suport Familiei (PISF).

Scop: Analiza gradului de implicare a MF în serviciul de ITC și a factorilor de sporire a rolului MF în eficientizarea ITC.

Materiale și metode: A fost analizat gradul de implicare a MF în serviciul de ITC după perioada de contractare a serviciului de către CNAM (a.2017), a. 2018-2023, în baza experienței CIP ”Voinicel” (actualmente Institutul Național de ITC); la fel, au fost studiați factorii care pot spori rolul MF în eficiența ITC.

Rezultate: Pe perioada studiului, majoritatea covârșitoare (cca 98%) a familiilor au ajuns la CIP ”Voinicel” prin biletul de trimitere f-027/e. Numărul beneficiarilor unici pe perioada 2018-2023 a fost de 2137; în a.2023 – 679, iar numărul serviciilor atinge cifra de 7000 pe an. Studiul indică o sporire semnificativă a vigilenței MF în detectarea timpurie a autismului; totodată, respectarea Ord. MS al RM nr. 1000 din 08.10.2012, pentru aplicarea de către MF a testului CHAT la vârsta de 18-24 luni, lasă de dorit, fiind sub 50% dintre copiii referiți cu suspiciune de autism. Observațiile denotă și o implicare modestă a MF în implementarea PISF și un grad insuficient de colaborare cu familia.

Concluzii: În RM, unde se aplică modelul eterogen, pluridisciplinar de ITC, rolului MF este unul semnificativ și este realizat în practică la un nivel înalt la capitolul detectare și referire timpurie, mai redus – la screening-ul TSA și foarte modest la implementarea PISF. Implicarea MF în realizarea PISF necesită o pregătirea profesională mai profundă în domeniul pediatriei axate pe dezvoltare și ITC, obiectiv realizabil prin alinierea la practicile țărilor dezvoltate.

Cuvinte cheie: intervenția timpurie în copilărie, medicul de familie.

VACCINOTERAPIA ÎN PRACTICA OTORINOLARINGOLOGICĂ LA COPII

Danilov Lucian¹, Ababii Polina¹, Carauș Anastasia¹, Grosu Mihaela¹, Bugan Maria¹, Timuș Cristina¹

¹. IMSP Clinica „Emilian Coțaga”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Streptococcus pneumoniae este o cauză majoră a unor boli, datorită dezvoltării atât a formelor invazive, reprezentate de bacteriemie, meningită și pneumonia bacteremică, cât și prin forme non-invazive, care sunt afecțiunile de tract respirator, otită medie acută, sinuzită.

Scopul: Cercetarea rezultatelor clinico-imunologice în terapia prin vaccinare cu preparatul “Synflorix™” în tratamentul complex a amigdalitei cronice la copii.

Material și metode: În IP CMȘC, Clinica “Em. Coțaga”, departamentul otorinolaringologie au fost examinate rezultatele clinico-imunologice a aplicării preparatului imunostimulator Synflorix™ în tratamentul standard complex la 42 copii cu amigdalită cronică fără complicații locale și la distanță (1 doză de 0,5 ml conține 10 serotipuri de polizaharidă pneumococică, care s-a administrat i/m, într-o singură doză).

Rezultate: Cercetările posttratament au demonstrat îmbunătățirea profilului citokinic al copiilor, diminuând nivelurile supranormale ale citokinelor proinflamatoare TNF- α , IL-8 și IL-1 β și crescând titrele scăzute ale citokinelor antiinflamatoare IL-4. Majorarea nivelurilor de sensibilizare specifică la antigenii streptococului și stafilococului, creșterea conținutului de subpopulații T-helper (CD-4) și a titrelor ASL-O, IgA și IgM, ce reprezintă o reacție normală a procesului de vaccinare. Pe parcursul de doi ani după tratament numărul IRA și a anginelor, indicarea antibioticoterapiei s-a redus semnificativ.

Concluzie: Terapia de imunizare prin vaccinare exercită o acțiune complexă de normalizare a caracterului tulburărilor reactivității imune și rezistenței preimune a organismului copiilor și asigură o eficacitate clinicoimunologică accentuată, îmbunătățind prognosticul bolilor și calitatea vieții. Vaccinul pneumococic conjugat “Synflorix™” poate fi utilizat atât în scop profilactic, cât și în scop terapeutic pentru tratamentul complex al pacienților cu amigdalită cronică.

Cuvinte-cheie: Streptococcus pneumoniae, vaccinoterapia, “Synflorix™”.

DINAMICA BIOMARKERILOR DE INFLAMAȚIE ÎN STĂRILE SEPTICE LA PACIENȚII PEDIATRICI CHIRURGICALI

Catrinescu Aliona¹, Bernic Jana², Dolghier Lidia²

¹ IMSP Institutul Mamei și Copilului

² Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Bolile infecțioase reprezintă o problemă majoră de sănătate publică la nivel mondial, se pot complica cu sepsis și se caracterizează printr-un răspuns exagerat al gazdei organismului la o infecție, asociată cu disfuncții multiple de organe. Sepsisul și șocul septic reprezintă principala cauză de deces la copii (OMS 2018).

Scopul lucrării: Prezentarea de caz clinic de sepsis pulmonar survenit pe fondalul pneumoniei comunitare complicată cu disfuncții multiple de organe.

Material și metode: Au fost studiate datele anamnestice, clinice, paraclinice cât și evoluția biomarkerilor inflamatorii.

Rezultate: Copil de 4 luni, născut prematur cu greutatea la naștere 1650 gr. cu displazie bronhopulmonară se internează în secția de reanimare în stare extrem de gravă condiționată de IR gr.II-III cu dispnee pronunțată de tip mixt cu tirajul cutiei toracice, wheezing, dependent de O₂, agitat. A doua zi după internare dezvoltă pneumotorax pe dreapta, este trecut la VAP timp de 9 zile, cu dezvoltarea ulterioară a complicațiilor septice. Au fost apreciată dinamica biomarkerilor inflamatorii: PCR la internare: negativ, la 7 zile 24 μg/ml, la 14 zile 135.8 μg/ml, la 21 de zile-negativ. Procalcitonina (PC) la internare = 0.70 mg/l, la 7 zile = 2.88 mg/l, la 14 zile = 1.23 mg/l, la 21 zile = 0.21 mg/l, Leucocitele la internare = 10.0x10⁹/L, la 7 zile = 16.7x10⁹/L, la 14 zile = 21.0x10⁹/L, la 21 de zile = 7.8x10⁹/L, Lactatul la internare = 4.2 mmol/l, la 7 zile = 2.10 mmol/l, la 14 zile = 3.6 mmol/l, la 21 de zile = 1.6 mmol/l. Feritina la 10 zile = 249 ng/ml, la 20 zile = 57 ng/ml. Biomarkerii de inflamație crescuți la internare cu normalizare ulterioară. Pacientul a urmat terapie intensivă conform protocolului național în vigoare, extubat după 9 zile fără complicații, semnele de insuficiență respiratorie în regresie. După 21 de zile transferat în secție specializată, în stare generală de gravitate medie pentru continuarea tratamentului.

Concluzii: Aprecierea dinamicii evolutive a biomarkerilor inflamatori a făcut posibilă alegerea terapiei specifice și monitorizarea evoluției procesului septic.

Cuvinte-cheie: infecție respiratorie severă, biomarkeri inflamatori, sepsis.

FACTORUL MICROBIAN ÎN INFLAMAȚIA ACUTĂ A AMIGDALELOR PALATINE LA COPII

Ababii Polina¹, Danilov Lucian¹, Grosu Mihaela¹, Bugan Maria¹, Carauș Anastasia¹, Timuș Cristina¹

¹ IMSP Clinica „Emilian Coțașă”, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Anginele sunt boli infecțioase ale regiunii orofaringiene cu inflamația țesutului limfatic al unuia din grupurile limfoide din inelul limfoid Waldeyer. La nivelul amigdalei limfocitele B formate produc cinci clase de anticorpi, ce protejează organismul de microbi, printre care și streptococul beta-hemolitic grup A- principalul agent patogenetic în provocarea complicațiilor autoimune organice și sistemice la copii.

Scopul: Aprecierea florei microbiene de pe suprafața amigdalelor palatine la copiii cu angină.

Material și metode: În secția ORL a IMSP Clinica „Emilian Coțașă” s-au analizat rezultatele studiului descriptiv, retrospectiv, a frotiului de pe suprafața amigdalelor palatine la 90 copii cu angină.

Rezultate: În frotiuri a predominat Stafilococul auriu – 38,8%, pneumococul în 10,2% cazuri, Streptococul B-hemolitic gr. A – 9,2%, activitatea acestuia fiind cu 4 plusuri în 51% cazuri, copiii fiind cei mai sensibili la antibiotice din gr. cefalosporinelor și amoxicilina cu acid clavulanic. În frotiurile studiate la 41 din copiii supuși Antibioticoterapiei în 58% din cazuri s-a depistat Stafilococul auriu, 14% - Streptococul pneumococic, 3,5% - Streptococul B-hemolitic gr. A.

Concluzie: Incidența sporită a streptococului hemolitic gr. A impune o investigație sporită a copiilor prin intermediul testului no-step Strep A pentru indicarea antibioticoterapiei cu scopul scăderii ratei complicațiilor provocate de angini.

Prezentând o rezistență crescută la antibioticoterapie, nivelul sporit al streptococului pneumococic de la nivelul suprafeței amigdalelor palatine impune terapia bazată pe vaccinare.

Cuvinte-cheie: angină, copii, floră patogenă.

SINDROAME ȘI SEMNE CLINICE ÎN INFECȚIA COVID-19 LA COPII

Conica Corina¹, Selevestru Rodica¹, Șciuca Svetlana¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Varietatea semnelor clinice ale infecției COVID-19 la copii poate fi prezentată prin forme asimptomatice, cu semne ușoare de afectare a căilor respiratorii superioare, dar și forme severe cu pneumonii complicate, insuficiență respiratorie și disfuncție multiorganică. Vârsta și severitatea bolii influențează manifestările pulmonare în cadrul infecției cu virusul SARS-CoV-2 la copii.

Scop: Evaluarea particularităților clinice ale infecției COVID-19 la copii.

Metode: Studiul include 300 de copii internați în secția COVID-19 din Institutul Mamei și Copilului, repartizați în 5 loturi conform vârstei. Vârsta medie a copiilor din studiu este $2,06 \pm 0,28$ ani. Procesarea statistică a fost efectuată prin programa Epi Info 7.2, Microsoft Excel.

Rezultate: Studiul a constatat că mai mult de 1/3 copii spitalizați au avut vârsta sub un an (38,8%: 95%CI 26,6-44,7). Debutul sever al bolii au prezentat copiii nou-născuți (58,3%: 95%CI 27,67-84,83) și sugari (52,4%: 95%CI 29,78- 74,29). Severitatea infecției COVID-19 a fost cauzată de sindromul febril în 48,4%: 95% CI 35,75-61,27 ($\chi^2=3,18$, $p>0,5$). Semnele catarale respiratorii au fost constatate în 50%: 95%CI 37,23- 62,77 ($\chi^2=3,49$, $p>0,4$) copii cu COVID-19, tusea în 63,5%: 95%CI 52,19-78,19 ($\chi^2=5,5$, $p>0,05$). Cianoza și dispneea, care prezintă criterii de severitate a bolii, au fost cel mai des întâlnite la nou-născuți și sugari. Tirajul toracic, fiind un semn de luptă respiratorie, a fost observat la fiecare al 3 copil cu infecție COVID-19

Concluzii: La copiii cu infecția SARS CoV-2 manifestările respiratorii sunt dominante. În tabloul clinic prevalează febra, semnele catarale respiratorii, tusea. Copiii până la un an sunt cei mai vulnerabili de a face o formă gravă a bolii cu semne de insuficiență respiratorie.

POLIPUL ANTROCHOANAL LA COPII

Adam Elena¹, Danilov Lucian¹, Ababii Polina¹, Maniuc Mihail¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Polipul antrochoanal reprezintă o afecțiune benignă care își are originea din mucoasa sinusului maxilar, de obicei unilateral, cu dezvoltare și localizare ulterioară orientată spre nazofaringe, blocând astfel pasajul aerului prin coane. De obicei afectează populația tânără, cu o preponderență ușoară spre sexul masculin. Simptomatologia polipului antrochoanal este dominată în principal de obstrucția nazală. Tratamentul de elecție constă în polipectomia nazală prin identificarea zonei de implantare a pediculului și excizia acestuia împreună cu mucoasa adiacentă sub ghidaj endoscopic.

Deși reprezintă doar 3-6% din rata polipilor rino-sinusali, specificitatea apariției și evoluției, asemănarea cu polipoza nazală, riscul înalt de recidivă postoperatorie o caracterizează ca fiind o afecțiune controversată cu o abordare terapeutică provocatoare.

Metode: Au fost examinate datele statistice acumulate pe parcursul anilor 2018-2023 în cadrul Spitalului Clinic pentru copii “Emilian Coțaga”, secția ORL.

Rezultate: S-au înregistrat 78 pacienți cu diagnosticul de polip antrochoanal. Prevalența genului M/F este de 3:1. Din numărul total de adresări vârsta pacienților a fost cuprinsă între 6-18 ani. Din numărul total de pacienți, 11 pacienți au fost internați repetat cu recidivă. În urma efectuării examenului histopatologic la fiecare caz s-a confirmat diagnosticul de polip coanal.

Concluzie: Investigațiile actuale (Tomografia Computerizată, Endoscopia nazală etc) permit depistarea la timp a polipului antrochoanal. Un prognostic bun este influențat în mare parte de reușita intervenției chirurgicale prin excizarea cât mai corectă a bazei de implantare a polipului.

Cuvinte cheie: polip antrochoanal, recidivă, polipoza.

PERMEABILITATEA NAZALĂ LA COPII CU RINOSINUZITĂ ACUTĂ ȘI CRONICĂ

Adam Elena¹, Maniuc Mihail¹, Ababii Polina¹, Danilov Lucian¹, Furculita Daniel¹, Cretu Carolina¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Obstrucția nazală este o situație frecvent întâlnită la copiii cu diverse afecțiuni rinosinusale, afectând sănătatea și calitatea vieții acestor pacienți.

Scopul lucrării a fost de a evalua permeabilitatea nazală la copiii cu rinosinuzită acută și cronică.

Metode: Pentru determinarea permeabilității nazale la pacienții cu rinosinuzită acută și cronică, a fost efectuat un studiu clinic controlat pe 50 de pacienți cu vârsta cuprinsă între 7 și 16 ani cu patologia dată. Pacienții au fost împărțiți în două grupuri. Grupul 1 a inclus 25 de copii (13 bărbați și 12 femei) cu rinosinuzită acută, iar grupul 2 a fost format din 25 de pacienți (14 bărbați și 11 femei) cu rinosinuzită cronică. Rinometria acustică a fost utilizată pentru a evalua permeabilitatea nazală.

Rezultate. Rezultatele obținute au fost analizate în comparație cu datele de permeabilitate nazală a 25 de copii sănătoși, care au prezentat lotul martor. În acest studiu prezentăm rezultatele zonei transversale minime (MCSA). Următorii parametri ai geometriei cavității nazale au fost obținuți în grupurile de cercetare. În primul grup de studiu, MCSA-1 a fost egal cu $0,235 \pm 0,018$, iar MCSA-2 a corespuns cu $0,395 \pm 0,063$. În același timp, în grupul de cercetare 2, MCSA-1 a fost constituit din $0,341 \pm 0,043$, iar MCSA-2 a fost egal cu $0,369 \pm 0,061$. În grupul de control MCSA-1 a fost egal cu $0,415 \pm 0,0620$ și MCSA-2 - $0,528 \pm 0,048$. Deci, valorile MCSA-1 și MCSA-2 au fost semnificativ statistic scăzute în ambele grupuri comparativ cu copiii sănătoși, dar mai pronunțate în primul grup de cercetare.

Concluzii: Evaluarea statistică a indicatorilor de rinometrie acustică la pacienții cu rinosinuzită a demonstrat tulburarea semnificativă a permeabilității nazale la copiii cu rinosinuzită acută și cronică comparativ cu copiii sănătoși, în special în rinosinuzita acută.

Cuvinte cheie: rinosinuzită acută și cronică, rinometrie acustică



PROFILAXIA



PROMOVAREA INTERACTIVĂ A ALIMENTAȚIEI ECHILIBRATE ȘI A ACTIVITĂȚII FIZICE ÎN RÂNDUL ADOLESCENȚILOR DIN REPUBLICA MOLDOVA

Olga Cernelev¹, Luminița Suveică¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Abstract

Această lucrare se bazează pe materialele informative din "Ghidul formatorului", elaborat în cadrul proiectului PROACTIV, cu scopul de a dezvolta reziliența și obiceiuri sănătoase de viață la adolescenți. Ghidul propune diverse metode interactive și moderne de educare, incluzând 10 module tematice care acoperă principiile nutriționale, practicile alimentației sănătoase și activitatea fizică. Este menționată importanța formării unor atitudini proactive față de sănătate încă din adolescență, pentru prevenirea bolilor netransmisibile, cum ar fi afecțiunile cardiovasculare și diabetul zaharat.

Educația pentru sănătate, realizată într-un mod interactiv și angajant, este crucială pentru formarea comportamentelor sănătoase în rândul adolescenților. "Ghidul formatorului" este un instrument util, oferind cadrelor didactice și medicale resursele necesare pentru a influența pozitiv stilul de viață al adolescenților.

Introducerea. Conform datelor studiului HBSC desfășurat în anul 2022, doar 1 din 6 adolescenți practică activitatea fizică regulată. Totodată, acest grup de populație tinde mai rar să servească micul dejun (a. 2018 - 74% versus a. 2022 - 68,9%) și să consume zilnic fructe (a. 2018 - 42,7% versus a. 2022 - 46,2%) și legume (a. 2018- 45,2% versus a. 2022 - 42%). De asemenea, adolescenții devin supraponderali și obezi, în special băieții. În acest sens, educația pentru sănătate a adolescenților trebuie să reprezinte un obiectiv major al politicii naționale orientat spre sporirea nivelului de cultură, conștientizarea importanței adoptării obiceiurilor sănătoase de viață, precum și îmbunătățirea calității vieții. Doar prin adoptarea comportamentelor sanogene – adolescenții pot reduce semnificativ riscul de a dezvolta boli și pot avea o viață mai lungă și armonioasă. **Scopul și obiectivele.** Scopul prezentei lucrări este de a familiariza medicii de familie cu particularitățile de promovare interactivă a alimentației echilibrate și de practicarea zilnică a activității fizice în rândul adolescenților din Republica Moldova. **Materialul și metodele.** Acesta este un studiu descriptiv bazat pe materialele informative publicate în "Ghidul formatorului" elaborat în cadrul proiectului "Dezvoltarea rezilienței latinerii din Republica Moldova prin formarea obiceiurilor alimentare sănătoase și de adoptare a modului activ de viață: PROACTIV" realizat de A.O. PRINCIPII SĂNĂTOASE cu suportul financiar al Companiei Naționale de Asigurări în Medicină. **Rezultate obținute și discuții.** "Ghidul formatorului în modelarea stilului sănătos de viață prin alimentație echilibrată și practicarea zilnică a activității fizice" are misiunea de a educa adolescenții din Republica Moldova în vederea creării unui mediu favorabil în scopul menținerii unei stări de sănătate armonioase.

Ghidul a fost elaborat de experți în domeniile sănătății publice, psihologiei și pedagogiei și este destinat tuturor celor interesați în promovarea unui stil de viață sănătos în rândul adolescenților și anume cadre medicale și didactice, psihologi, bibliotecari, adolescenții

și părinții acestora, etc. Materialul prezentat oferă informații teoretice sub forma unor tehnici și proceduri moderne de educare a obiceiurilor sănătoase ce pot fi utilizate în cadrul sesiunilor de formare privind alimentația echilibrată și practicarea regulată a activității fizice.

Ghidul este orientat nu doar spre formarea unor atitudini și comportamente sănătoase, dar și către combaterea unor manifestări negative, ilustrând acțiunea factorilor de risc asupra sănătății individului.

“Ghidul formatorului” este constituit din 10 capitole organizate sub forma unor module la anumite subiecte legate de alimentația echilibrată și activitatea fizică: (1) bazele stilului sănătos de viață; (2) principiile nutriționale; (3) nutriția și performanța sportivă; (4) principiile de gătit sănătos; (5) comportamente alimentare; (6) alimentele ocazionale și nerecomandate; (7) apa; (8) fructele și legumele; (9) protecția și siguranța consumatorului și (10) activitatea fizică.

Modulul I descrie bazele stilului sănătos de viață și prezintă informații teoretice privind bolile netransmisibile, particularitățile și tulburările comportamentului alimentar, bolile asociate nerespectării siguranței și inofensivității alimentelor.

În modulul II sunt incluse informații privind importanța și rolul proteinelor, grăsimilor, carbohidraților, al vitaminele, mineralelor și antioxidanților; meniul alimentar; alimentația sezonieră; alimentația pe timp de caniculă și alimentația în timpul Postului.

În modulul III se regăsesc detaliile legate de principiile de bază și cerințele față de regimul alimentar și organizarea alimentației în sport.

Modulul IV prezintă informații privind principiile de gătit sănătos și anume: regulile de igienă în bucătărie, evitarea risipei alimentare, corectitudinea aranjării alimentelor în frigider și metodele de preparare sănătoasă a produselor alimentare.

Totodată, în “Ghidul formatorului” pot fi găsite detaliile despre importanța regimului alimentar; a organizării micului dejun, prânzului, gustării și cinei; alimentele recomandate pentru mâncarea la pachet și cultura alimentației.

În modulul VI sunt incluse informații privind alimentele bogate în grăsimi, sare și zahăr precum și regulile de depistare a alimentelor nerecomandate pentru consumul zilnic.

Modulul VII prezintă beneficiile și regulile de consum a lichidelor, alimentele care hidratează și deshidratează organismul, intoxicația cu lichide și recomandări de consum a apei potabile.

De asemenea, în lucrare se regăsesc informațiile despre beneficiile, regulile de conservare și recomandările de consum zilnic a fructelor și legumelor.

În modulul privind protecția și siguranța consumatorului, sunt descrise informațiile despre traseul alimentar în market, eticheta nutrițională, practicile înșelătoare, achiziția produselor alimentare și măsuri de protecție.

Ultimul modul din Ghid este bazat pe beneficiile, tipurile și recomandările de practicare a activității fizice.

Important de menționat că, toate informațiile teoretice din “Ghidul formatorului” pot fi prezentate prin intermediul tehnicilor și procedurilor interactive, fapt ce permite stimularea creativității, conștientizarea rolului și a importanței adoptării obiceiurilor sănătoase, dezvoltarea abilităților de a ține cont de anumite reguli și recomandări în scopul modelării unui stil de viață sănătos. Aceste metode includ câte 4-5 activități practice prezentate la fiecare subiect din Ghid și contribuie la stimularea interesului și însușirea simplă a materialului de către formabili.

Ghidul Formatorului include chestionarul de evaluare a nivelului de cunoștințe prezentat sub formă de 10 itemi la fiecare subiect care poate fi aplicat înainte și după fiecare formare în contextul aprecierii gradului de asimilare a cunoștințelor în rândul adolescenților.

Totodată, în Ghid sunt prezentate exercițiile fizice și jocurile interactive cu mingea care pot fi utilizate în contextul sporirii nivelului de practicare a activității fizice în rândul formabililor.

Concluzii. La etapa actuală, una dintre cele mai importante amenințări asupra sănătății este reprezentată de bolile netransmisibile precum afecțiunile cardiovasculare, cancerul, diabetul zaharat, obezitatea, etc. care pot fi prevenite prin adoptarea unui stil de viață sănătos la o vârstă fragedă. O soluție importantă în acest sens este educația pentru sănătate desfășurată într-un mod interactiv prin utilizarea “Ghidului formatorului în modelarea stilului sănătos de viață prin alimentație echilibrată și practicarea zilnică a activității fizice”. Acest fapt va contribui la formarea unor atitudini și comportamente sănătoase în rândul adolescenților din Republica Moldova.

Referințe.

1. Cernelev O., Zepca V., Cebanu L., Tafuni O., Suveică L., Chirilov S., Rusu L., Racu M., Savca V., Varzari E. “Ghidul formatorului în modelarea stilului sănătos de viață prin alimentație echilibrată și practicarea zilnică a activității fizice”. Chișinău, 2023. ISBN 978-9975-175-42-5. 100 p. In: <https://educareon.wordpr>

INTERACȚIUNI ÎNTRE MEDICAMENTE, SUPLIMENTE ALIMENTARE ȘI PRODUCE VEGETALE

Maria Cojocaru-Toma^{1,3} Lucia Țurcan⁴, Artiom Jucov⁵, Cristina Ciobanu^{2,3}

¹ Catedra de farmacognozie și botanică farmaceutică,

² Catedra de tehnologie a medicamentelor

³ Centrul Științifico-Practic în Domeniul Plantelor Medicinale,

⁴ Catedra de farmacologie și farmacologie clinică,

⁵ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Progresele care s-au înregistrat în ultimele decenii în domeniul medicamentului, în perioada de schimbare a paradigmei de la substanțele de sinteză către cele de proveniență vegetală, multiple studii preclinice și clinice, utilizarea pe larg a suplimentelor alimentare și produselor vegetale impun cerințe în privința utilizării rationale a produselor medicamentoase, a unei fitoterapii rationale și cunoașterea interacțiunilor medicamentoase. Totodată, interacțiunile dintre medicamente, suplimente alimentare și produse vegetale pot avea ca rezultat efecte sinergice sau antagoniste, unde substanțele active intervin ca inductori sau inhibitori.

Scopul: Studiul interacțiunilor medicamentoase, a suplimentelor alimentare, produselor de origine vegetală în scopul identificării principiilor active din plante care intervin ca inductori sau inhibitori, în scopul promovării utilizării raționale a medicamentelor și unei fitoterapii rationale.

Material și metode: S-a evaluat literatura de specialitate și publicațiile științifice privind interacțiunile medicamentoase: Web of Science, Scopus, Google, Scholar, Medline Pubmed, recomandări și ghiduri privind interacțiunile medicamentoase. **Rezultate:** Pe lângă medicamente, de-a lungul vieții, omul consumă ca sursă de hrană și aport de micronutrienți, fibre, fructe, legume, suplimente alimentare și produse de origine vegetală, cu conținut de poliholozi, vitamine, compuși fenolici, alcaloizi, heterozide, iar unele produse sau metabolizii lor pot determina interacțiuni relevante, ca: medicament-supliment alimentar sau medicament-produs vegetal. Dacă medicamentele sunt supuse rigoriilor la etapa de autorizare, prin controlul calității și corespunderii regulilor de bune practici, produsele vegetale pot fi autorizate atât ca medicamente cât și ca suplimente alimentare, iar cerințele de autorizare diferă de la o țară la alta, ceea ce crește riscul interacțiunilor medicamentoase. **Concluzii:** Utilizarea necontrolată a medicamentelor și suplimentelor alimentare, produselor vegetale, crește riscul apariției reacțiilor adverse și interacțiunilor medicamentoase, iar respectarea tuturor rigorilor față de aceste categorii de produse (medicamente, suplimente alimentare, produse vegetale) poate garanta rezultatul scontat în utilizarea rațională a produselor medicamentoase și vegetale. **Cuvinte cheie:** interacțiuni, medicamente, suplimente alimentare, produse vegetale.

Introducere. O interacțiune medicamentoasă este considerată a fi semnificativă în cazul în care alterează un răspuns farmacoterapeutic sau compromite statusul organismului. Omul, mereu întrebuințează diverse xenobiotice (suplimente alimentare, produse vegetale și extractive din plante bogate în hidrocarbonați, compuși fenolici, alcaloizi, flavonoide, substanțe tanante, etc, metabolizii primari și secundari, produse care influențează asupra

interacțiunii lor cu medicamentele administrate concomitent și, care pot întâlni dificultăți în exercitarea acțiunii din cauza caracteristicilor fizico-chimice sau a proprietăților biologice manifestate [1]. În dependență de rezultat, interacțiunile medicamentelor pot fi: *cu efect pozitiv* - când crește eficacitatea și inofensivitatea farmacoterapiei ce stă la baza asocierilor raționale a medicamentelor; *cu efect negativ*- când se reduce eficacitatea farmacoterapiei – asocieri iraționale a medicamentelor, sau chiar *cu efect potențial periculos*- când se reduce inofensivitatea farmacoterapiei cu dezvoltarea unor reacții adverse periculoase pentru pacient. Interacțiunile medicamentoase se clasifică în dependență de mecanismul și valoarea interacțiunii [2], iar după tipul interacțiunilor deosebim:

- *interacțiuni și incompatibilități farmaceutice*, care se produc *in vitro*;
- *interacțiuni farmacologice: farmacocinetice* (modificările medicamentului la nivelul întregului organism) și *farmacodinamice*: acțiunea medicamentului asupra organismului uman [3].

Pe lângă produse medicamentoase și suplimente alimentare se consumă fructele și legumele, ca sursă de hrană și prin aportul de micronutrienți și fibre; sucuri, ceaiuri și băuturi alcoolice. Medicamentele pot schimba absorbția suplimentelor și produselor vegetale, pot accelera tranzitul intestinal, ce reduce absorbția micronutrienților, sau pot încetini tranzitul intestinal, crescând absorbția lor. Compușii chimici din suplimente alimentare și produse vegetale, la rândul lor, pot interveni ca inductor sau inhibitori. Astfel, interacțiunile dintre medicamente, suplimente alimentare și produse vegetale sau produse extractive din plante pot avea ca rezultat efecte sinergice sau antagoniste [2].

Scop și obiective. Studiul interacțiunilor medicamentoase, a suplimentelor alimentare și produselor de origine vegetală în scopul identificării compușilor chimici și a principiilor active din plante care sunt mai des utilizați și intervin ca inductori sau inhibitori, în scopul promovării utilizării raționale a medicamentelor și unei fitoterapii raționale.

Material și metode. A fost evaluată literatura de specialitate și publicațiile științifice privind interacțiunile medicamentoase: Web of Science, Scopus, Google, Scholar, Medline Pubmed, recomandările și ghidurile privind interacțiunile medicament-supliment alimentar; medicament-produs vegetal. Au fost evaluate site-uri autorităților responsabile de autorizarea produselor și cadrul legislativ național și internațional privind autorizarea medicamentelor și suplimentelor alimentare, cât și cerințele către aceste produse [4, 5, 6].

Rezultate. Interacțiunile dintre medicamente au o deosebită importanță pentru farmacoterapie și sistemul de sănătate, prin faptul că principiile active influențează farmacocinetica și farmacodinamia medicamentelor uneori până la reacții adverse, iar medicamentele, la rândul lor, influențează atât direct, prin interacțiuni, cât și indirect, prin modificarea comportamentului, acțiunea altor produse asupra corpului uman, inclusiv a suplimentelor alimentare sau a produselor vegetale și extractive obținute din plante. Astfel, vom porni de la noțiuni pentru fiecare grup de produse administrare.

Este cunoscută definiția Organizației Mondiale a Sănătății, referitor la medicament, conform Directivei Europene, *medicamentul* este orice substanță sau amestec de substanțe utilizate pentru diagnosticarea, tratamentul, ameliorarea sau prevenirea unei boli sau a tulburărilor

funcționale la om sau animale, iar după sursa din care au fost obținute, medicamentele pot fi de origine vegetală, animală, minerală, semisinteză și de sinteză [7].

Medicamentele pe bază de plante, sau produse fitoterapeutice, sunt cele obținute din surse vegetale: părți aeriene, muguri, frunze, flori, fructe, semințe, scoarță sau părți subterane, care pot fi utilizate ca produs vegetal, unde întâlnim și termenul de drog vegetal sau produs vegetal medicinal, sau pot fi prelucrate, utilizându-se doar principiile active responsabile de acțiunea farmacologică (produse extractive, produse fitoterapeutice), care la rândul lor, se împart în mai multe categorii de produse vegetale cu conținut de:

Alcaloizi -substanțe organice heterociclice azotate, de origine vegetală, cu caracter bazic, care în doze determinate posedă acțiune fiziologică asupra organismului, iar în doze mari sunt toxice. Adeseori, în plante predomină 2,3 alcaloizi, cu structură asemănătoare, ce formează grupa alcaloizilor “înrușiți”, responsabili de acțiunea farmacoterapeutică specifică, ce se exercită la nivel central sau asupra organelor periferice. Majoritatea alcaloizilor sunt în formă solidă (morfină, codeină din macul-de-grădina *Papaver somniferum*) sau se pot găsi în stare lichidă: nicotina din tutun -*Nicotiana tabacum* [8].

Glicozizii - sunt compuși vegetali rezultați din combinarea unei fracțiuni glucidice cu o substanță neglucidică numită aglicon sau genină (genol). Acești compuși naturali prin hidroliză pun în libertate o parte glucidică, care poate fi formată din una sau mai multe oze și o parte neglucidică (agliconul sau genina) structura chimică a căreia este foarte variată. Mai valoroși sunt *glicozizii cardiotonici*, ce prezintă derivați de ciclopentanperhidrofenantren cu acțiune specifică asupra cordului prin lactona pentaciclică nesaturată. Este cunoscut, că din tot arsenalul de produse medicamentoase cu acțiune cardio-vasculară mai mult de 80% revin celor obținute din plante: *Digitalis purpurea*, *Digitalis lanata*, *Strophanthus Kombe*, *Adonis vernalis*, *Convallaria majalis*.

Poliholozidele sunt principii active de natură vegetală cu proprietăți expectorante și emoliente prin proprietatea de a forma pe suprafața mucoaselor tractului gastrointestinal și respirator o peliculă protectoare, care le apără de iritație și reduce inflamația: *Althaea officinalis*, *Tussilago farfara*, *Plantago major*, *Laminaria saccharin*, *Linum usitatissimum* [9].

Uleiurile volatile reprezintă un complex de substanțe constituite din amestecuri de hidrocarburi alifatic, aromatice și hidroaromatice (aldehide, alcooli, acizi, esteri) ce aparțin clasei terpenoidelor, antrenabile cu vapori de apă și dotate cu miros caracteristic și plăcut, în mare parte, cu proprietăți antiseptice și antibacteriene, prin ulei de eucalypt (*Eucalyptus globulus*), ismă-bună (*Mentha piperita*), salvie (*Salvia officinalis*), sau ușor sedative prin levănțică (*Lavandula angustifolia*), roiniță (*Melissa officinalis*), odolean (*Valerana officinalis*).

Saponozidele sunt compuși macromoleculari naturali vegetali, cu caracter de heterozide, care constau din carbon, hidrogen și oxigen și posedă un șir de proprietăți specifice, cum ar fi spumificarea și hemoliza eritrocitelor (*Polemonium coeruleum*, *Saponaria officinalis*), proprietăți prin care și se deosebesc de alte heterozide și necesită restricții în administrare. Saponozidele manifestă proprietăți expectorante (*Glycyrrhiza glabra*, *Primula officinalis*); adaptogene (*Aralia mandshurica*, *Panax ginseng*) sau diuretice (*Equisetum arvense*, *Orthosifon stamineus*, *Solidago virgaurea*).

Compușii fenolici sunt un grup mare de compuși chimici, întâlniți în regnul vegetal prin flavonozide, substanțe tanante și acizii hidroxicinamici [10].

Flavonozidele prezintă un grup valoros de compuși chimici unde sunt identificate peste 400 de principia active (rutozidă, quecetină, apigenină, luteolină) cu proprietăți cardiosedative (*Crataegus monogyna*, *Leonurus cardiaca*), antihipertensive (*Aronia melanocarpa*, *Scutellaria baicalensis*), diuretice (*Polygonum aviculare*, *Ononis arvensis*) sau care servesc ca sursă de rutozidă (*Sophora japonica*, *Fagopyrum sagittatum*) [11].

Taninurile sunt grupe de substanțe compuse care constau din polifenoli, acizi hidroxibenzoici și flabofene, cu proprietăți astringente și antidiareice (*Quercus robur*, *Sanguisorba officinalis*) prin proprietatea de a precipita proteinele. Tot mai multe cercetări științifice constată proprietățile anticancerigene și antioxidante a compușilor fenolici manifestate prin capacitatea de captare a radicalilor liberi [12].

Produsele vegetale și cele extractive pot fi atât autorizate ca medicamente cât și plasate ca suplimente alimentare, iar cerințele de autorizare diferă de la o țară la alta [4, 5].

În cadrul Uniunii Europene (UE), primul act legislativ specific pentru *suplimente alimentare* este stipulat în Directiva 2002/46/CE a Parlamentului European și a Consiliului din a. 2002, referitoare la armonizarea legislațiilor statelor membre UE privind suplimentele alimentare. Conform Directivei UE 46/2002, suplimentele alimentare sunt destinate consumului pe cale orală de către persoane sănătoase care necesită un aport exogen mai ridicat datorită unor cerințe nutriționale specifice, legate de: starea fiziologică (cum ar fi sarcina și lactația); perioada de vârstă (de exemplu: copii de vârstă mică, adolescenți, persoane de vârsta a treia); activități fizice intense, inclusiv sportul de performanță; profesiile bazate pe efortul fizic [13]. În România, prima referire la suplimentele alimentare apare în a. 2001 în Legea nr. 57/2002, atunci când în Republica Moldova, cerințele pentru plasarea pe piață a suplimentelor alimentare sunt reglementate prin Hotărârea Guvernului nr. 538 din 02.09.2009, cu privire la aprobarea Regulamentului sanitar privind suplimentele alimentare [14, 15]. Scopul suplimentelor alimentare este să completeze dieta normală, ca surse de nutrienți sau de alte substanțe ce prezintă efect nutrițional sau fiziologic. Industria suplimentelor alimentare cunoaște o evoluție în ultimii ani, atingând cifre de afaceri de ordinul zecilor de miliarde, unde întâetate deține SUA, fiind urmat de producători din Germania, Italia, China, prin creșterea și a producerii, cât și a consumului suplimentelor [16]. Astfel, piața europeană a suplimentelor alimentare a crescut cu 28% între 2013 și 2020, cu o cerere mai mare în Europa de Vest: Germania, Franța, Italia și Marea Britanie, urmate de țările est-europene, cum ar fi Polonia, România și Slovacia [17]. Menționăm, că utilizarea amplă a suplimentelor alimentare este impusă și de modul de viață în societatea contemporană. Tentația utilizării compușilor chimici, care ar spori performanțele intelectuale și fizice, capacitatea de refacere după efortul fizic și intelectual este în ascensiune, iar utilizarea suplimentelor alimentare în asociere cu medicamentele și activități de intensitate sporită pot duce la complicații grave, inclusiv la decese [18].

Dupa influența medicamentelor asupra compușilor vegetali, ele se impart in trei grupe: medicamente a căror absorbție nu este influențată de produse vegetale și alimente, a căror absorbție este crescută de unele produse vegetale și alimente și medicamente a căror absorbție este scăzută sub influența produselor vegetale și alimentelor. Dintre medicamentele a căror absorbție nu este influențată de produse vegetale și alimente menționăm antimicrobienele din grupa fluoroquinolonelor (ciprofloxacina, norfloxacina, produse administrate în infecții bacteriene [3]. Mecanismele interacțiunii între medicamente și produse vegetale se pot reduce la modificarea Ph-lui sucului gastric și celui intestinal, formarea complexelor chelatoare și

neabsorbabile, prin concurență pentru sisteme transportoare și modificarea activităților enzimelor [2].

Modificarea Ph-lui. Este bine cunoscut, că pH-ul acid favorizează ionizarea medicamentelor slab bazice, iar cel alcalin a celor slab acide, micșorând în așa fel absorbția. Plantele și suplimente bogate în fibre (avocado, brocoli) pot diminua absorbția unor medicamente, prin legarea de acizi biliari, pentru: *fenoximetilpenicilină*, *metformină*, *lovastatină*. Modificarea Ph-lui sucului gastric și intestinal poate influența asupra solubilității și absorbției antifungicelor (*ketoconazolul* și *itraconazolul*), cu administrare după o masă principală pentru a asigura o bună absorbție [1]. Atunci când ginsengul (*Panax ginseng*) poate micșora secreția gastrică prin panaxadioli și panaxatrioli din grupul saponozidelor adaptogene. Produsele cu conținut de derivați ai antracenului și fibre: (*Cassia angustifolia* (*senidol A activ*), *Rheum palmatum* (*reoantracenozide și reotanoide*) *Frangula alnus* (*frangularozida, frangula-emoldol*) pot diminua absorbția medicamentelor prin stimularea directă a peristaltismului, cât și prin intensificarea absorbției apei și a sărurilor [8]. Distribuția medicamentelor se realizează după absorbție și este procesul în care are loc transportul medicamentelor în sânge, cu difuziunea în țesuturi și cu repartiția în organism, unde unele principii active din plante intervin ca inductor sau inhibitori ai P-glucoproteinei. Este cunoscut, că inhibitorii inactivează enzimele CYP specifice în mod ireversibil, iar metabolismul revine la normal odată ce inhibitorul a fost eliminat sau cu producerea de noi enzime. Sunt cunoscuți ca inhibitori: *Glycyrrhiza glabra*, *Citrus paradisi*, *Ephedra distahia*. Atunci când inductorii cresc producția de enzime și accelerează metabolismul, ceea ce duce la reducerea concentrației plasmatice. La inductorii menționăm: *Trifolium pratense*, *Senna angustifolia*, *Hypericum perforatum*. [11].

Plantele, produsele vegetale și principiile active cu risc sporit de interacțiuni medicamentoase [1, 2, 3, 8, 12, 19, 20] se prezintă în tabelul 1.

Tabelul 1. Plante și principii active ca risc sporit de interacțiuni medicamentoase

	Planta producătoare, produsul vegetal	Principii active, interacțiuni
1.	Angelica, <i>Angelica arhangelica</i> (<i>Angelicae arhangelicae radix</i>)	conține ulei volatil, furanocumarine și acizi polifenolici cu acțiune stomahică și carminativă. Totodată, potentează efectul anticoagulant al heparinelor cu greutate moleculară mică și tromboliticelor cu riscul accidentelor hemoragice
2.	Arnica, <i>Arnica montana</i> (<i>Arnicae flores</i>)	lactonele sesquiterpenice (arnifolina, helenalina) cunoscute prin proprietăți antiinflamatoare și analgezice cu utilizare pentru uz extern, pot induce acțiunea medicamentelor hipotensive
3.	Cârcel, <i>Ephedra distahia</i> (<i>Ephedrae herba</i>)	efedrina din grupul alcaloizilor aciclici, se manifestă ca inhibitor MAO, ce poate provoca hipertensiune arterială și intensifica reacțiile adverse din partea sistemului cardiovascular

4.	Echinacea, <i>Echinacea purpurea</i> (<i>Echinaceae herba</i>)	prin poliholozi (arabinogalactane, echinacina) imunostimulatoare, administrate în doze mari pot modifica activitatea citocromului CYP 450, influențând eficacitatea medicamentelor metabolizate astfel
5.	Ginco, <i>Ginco biloba</i> (<i>Ginco bilobae folia</i>)	derivații terpenici: bilobalid și gingoidele: A, B, C, J, M din ginco pot provoca hemoragii greu de observat cu potențial proconvulsivant prin aportul de gingofoxină
6.	Ginseng, <i>Panax ginseng</i> (<i>Ginseng radices</i>)	panaxadiolii și panaxatriolii din grupul saponozidelor triterpenice cresc nivelul seric al glicozidelor cardiotonice (digoxină)
7.	Grapefruit, <i>Citrus paradisi</i> (<i>Citri fructus</i>)	naringenina și naringina cresc biodisponibilitatea diclofenacului și efectele adverse ale blocantelor canalelor de calciu
8.	Lemnul- dulce, <i>Glycyrrhiza glabra</i> (<i>Glycyrrhizae radix</i>)	acidul glicirizinic potențează activitatea cortecosteroizilor (fiind contraindicat copiilor până la 18 ani) și a glicozidelor cardiotonice prin creșterea sensibilității miocardului
9.	Odolean, <i>Valeriana officinalis</i> (<i>Valerianae rhizomata cum radicibus</i>)	uleiurile volatile biciclice din odolean (acidul izovalerianic) potențează efectul sedativelor, hipnoticelor, opioidelor, anxioliticelor, cu deprimarea sistemului nervos central
10.	Piper, <i>Piper nigrum</i> (<i>Piperis fructus</i>)	piperina determină creșterea nivelului sanguin a propranololului
11.	Siminiche, <i>Senna angustifolia</i> (<i>Sennae folia</i>)	prin derivații antracenului (senidol) și abuz în administrare poate determina pierderi de potasiu și toxicitatea crescută a glicozidelor cardiotonice (digoxină)
12.	Sunătoare, <i>Hypericum perforatum</i> (<i>Hyperici herba</i>)	derivați antraceni (hipericina) poate să scadă nivelul seric al alprazolamului și verapamilului, inductor al inhibitorilor recaptării serotoninei (producerea sindromului serotoninic), induce CYP3A4 și inhibă CYP1A1, CYP1B1, CYP2D6.
13.	Trifoi, <i>Trifolium pratense</i> (<i>Trifolii folia</i>)	izoflavonele ce prevalează în grupul compușilor fenolici cresc concentrația de formononetină
14.	Usturoi, <i>Allium sativum</i> (<i>Alli sativi bulbos</i>)	aliina (S - alil-L- cistein sulfoxidil) cunoscută ca antiagregar plachetar este contraindicată în asociere cu anticoagulantele și antiinflamatoarele nesteroidiene –crește riscul accidentelor hemoragice

În contextual celor relatate, se recomandă, ca înainte de inițierea unui tratament medicamentos, medicul să se informeze dacă pacientul utilizează suplimente alimentare, produse vegetale, ciuri din plante medicinale, iar pacientul, la rândul său, urmează să informeze medicul despre alte produse administrate concomitant cu medicamentele. Totodată, se va ține cont de posibilitatea apariției reacțiilor adverse, în special în cazul administrării concomitente a mai mult de 4-5 produse medicamentoase.

Concluzii:

1. Atât medicamentele cât și suplimentele alimentare, produsele de origine vegetală conțin principii active care, prin natura și aspectul lor, interacționează cu alți compuși din organismul uman. O substanță poate produce un efect doar dacă ajunge la țintele fiziologice în concentrații suficiente, iar efectul acestei interacțiuni poate fi terapeutic sau toxic în funcție de interacțiune și concentrația atinsă.

2. Utilizarea necontrolată a acestor produse (medicamente, suplimenta alimentare, produse vegetale și extractive din plante) prin doze inadecvate sau cure nelimitate crește riscul apariției reacțiilor adverse și interacțiunilor medicamentoase, iar respectarea tuturor rigorilor față de aceste categorii de produse poate garanta rezultatul scontat în utilizarea rațională a produselor medicamentoase și vegetale

Mulțumiri:

Lucrarea a fost realizată cu suportul Departamentului Cercetare, Institutul Național de Cercetare în Medicină și Sănătate al Universității de Stat de Medicină și Farmacie “Nicolae Testemițanu” (Proiect de cercetare „Dezvoltarea produselor farmaceutice noi din materie primă locală”, codul subprogramului 80301).

Referințe:

1. Gonciar V. și al. Interacțiunile farmacodinamice ale fitopreparatelor și medicamentelor. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină, 2018, 4 (78), p. 117-127.
2. Turcan I., Gicavii V., Bacinschi N. Suplimente alimentare și interacțiuni clinic relevante. Sănătate publică, economie și management în medicină, 2016, 5(69), p. 50-54.
3. Ghicavii V., Bacinschi N., Gușuila Gh. Farmacologie, ediția a III-a, Chișinău, 2019, p. 969-971.
4. Nomenclatorul de Stat al Medicamentelor (amdm.gov.md).
5. Registrul suplimentelor alimentare, <https://ansp.md/registrul-suplimentelor-alimentare>.
6. European Pharmacopoeia, 10th edition (Ph. Eur.), 2019.
7. Directiva 2001/83/CE a Parlamentului European și a Consiliului din 6.11.2001/ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/RO/TXT/PDF/?uri=CELEX:02001L0083-20121116&from=ES>.
8. Cojocaru-Toma M. Produse vegetale și fitopreparate din Republica Moldova, Chișinău 2017, 330 p.
9. Oniga I., et al. Metode de analiză farmacognostică a produselor vegetale medicinale, Cluj-Npoca, 2023, p. 69–71.

10. Ciobanu N., Cojocaru-Toma M., Pompuș I., Chiru T., Ciobanu C., Benea A. Plante din colecția Centrului Științific de Cultivare a Plantelor Medicinale USMF „Nicolae Testemițanu”. Chișinău, 2019, Tipogr. Print Caro.
11. Stănescu U., Hănceanu M., Gîrd E. *et al.* Farmacognozie. Produse vegetale cu substanțe bioactive, Polirom, 2020.
12. Stănescu U. *et al.* Plante medicinale dela A la Z. Ediția a IV-a revăzută și adăugită. Polirom, 2021
13. Marineci D. Suplimentele nutritive și potențialele interacțiuni cu medicația alopată. Univers farmaceutic, București, 2017, p. 2-4.
14. Hotărârea Guvernului nr. 538 din 02.09. 2009 pentru aprobarea Regulamentului sanitar privind suplimentele alimentare (<https://www.legis.md>).
15. Regulament cu privire la păstrarea medicamentelor, produselor parafarmaceutice și articolelor cu destinație medical, aprobat prin ordinal MS RM nr. 28 din 16.01.2006.
16. Awortwe C. *et al.* Critical evaluation of causality assessment of herb-drug interactions in patients. Br. J. Clin. Pharmacol., 2018, 84(4), p. 679-693.
17. Gruenwald J. The supplement markets in the US and Europe. Neutraceuticals World, 2000, p. 36–37.
18. Garban G., Florescu N. Suplimente alimentare. Ghid, ediția 1, București, 2013.
19. Obach R. Inhibition of human cytochrome P450 enzymes by constituents of St. John's wort, an herbal preparation used in the treatment of depression. Journal of Pharmacology and Experimental Therapy, 2000; nr. 294 (1), p. 88-95.
20. Gardiner P. *et al.* Factors associated with dietary supplement use among prescription medication users. Arch. Intern Med., 2006; nr. 166(18), p. 1968-1974.

ID-UL ORCID AL AUTORILOR

Maria Cojocaru-Toma [0000-0002-8255-9881]

Lucia Țurcan [0000-0003-1904-9464]

Jucov Artiom [0000-0003-4664-8323]

Ciobanu Cristina [0000-0001-6550-6932].

THE ROLE OF FAMILY DOCTORS IN THE RATIONAL USE OF FOOD SUPPLEMENTS. LITERATURE REVIEW AND CASE REPORT

Jucov Artiom^{1,2}, Cojocaru-Toma Maria¹, Ciobanu Cristina¹

¹ The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

² Buiucani Territorial Medical Association, Family Doctors Center Nr. 5, Chisinau

Introduction. In recent years, the use of dietary supplements (DS) has increased dramatically in European countries, including the Republic of Moldova. An important problem for family doctors, related to DS derives from the fact that patients often consume DS on their own initiative, which can worsen their physiological condition, through adverse reactions or possible interactions with medicines and with other supplements or foods administered simultaneously. The purpose of the research was to study the risks in the uncontrolled use of food supplements by patients and to highlight the role of family doctors in the rational use of these products. **Materials and methods.** A systematic literature review was conducted using Web of Science, Medline, PubMed, Google Scholar and Scopus data bases. Prospective clinical case report, concerned 2 patients aged 58 and 64 years, respectively, with hypercalcemia following self-medication with DS of calcium and vitamin D. **Results and discussion.** The literature review demonstrated that DS can be under certain conditions beneficial for human health, but should not replace a daily healthy food intake. It is necessary to monitor the administration of DS by the family doctor to avoid the occurrence of adverse, allergic, overdose-related effects in geriatric patients, pregnant women, children, athletes and patients in acute condition. The described case study confirms the need for medical evaluation before the use of DS and the avoidance of self-medication by patients. The overdose of calcium and vitamin D in the patients in the study caused hypercalcemia and hypercalciuria. Renal microlithiasis, osteopenia, osteophytosis and soft tissue calcification have been observed as consequences. **Conclusion:** considering the fact that an excessive intake of vitamins and minerals can have harmful effects on health, the role of family doctors is to inform patients about the daily dose, taking into account certain population groups in order to minimize the risks of damage to health. **Key words:** family doctors, dietary supplement, rational use, hypercalcemia

Introduction. In modern society, the family doctor, in addition to the medical and social assistance given to all patients regardless of age, sex or pathology, being the main link between the community and the national health system, faces a phenomenon of the uncontrolled use of dietary supplements (DS) by patients. In the sense of Directive 2002/46/EC of the European Parliament and of the Council of 10.06.2002, "food supplements" means food products whose purpose is to supplement the diet and which represent concentrated sources of nutrients or other substances with a nutritional effect or physiological, alone or in combination, marketed in dosage form, respectively in presentation forms such as capsules, tablets, pills or other similar forms, powder sachets, liquid ampoules, dropper bottles and other similar forms of liquids and powders intended to be taken in small measured unit quantities; and by "nutrients" we mean the following substances: vitamins and minerals [1].

Multiple scientific publications of impact and meta-analyses confirm that DS can be under certain conditions beneficial for human health [2], but should not replace a complete and balanced daily diet with food and even more with a drug treatment [3]. DS contain nutrients with a physiological effect, but they are also likely to cause adverse effects through overdose, inappropriate content and drug interactions [4,5].

The wide assortment of DS, is categorized into several classes, traditional DS can be distinguished according to their origin: natural or synthetic [6]; in addition to vitamins and minerals, DS comprises amino acids, enzymes, pre- and probiotics, essential fatty acids, botanicals and botanical extracts, including various bioactive substances [7]. According to statistical data recorded in 2021, globally, the biggest consumers of DS are women over 50 years old. According to the distribution by categories of use of DS, 98% are attributed to vitamins or minerals, 46% to omega-3 fatty acids and probiotics, 44% to botanicals, sports supplements - 30% and weight management supplements - 19% [8].

The classification of a product as a dietary supplement depends on its intended use, details of which can sometimes be derived from the information on the product label. Labels on DS also serve as a mechanism by which manufacturers can make claims about their products. The label must state that the product is a food supplement, the trade name under which it is manufactured and marketed in the country of manufacture, the composition of the product and other nutritional information, the amount of nutrients or substances with nutritional or physiological effect, a fact also stipulated in the decision of Government of the Republic of Moldova No. 538 of 02-09-2009 *for the approval of the Health Regulation on food supplements*.

Because DS are available on market without the support of clinical studies, with no bioavailability and bioequivalence data, there are only few systematic studies of possible adverse effects. Case reports of symptoms occurring after taking a supplement often provide the first clue that there may be side effects associated with the supplement [9,10].

Data from the literature, over the years have signaled multiple DS containing products contaminated with phenolphthalein, titanium dioxide, hydrogenated oil, etc., which are considered to be cancer inducers. Moreover, the presence in DS of undeclared pharmaceutical substances such as: sibutramine, sildenafil, furosemide, ephedrine, bisoprolol etc., were recorded. [11,12,13]. Currently, supplements for muscle growth, sexual performance and weight loss are classified as the most dangerous [14].

Because the DS are available without a prescription, patients can use them without doctor's consultation, so family doctors need to be aware that a large proportion of the general population consumes DS as a result of their own decisions. Doctor-patient communication about the risk-benefit of DS can influence the patient's decision to use a supplement and prevent patient harm [15,16]. Increased attention to potential interactions between supplement-drug, supplement-supplement and supplement-food, must be paid to in order to avoid serious medical effects, especially in physiologically vulnerable subpopulations, related to age, sex, pregnancy, including genetic predisposition, related to the disease or due to other issues such as lifestyle or planned surgery [17].

Taking dietary supplements is generally safe, but not completely risk-free. Therefore, patients should be consulted by their family physician regarding the rational administration of AS in order to receive optimal medical care.

Materials and methods. A systematic literature review was conducted using databases such as Web of Science, Medline/PubMed, Google Scholar, and Scopus. Various search terms related to "Dietary Supplement" or "Nutritional Supplements" were used to detect academic papers.

Prospective clinical case study, concerned 2 patients aged 58 and 64, respectively, who came for the first time after medical care at Buiucani Territorial Medical Association, Family Doctors Center Nr. 5, complaining of back pain and pain in joints. The detailed presentation of the case study is presented in the continuation of the paper.

Results. The global market for DS and nutraceuticals taken to improve the health or well-being of patients is enormous. The National Register of food supplements in the Republic of Moldova managed by the National Agency for Public Health currently includes over 3000 products registered for nutritional and physiological purposes [18]. However, not all DS are necessarily safe, the main reason for their possible low efficiency focuses on the manufacturing method and the source of their basic substances [19].

For the safety of consumers, it is important to use DS produced by manufacturers primarily certified with current Good Manufacturing Practice (cGMP) and ISO:9001 certification. Also certificates such as European Food Safety Authority (EFSA), USP Dietary Supplement Verified, Hazard Analysis and Critical Control Point (HACCP), Good Hygiene Practice (GHP), GMO-free, EU or USDA Organic, etc, are recommended.

cGMP are internationally harmonized regulations to ensure that the manufacturing processes of medicines, dietary supplements and cosmetics meet basic standards (table 1). In accordance with GMP, the design, monitoring and control of production processes are strictly regulated, starting with the requirements for the active pharmacological substances and auxiliary substances, in case of DS for nutraceuticals, for personnel, premises, equipment, raw materials, analysis and intermediate control and final, packaging, labelling, storage and quarantine.

Table 1. Good Manufacturing Practice (GMP) criteria for quality assurance

	<i>Medicines</i>	<i>Dietary supplements</i>	<i>Cosmetic products</i>
Clinical studies (4 phases) in human subjects	✓	<i>not required</i>	<i>not required</i>
Toxicity study involving laboratory animals	✓	<i>not required</i>	✓
Stability studies with the determination of the term of validity	✓	✓	✓

Purity studies	✓	✓	✓
Identification and quantification of impurities of main ingredients	✓	✓	<i>not required</i>
Quality control for each batch of production	✓	✓	✓
Manufacture authorization	✓	✓	✓
Validation of process methods	✓	✓	✓
Sanitization of production areas	✓	✓	✓
Requirements to staff	✓	✓	✓
Documentation	✓	✓	✓
Labeling	✓	✓	✓
Inspections and controls	✓	✓	✓

Moreover, DS can be certified depending on their category. For example, DS with omega fatty acids can receive ORIVO certification, based on a patented method of testing omega products with nuclear magnetic resonance, which confirms the quality and originality of DS. Another example of category certification is the NSF Certified for Sport® program which guarantees that DS for athletes do not contain substances banned by major sports organizations.

The most recent statistical data on the use of DS in the European Union countries confirmed the global trend of the population in the use of vitamins and minerals [20]. The upper levels of vitamins and minerals of DS for daily consumption must be strictly regulated, taking into account: the higher safety levels established by scientific risk assessment based on generally accepted scientific data (table 2), taking into account the different degrees of sensitivity of different groups of consumers, the intake of vitamins and minerals from other food sources, the reference intakes of vitamins and minerals for the population [21].

The most recent statistical data on the use of DS in the European Union countries confirmed the global trend of the population in the use of vitamins and minerals [20]. The upper levels of vitamins and minerals of DS for daily consumption must be strictly regulated, taking into account: the higher safety levels established by scientific risk assessment based on generally accepted scientific data (table 2), taking into account the different degrees of sensitivity of different groups of consumers, the intake of vitamins and minerals from other food sources, the reference intakes of vitamins and minerals for the population [21].

Table 2. Recommended daily doses and maximum daily permissible doses for vitamins and minerals.

VITAMINS		MINERALS	
<i>Recommended daily dose</i>	<i>Maximum permissible dose</i>	<i>Recommended daily dose</i>	<i>Maximum permissible dose</i>
Vitamin A - 800 µg	Vitamin A - 3000 µg	Potassium - 2000 mg	Potassium - 3700 mg
Vitamin C - 80 mg	Vitamin C - 2000mg	Chloride - 800 mg	Chloride - 800 mg
Vitamin E - 12 mg	Vitamin E - 270 mg	Calcium - 800 mg	Calcium - 2500 mg
Vitamin D - 5 µg	Vitamin D - 100 µg	Phosphorus - 700 mg	Phosphorus - 4000 mg
Vitamin K - 75 µg	Vitamin K - 1000 µg	Magnesium - 375 mg	Magnesium - 900 mg
Vitamin B1 (thiamine) - 1.1 mg	Vitamin B1 (thiamine) - 100 mg	Iron - 14 mg	Iron - 45 mg
Vitamin B2 (riboflavin) - 1.4 mg	Vitamin B2 (riboflavin) - 40 mg	Zinc - 10 mg	Zinc - 10 mg
Vitamin B3 (niacin) - 16 mg	Vitamin B3 (niacin) - 2000 mg	Copper - 1 mg	Copper - 10 mg
Vitamin B5 (pantotheic acid) - 6 mg	Vitamin B5 (pantotheic acid) - 200 mg	Manganese - 2 mg	Manganese - 11 mg
Vitamin B6 (pyridoxine) - 1.4 mg	Vitamin B6 (pyridoxine) - 100mg	Fluoride - 3.5 mg	Fluoride - 10 mg
Vitamin B7 (biotin) - 50 µg	Vitamin B7 (biotin) - 900 µg	Selenium - 55 µg	Selenium - 400 µg
Vitamin B9 (folic acid) - 200 µg	Vitamin B9 (folic acid) - 1000 µg	Chromium - 40 µg	Chromium - 10 mg
Vitamin B12 (cyanocobalamin) - 2.5 µg	Vitamin B12 (cyanocobalamin) - 2.5 µg	Molybdenum - 50 µg	Molybdenum - 2000 µg
		Iodine - 150 µg	Iodine - 150 µg

The most recent statistical data on the use of DS in the European Union countries confirmed the global trend of the population in the use of vitamins and minerals [20]. The upper levels of vitamins and minerals of DS for daily consumption must be strictly regulated, taking into account: the higher safety levels established by scientific risk assessment based on generally accepted scientific data (table 2), taking into account the different degrees of sensitivity of different groups of consumers, the intake of vitamins and minerals from other food sources, the reference intakes of vitamins and minerals for the population [21].

Numerous vitamins and minerals are of great importance for the population, especially for those with intense physical activity, each nutrient having a specific relevance, for example, iron and vitamins, significantly contribute to hematological adaptation, maintenance of the immune system and other. At the same time, taking doses higher than the recommended daily

dose can jeopardize the health of consumers. There were reports when uncontrolled administration of vitamins A, E and C induced adverse effects in consumers for athletes [22].

Family doctors must have knowledge about the nutraceutical antagonism and synergism phenomenon for vitamins and minerals [23]. For instance Vitamins A and D are mutually antagonistic, vitamin B₁ can have an antagonistic action against vitamin B₁₂. Between vitamin C and vitamin B₁₂ there is an indirect antagonistic connection: vitamin C improves the absorption of iron, the increased amount of iron in the body leads to a deficiency of cobalt, which is an integral part of vitamin B₁₂. Iron deficiency can be exacerbated by low levels of potassium or high levels of copper, manganese or zinc. Vitamin D contributes to the absorption of calcium and phosphorus. High levels of phosphorus reduce the absorption of zinc and calcium. High potassium levels reduce the absorption of magnesium and, to a lesser extent, calcium, iron, copper, manganese and zinc. High levels of copper can increase the absorption of molybdenum and decrease that of iron and zinc [24]. Doses higher than 142 mg/day of zinc can interfere with the absorption of magnesium and disturb its balance in the body [25]. Uncontrolled use of vitamins and minerals with antagonistic action exposes patients to expensive and sometimes invasive series of tests, such as bone marrow biopsies, to detect the cause of the appearance of a pathological condition as an adverse reaction to self-administration of DS [26].

The widespread availability and use of vitamins and minerals in recent years has generated a significant level of patient exposure to this products. Although alternative medicine advocates supplementation as a beneficial health contribution, recent scientific data does not offer prodigious evidence of beneficial health effects for DS [10]. Adequate intake of these micronutrients is necessary to maintain health, but there is a possibility of toxicity with increasing administered doses.

In the specialized literature, cases of vitamin D overdose, for which in the last two decades, interest has grown significantly, due to the fact that it plays an important role in calcium homeostasis and bone mineralization, in the immune, cardiovascular and preventive systems of cancer, are most frequently reported [27,28,29]. Special attention needs to be given to the administration of vitamins in infants. From the first days of life, for healthy development, children must be given vitamin D in doses of 5µg/day (400IU/day). Due to prescription, manufacturing or formulation errors, cases of vitamin D overdose in children are recorded, with serious health consequences such as hypercalcemia, bilateral nephrocalcinosis and arterial calcinosis [30,31,32].

In adults, hypercalcemia is associated with parathormone-independent and -dependent hypercalcemia and some malignancies. At the same time, there are cases of hypercalcemia as an adverse effect of improper use of Vitamin D [33,34]. Because women who have reached menopause often use uncontrolled amounts of vitamin D and calcium supplements, the risk of osteophytes appearing on the spine and joints, followed with acute pain, is increased.

CASE REPORT with uncontrolled use of dietary supplements.

Presentation of the case. Patient X, female of 58 years old, in menopause, complained of: pain in the spine (cervical region), pain and numbness in both arms, limited movements, cramps, drowsiness, muscle weakness, thirst and frequent urination.

The second female patient Y, aged 64, complained of fatigue, pain in the right hip joint, muscle spasms, stiffness in bending and movement, irritability.

As a result of the anamnesis, it was revealed that the patients use dietary supplements of calcium and vitamin D from different manufacturers in long-term administration without respecting daily dose, without the consultation, recommendation and monitoring of a family doctor. Patient X administered DS for 1 year, with an interruption of only 2 months; patient Y for 2 years with several interruption intervals of 2 to 3 months.

As a result of laboratory investigations, moderate hypercalcemia was detected: total serum calcium of 12.4 mg/dl in patient X and 13.7 mg/dl in patient Y; total calciferol in patient X - 94 ng/ml and in patient Y - 89 ng/ml. Tests have shown that the level of parathyroid hormone were within the normal range. Analysis of total urinary calcium and creatinine in both patients were above the reference limit. In the MRI picture shown in figure 1, with the consent of patient X, marginal exostoses of the vertebral bodies of the cervical region were observed.

Figure 1. MRI of the cervical region attesting the presence of marginal exostoses.



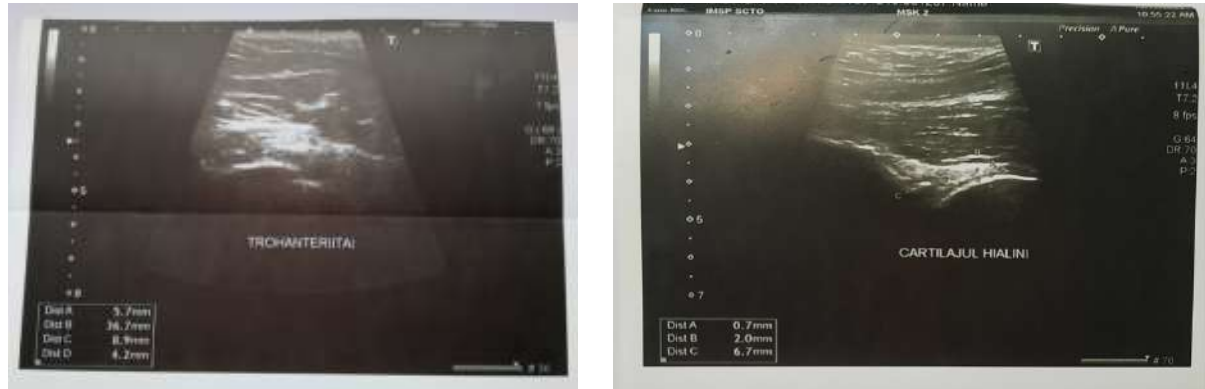
In patient Y, ultrasonography of the right coxofemoral joint (fig. 2) showed marginal osteophytes up to 5.6 mm and calcination of 4.4 mm on the trochanter.

Bone mineral density test values of T score were 1.5-2.0, that present a moderate reduction of bone density-osteopenia. In both patients, on the ultrasound examination - renal microlithiasis were attested. On the ECG - diffuse changes in the myocardium, without cardiac rhythm disturbances.

As a result of the investigations, renal microlithiasis, osteopenia, osteophytosis and soft tissue calcification were found in patients X and Y. Therefore, patients X and Y, presenting moderate hypercalcemia, were recommended for suspension of vitamin D3 and calcium supplementation, reduction of dietary calcium intake (limitation of milk products, etc.), optimal

hydration, analgesic and anti-inflammatory preparations in alleviation the feeling of pain, physical therapy, balanced physical activity and serum calcium level investigation in dynamics.

Figure 2. Coxofemoral ultrasound images of patient Y.



To evaluate, in comparison, the effects of correctly dosed calcium and vitamin D supplementation with monitoring, a control group of 7 randomly selected adults over 50 years of age was evaluated for outcomes. Patients in the control group were observed for 1 year using daily doses of 800 mg calcium and 4000 IU vitamin D (100 µg/day) of quality certified DS, following a balanced diet.

Monitoring was performed once every 2 months with the evaluation of: plasma calcium concentration in serum and urine, and heart activity monitoring by ECG.

Patients in the control group reported good health with no complaints. In the result of the medical act, it was aimed to obtain an increased level of representativeness of the results of the analysis of the answers for the real characteristics of the DS consumption profile, but also the level of awareness in their use.

Discussions and recommendations. According to experts, calcium from a balanced diet is assimilated in small amounts throughout the day, while supplements cause a sudden increase in blood calcium levels. If the person receives an amount that exceeds the recommended daily dose of vitamin D for a long time, the amount of calcium absorbed in the digestive tract is substantially increased. Thus, the administration of DS in context of a proper diet and without a persuasive medical argument can negatively affect the body. It is necessary that these supplements to be used on the recommendation of the family doctor and under his supervision because the excess can induce hypercalcemia, with consequences of renal failure, calcification of blood vessels and soft tissues, calcinosis, nephrolithiasis and hypercalculusis.

The use of DS should be avoided in patients with hypercalcemia or conditions associated with hypercalcemia, renal failure, and/or predisposition to nephrolithiasis are susceptible to calcium and vitamin D toxicity at even lower doses. The normal concentration of calcium in the blood is about 10mg/100ml. If, following the analyses, it is found that there is a calcium deficiency that would lead to the appearance of osteoporosis, calcium supplements are recommended, with a daily dose of 800-1000mg, as indicated by the family doctor. To prevent the consequences of hypercalcemia, it is necessary to monitor calcium concentrations

in serum and urine and renal function by measuring serum creatinine. Simultaneous administration with cardiac glycosides and thiazide diuretics, which increase tubular reabsorption of calcium, should be carried out with caution and monitored through regular ECG investigations and evaluation of plasma calcium concentrations. Thus, self-medication with DS should be avoided in elderly patients, use only on recommendation, with monitoring of daily doses and serum biochemical parameters. Only those products that have proven their safety and are administered under the control and monitoring of the family doctors, can have beneficial effects on the health of the population, with minimal risks of adverse effects.

Conclusions.

1. In view of the explosive increase of registration of dietary supplements, it is necessary to develop a national guide, a specialized database, for family doctors and other specialists in the field, with information on manufacturers, quality, post-administration monitoring and evidence-based nutritional data.

2. The family doctors must inform themselves about the composition of the supplements, possible adverse effects and recommend safe products to patients in terms of their dosage and effectiveness according to the regulations in force.

3. From the perspective of self-medication, it is important for the family doctors to request information from patients about the administration of dietary supplements in order to provide correct medical care.

References:

1. Șchiopu T., Dogotari L., Sîbii L. et al. [Asistența cu suplimente alimentare a diverselor categorii de pacienți în farmacia comunitară](#). Revista Farmaceutică a Moldovei, vol 50 (2), 2022. pp. 8-13.
2. Kaegi-Braun N., Baumgartner A., Gomes F., et al. Evidence-based medical nutrition – A difficult journey, but worth the effort!”, Clinical Nutrition, Volume 39, Issue 10, 2020, Pages 3014-3018, ISSN 0261-5614, <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2020.01.023>.
3. Mathieu S., Soubrier M., Peirs C., Monfoulet L.E., Boirie Y., Tournadre A. A Meta-Analysis of the Impact of Nutritional Supplementation on Osteoarthritis Symptoms. Nutrients. 2022 Apr 12;14(8):1607. doi: 10.3390/nu14081607.
4. Scutari C., Gonciar V., Beșliu A., Bacinschi G. Interacțiunile farmacocinetice ale fitopreparatelor și medicamentelor. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină 78 (4), pp. 109-117
5. D'Alessandro C., Benedetti A., Di Paolo A., Giannese D., Cupisti A. Interactions between Food and Drugs, and Nutritional Status in Renal Patients: A Narrative Review. Nutrients. 2022 Jan 4;14(1):212. doi: 10.3390/nu14010212.
6. Hassan Sadia, Chukwuebuka Egbuna, Habibu Tijjani. Dietary Supplements: Types, Health Benefits, Industry and Regulation. Functional Foods and Nutraceuticals, 2020.
7. Țurcan Lucia, Ghicavîi Victor, Bacinschi Nicolae. Suplimente alimentare și interacțiuni medicamentoase clinic relevante. In: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină. 2016, nr. 5(69), pp. 50-53. ISSN 1729-8687

8. Djaoudene O., Romano A., Bradai YD, et al. A Global Overview of Dietary Supplements: Regulation, Market Trends, Usage during the COVID-19 Pandemic, and Health Effects. *Nutrients*. 2023 Jul 26;15(15):3320. doi: 10.3390/nu15153320.
9. Korah Mejo C, Junaid Rahman Pv, Rajeswari R, adverse effects and side effects on vitamin therapy: a review. *Asian J Pharm Clin Res, Vol 10, Issue 5, 2017, 19-26*
10. Ronis MJJ, Pedersen KB, Watt J. Adverse Effects of Nutraceuticals and Dietary Supplements. *Annu Rev Pharmacol Toxicol*. 2018 Jan 6;58:583-601.
11. Reeuwijk NM, Venhuis BJ, de Kaste D, Hoogenboom RL, Rietjens IM, Martena MJ. Active pharmaceutical ingredients detected in herbal food supplements for weight loss sampled on the Dutch market. *Food Addit Contam Part A Chem Anal Control Expo Risk Assess*. 2014;31(11):1783-93. doi: 10.1080/19440049.2014.958574.
12. Duiven E, van Loon LJC, Spruijt L, Koert W, de Hon OM. Undeclared Doping Substances are Highly Prevalent in Commercial Sports Nutrition Supplements. *J Sports Sci Med*. 2021 Mar 22;20(2):328-338.
13. Tucker J, Fischer T, Upjohn L, Mazzer D, Kumar M. Unapproved Pharmaceutical Ingredients Included in Dietary Supplements Associated With US Food and Drug Administration Warnings. *JAMA Netw Open*. 2018;1(6):e183337. doi:10.1001/jamanetworkopen.2018.3337
14. Starr RR. Too little, too late: ineffective regulation of dietary supplements in the United States. *Am J Public Health*. 2015 Mar;105(3):478-85. doi: 10.2105/AJPH.2014.302348.
15. Eichhorn T., Greten H., Efferth T. Self-medication with nutritional supplements and herbal over-the-counter products. *Nat. Prod. Bioprospect*. 2011, 1, 62–70
16. Walrand S. Dietary supplement intake among the elderly: hazards and benefits. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*. 2018 Nov;21(6):465-470.
17. Tarn DM, Paterniti DA, Good JS, Coulter ID, Galliher JM, Kravitz RL, Karlamangla AS, Wenger NS. Physician-patient communication about dietary supplements. *Patient Educ Couns*. 2013 Jun;91(3):287-94.
18. ANSP. Registrul suplimentelor alimentare, <https://ansp.md/registrul-suplimentelor-alimentare/> [last accessed 1.03.2024]
19. Ochotny M. N., Partney T., Pathak Y. Evidence-Based Approach and Standardization of Nutraceuticals. *GSTF Journal of Advances in Medical Research (JAMR) Vol 1 No 1, 2014, pp. 99-101 DOI: 10.5176/2345-7201_1.1.16*
20. Papatesta, E.M.; Kanellou, A.; Peppas, E.; Trichopoulou, A. Is Dietary (Food) Supplement Intake Reported in European National Nutrition Surveys? *Nutrients* 2023, 15, 5090. <https://doi.org/10.3390/nu15245090>
21. Garban G., Florescu N. Suplimentele Alimentare Ghid. Institutul National de Sanatate Publica. Bucuresti, 2013. - 37 p.
22. Shunchang Li, Babatunde Fasipe, Ismail Laher, Potential harms of supplementation with high doses of antioxidants in athletes, *Journal of Exercise Science & Fitness*, Volume 20, Issue 4, 2022, Pages 269-275, ISSN 1728-869X, <https://doi.org/10.1016/j.jesf.2022.06.001>.
23. Townsend JR, Kirby TO, Sapp PA, Gonzalez AM, Marshall TM, Esposito R. Nutrient synergy: definition, evidence, and future directions. *Front Nutr*. 2023 Oct 12;10:1279925. doi: 10.3389/fnut.2023.1279925.

24. Tripathy S., Dhaduk J., Kapadiya S. Interrelationship of Micronutrients: Antagonism and Synergism. *Int. J. Pure App. Biosci.* 5 (6): 208-214 (2017) DOI: <https://dx.doi.org/10.18782/2320-7051.5835>
25. Blancquaert, L.; Vervaet, C.; Derave, W. Predicting and Testing Bioavailability of Magnesium Supplements. *Nutrients* 2019, 11, 1663. <https://doi.org/10.3390/nu11071663>
26. Wahab A, Mushtaq K, Khan A, Khakwani MSK, Masood A, Henderson J, Malik F. Zinc-induced hypocupremia and pancytopenia, from zinc supplementation to its toxicity, a case report. *J Community Hosp Intern Med Perspect.* 2021 Nov 15;11(6):843-846.
27. Alkundi A, Momoh R, Musa A, *et al* Vitamin D intoxication and severe hypercalcaemia complicating nutritional supplements misuse *BMJ Case Reports CP* 2022;15:e250553.
28. Bhat, Javid Rasool; Geelani, Sajad Ahmed; Khan, Afaq Ahmad; Roshan, Reshma; Rathod, Santosh Govind. Vitamin D toxicity due to self-prescription: A case report. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 11(4):p 1561-1563, April 2022. | DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1525_21
29. Teodora de Paula, A.L., Gonzaga, W.P.F., Oliveira, L.M. *et al.* Exogenous intoxication by non-prescribed use of vitamin D, a case report. *BMC Geriatr* 20, 221 (2020). <https://doi.org/10.1186/s12877-020-01614-8>
30. Al Alwan I., Al Issa N., Al Anazi Y., Al Noaim K., Mughal M.Z., Babiker A. An Infant with Asymptomatic Vitamin D Intoxication: A Prolonged and Sustainable Recovery. *Case Rep Endocrinol.* 2022 Feb 27;2022:7072815. doi: 10.1155/2022/7072815. PMID: 35265381; PMCID: PMC8898842.
31. Galior, K.; Grebe, S.; Singh, R. Development of Vitamin D Toxicity from Overcorrection of Vitamin D Deficiency: A Review of Case Reports. *Nutrients* 2018, 10, 953. <https://doi.org/10.3390/nu10080953>
32. Bhat, JR; Gellani, SA; Khan, AA; Roshan, R; Rathod, SG. Vitamin D toxicity due to self-prescription: A case report. *Journal of Family Medicine and Primary Care* 11(4):p 1561-1563, April 2022. | DOI: 10.4103/jfmprc.jfmprc_1525_21
33. Li K, Wang XF, Li DY, Chen YC, Zhao LJ, Liu XG, Guo YF, Shen J, Lin X, Deng J, Zhou R, Deng HW. The good, the bad, and the ugly of calcium supplementation: a review of calcium intake on human health. *Clin Interv Aging.* 2018 Nov 28;13:2443-2452. doi: 10.2147/CIA.S157523.
34. Tebben PJ, Singh RJ, Kumar R. Vitamin D-Mediated Hypercalcemia: Mechanisms, Diagnosis, and Treatment. *Endocr Rev.* 2016 Oct;37(5):521-547. doi: 10.1210/er.2016-1070.

STRATEGII DE PREVENIRE TB/HIV ÎN COMUNITATE: ROLUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Oxana Plamadeala¹, Serghei Pisarenco¹, Valentina Vilc¹, Iurie Climașevschi²

¹ IMSP Institutul de Ftiziopneumologie "Chiril Draganiuc", Chișinău

² IMSP Spitalul Clinic de Boli Infecțioase "Toma Ciorbă", Chișinău

Rezumat

Introducere. Articolul abordează o evaluare comprehensivă a provocărilor și strategiilor de combatere a tuberculozei (TB) în contextul global, cu un accent particular pe intersecția dintre TB și HIV, evidențiind necesitatea abordărilor integrate privind controlul eficient acestor maladii. **Scopul** este de a evalua și a sublinia importanța crucială a îngrijirii medicale primare în implementarea strategiilor comprehensive de prevenire a tuberculozei printre persoanele care trăiesc cu HIV (PTH), cu un accent deosebit pe procesul de screening sistematic și pe tratamentul preventiv al TB. **Material și metode** folosite includ rezumarea și discutarea rezultatelor studiilor relevante, subliniind eficacitatea screening-ului sistematic și a tratamentului preventiv asupra controlului TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV. Rezultate obținute subliniază eficacitatea tratamentului preventiv al TB printre persoanele care trăiesc cu HIV ca element cheie în strategia globală End TB. Analiza include recomandările OMS privind efectuarea tratamentului preventiv al TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV și în alte grupe de risc, subliniind importanța depistării timpurii a TB și a integrării îngrijirilor pentru TB și HIV în asistența medicală primară. **Concluzii.** Eficacitatea screening-ului și tratamentul preventiv al TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV și rolul vital al recomandărilor internaționale și adaptarea la condițiile naționale în îmbunătățirea eficacității măsurilor de control al TB. De asemenea, se subliniază necesitatea cooperării intersectoriale și importanța continuării eforturilor de prevenire și tratament pentru TB, în special în contextul interacțiunii sale cu HIV. **Cuvinte cheie:** co-infecție TB/HIV, asistența medicală primară, screening-ul sistematic TB, W4SS, tratamentul preventiv al TB.

Introducere. În contextul actual al sănătății globale, tuberculoza rămâne una dintre cele mai grave provocări, clasându-se drept a doua cea mai mare cauză de deces prin boli infecțioase la nivel mondial în 2022, imediat după COVID-19. Tuberculoza nu doar persistă, dar continuă să se manifeste cu o incidență în creștere, în ciuda eforturilor globale semnificative de eradicare și control. Situația este și mai alarmantă în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV, pentru care TB reprezintă principala cauză de deces, subliniind o interconexiune profundă între cele două afecțiuni și necesitatea unei abordări integrate în strategiile de sănătate publică.

Raportul Global privind Tuberculoză din 2023 evidențiază o imagine complexă a eforturilor de combatere a TB, marcând atât realizări, cât și provocări semnificative. În 2022, aproximativ 10.6 milioane de persoane au fost diagnosticate cu TB la nivel mondial, marcând cea mai înaltă rată de diagnosticare de când Organizația Mondială a Sănătății (OMS) a început monitorizarea globală a TB în 1995. Acest număr depășește pragul pre-pandemie și reflectă atât progresele în detectarea cazurilor, cât și persistența și complexitatea TB ca problemă de sănătate publică. Aproximativ 410 000 de persoane au dezvoltat TB multidrogrezistentă sau

TB rezistentă la rifampicină (TB MDR/RR). Rata de succes a tratamentului TB drogrezistente a fost de 63% la nivel global.

În 2022, TB a cauzat aproape de două ori mai multe decese decât HIV/SIDA, au fost înregistrate aproximativ 1,30 milioane decese TB, inclusiv 167 000 de persoane cu co infecția TB/HIV.

Există o recuperare globală majoră a numărului de persoane diagnosticate cu TB și tratate în 2022 și 2023, după 2 ani de întreruperi legate de COVID. Acest lucru a început să inverseze sau să modereze impactul dăunător al pandemiei asupra numărului de oameni care mor sau se îmbolnăvesc de TB.

Aceste constatări subliniază importanța continuării și intensificării eforturilor de prevenire și tratament pentru TB, în special în contextul interacțiunii sale cu HIV infecție.

În 2011, Organizația Mondială a Sănătății a emis recomandări pentru îmbunătățirea detectării TB în rândul PTH. Acestea includ utilizarea screening-ului pentru patru simptome recomandat de OMS (W4SS - WHO-recommended four symptom screen), care identifică simptome precum tusea persistentă, febra, transpirațiile nocturne și pierdere în greutate. În cazul unui rezultat pozitiv la W4SS, OMS recomandă efectuarea unui test molecular rapid, cum ar fi Xpert MTB/RIF sau Xpert Ultra, pentru confirmarea diagnosticului de TB. Această abordare urmărește să accelereze diagnosticarea și inițierea tratamentului pentru TB și HIV, reducând astfel morbiditatea și mortalitatea asociate co-infecției TB/HIV. Implementarea globală a acestor recomandări este vitală pentru lupta împotriva TB și HIV.

Asistența medicală primară joacă un rol cheie în depistarea în timp oportun și prevenirea dezvoltării tuberculozei printre persoanele care trăiesc cu HIV. Integrarea screening-ului pentru TB și a măsurilor preventive în serviciile oferite la nivelul asistenței medicale primare poate reduce semnificativ povara acestor boli, în special în țările cu prevalență înaltă a TB și HIV, unde îngrijirea medicală primară reprezintă principalul punct de acces la sistemul de sănătate pentru majoritatea populației.

Scopul acestui articol este de a evalua și a sublinia importanța crucială a îngrijirii medicale primare în implementarea strategiilor comprehensive de prevenire a tuberculozei printre PTH, cu un accent deosebit pe procesul de screening sistematic și pe tratamentul preventiv al TB. Articolul își propune să servească ca un instrument de informare și conștientizare pentru profesioniștii din domeniul sănătății, responsabilii cu elaborarea politicilor de sănătate, precum și pentru comunitatea largă, evidențiind cum practicile integrate de îngrijire la nivelul AMP pot juca un rol esențial în depistarea precoce al TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV și în reducerea morbidității și mortalității asociate co-infecției TB/HIV.

Material și metode. Pentru a atinge acest scop, articolul va rezuma și va discuta rezultatele studiilor relevante și ale practicilor existente, subliniind eficacitatea și impactul screening-ului sistematic și al tratamentului preventiv asupra controlului și prevenirii TB printre persoanele care trăiesc cu HIV. De asemenea, în articol vor fi reflectate abordările și strategiile adoptate în Republica Moldova. În contextul ghidului „Organizarea și desfășurarea screening-ului sistematic și a tratamentului preventiv al tuberculozei”, aprobat prin Ordinul

Ministerului Sănătății al Republicii Moldova № 481 din 31 mai 2023, analiza se va concentra pe implementarea acestor strategii în cadrul sistemului de îngrijire medicală primară și pe modul în care acestea contribuie la îmbunătățirea rezultatelor de sănătate pentru persoanele expuse riscului de TB și HIV. Totuși, trebuie de subliniat că, deși ghidul reprezintă un pas semnificativ, dar o importanță mai mare are aprobarea protocoalelor naționale clinice TB la copil și TB la adult. Această ultimă inițiativă marchează un punct crucial în consolidarea eforturilor de combatere a tuberculozei, oferind un cadru detaliat pentru abordarea eficientă a acestei boli. Au fost examinate standardele naționale recent reînnoite și aprobate pentru screening-ul TB și tratamentul preventiv, incluzând:

- Identificarea grupurilor țintă pentru screening și tratamentul preventiv al TB, acoperind PTH și alte categorii cu risc sporit de dezvoltare a TB.
- Metodele de examinare pentru a exclude formele active de tuberculoză înainte de începerea tratamentului preventiv al TB, incluzând evaluarea simptomelor, testarea pentru proteina C reactivă (CRP).
- Importanța radiografiei toracice în stabilirea diagnosticului TB, precum și în evaluarea persoanelor pentru prescrierea tratamentului preventiv al TB.

Rezultate și discuții. Tratamentul preventiv al tuberculozei printre persoanele care trăiesc cu HIV este un element cheie în strategia globală End TB. Organizația Mondială a Sănătății (OMS) recomandă efectuarea tratamentului preventiv al TB (TPT) printre persoanele care trăiesc cu HIV, persoanelor contactele cu TB și alte grupuri de risc. Acest lucru este subliniat de angajamentele țărilor de a atinge obiectivul global de a oferi TPT pentru minim 30 de milioane de persoane în cinci ani (2018-2022), inclusiv 6 milioane de persoane care trăiesc cu HIV, 4 milioane de copii sub 5 ani care au fost în contact cu persoane bolnave de TB și 20 de milioane de contacte din grupurile de vârstă mai mari de 5 ani. Actualizările cheie în recomandările din 2020 includ propuneri condiționate pentru utilizarea regimului de o lună zilnic de Rifampicinum* și Isoniazidum*, precum și a regimului de patru luni zilnic de Rifampicinum* ca opțiuni alternative de tratament în toate regiunile cu o povară înaltă de TB.

Cu toate acestea, progresul pozitiv în creșterea numărului de persoane care primesc TPT a fost inversat în 2020, din cauza perturbărilor în funcționarea serviciilor de sănătate provocate de pandemia COVID-19. În 2020, numărul total de persoane care au primit TPT a scăzut la 2,8 milioane, ceea ce reprezintă o scădere cu 21% față de anul precedent. Acest progres este semnificativ în urma obiectivului stabilit de ONU. În 2020, șase țări (India, Mozambic, Nigeria, Africa de Sud, Uganda și Zambia) au raportat inițierea tratamentului preventiv pentru mai mult de 200.000 de persoane HIV-pozitive în fiecare, reprezentând 74% din totalul global.

În regiunea europeană recomandările OMS sunt implementate activ în programele naționale de sănătate, ceea ce include actualizarea protocolului de screening și extinderea accesului la tratamentul preventiv pentru PTH. Aplicarea cu succes a acestor recomandări necesită adaptarea la condițiile locale și poate include formarea lucrătorilor medicali, îmbunătățirea logisticii de aprovizionare cu medicamente și creșterea conștientizării publice.

Studii, cum ar fi „HIV TB coinfection – perspectives from India” (2021) de Bharat Bhushan Rewari și colegii săi, descriu interacțiunea programelor de luptă împotriva TB și HIV în India, subliniind importanța detectării timpurii a TB printre cei infectați cu HIV. Rezultatele

acestor programe indică o contribuție semnificativă la salvarea vieților persoanelor infectate cu HIV prin extinderea măsurilor combinate împotriva TB și HIV.

Un studiu efectuat în Kenya „Pulmonary tuberculosis screening in anti-retroviral treated adults living with HIV in Kenya” (2018) a investigat prevalența tuberculozei pulmonare la persoanele infectate cu HIV. În cadrul studiului, prevalența TB pulmonare la înscriere a fost de 4,3% pentru participanții care nu au fost supuși tratamentului preventiv cu Isoniazidum* (TPI), comparativ cu 0,9% pentru cei care au primit TPI. Îngrijorările legate de potențialul de selecție pentru rezistența la medicamente atunci când Isoniazidum* este administrat pacienților cu boală TB nedagnosticată au fost menționate, dar studiul nu a demonstrat o creștere a rezistenței la Isoniazidum* datorată TPI.

O revizuire sistematică „Tuberculosis screening among HIV-positive inpatients: a systematic review and individual participant data meta-analysis” (2022), care a analizat 6162 de publicații din perioada 1 ianuarie 2011 până la 1 martie 2020, subliniază că majoritatea PTH spitalizați în unități medicale cu prevalență înaltă a tuberculozei (>10%) sunt eligibili pentru testarea Xpert MTB/RIF, conform algoritmului recomandat de OMS. Testele de screening pentru tuberculoză, inclusiv scorul simptomelor WHO 4-symptom screen (W4SS) și nivelul de proteina C reactivă (CRP) cu un prag de ≥ 5 mg/L, au demonstrat sensibilități ridicate, dar specificități scăzute în detectarea TB. OMS recomandă utilizarea testelor moleculare rapide de diagnostic, precum Xpert MTB/RIF, pentru toți persoane care trăiesc cu HIV. Testarea Xpert MTB/RIF pe probe de urină prezintă un potențial semnificativ pentru pacienții care nu pot produce spută, oferind o alternativă valoroasă pentru diagnosticarea TB în această populație vulnerabilă.

Luând în considerare ultimele recomandări ale Organizației Mondiale a Sănătății și cercetările globale în domeniul screening-ului și tratamentului preventiv al tuberculozei, Programul Național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025 (aprobat prin HG Republicii Moldova Nr. 107 din 23-02-2022) a decis, de asemenea, să întreprindă măsuri și să implementeze aceste recomandări internaționale la nivel național. Această decizie subliniază dorința țării de a consolida eforturile în lupta împotriva TB, în special printre persoanele care trăiesc cu HIV, contribuind astfel la îmbunătățirea sănătății publice și la creșterea calității vieții populației.

Începând cu 31 mai 2023, Republica Moldova a început o actualizare a strategiei naționale de combatere a tuberculozei, aprobând și implementând un nou ghid pentru screening și tratamentul preventiv al tuberculozei. Pași suplimentari au fost întreprinși cu aprobarea protocoalelor clinice naționale pentru TB la copii și adulți, care integrează ultimele recomandări ale OMS. Totodată, aceste protocoale sunt documente fundamentale atât pentru medicii din serviciile ftiziopneumologice, cât și pentru asistența medicală primară, incluzând informațiile esențiale începând cu screening-ul pentru TB, profilaxia, diagnosticarea, tratamentul și altele.

Aspecte cheie ale ghidului includ:

- O componentă-cheie a cascadei de servicii de tratament și îngrijire în caz de infecție cu HIV este screening-ul pentru cele patru simptome recomandat de OMS (W4SS) – tuse,

febră, pierdere în greutate, transpirații nocturne la adulți și adolescenți care trăiesc cu HIV.

- Se recomandă ca screening-ul să fie efectuat la fiecare vizită medicală sau interacțiune cu un lucrător medical sau social.
- Utilizarea testelor pentru determinarea proteinei C-reactive (CRP) și efectuarea radiografiei toracice, precum și testul molecular rapid recomandat de OMS (mWRD), atât separat, cât și în combinație cu screening-ul simptomatic.
- Contactii din grupul PTH merită o atenție deosebită în cadrul investigațiilor, ținând cont de prevalența extrem de ridicată a TB în rândul acestora.
- Adulții și adolescenții care trăiesc cu HIV și care, puțin probabil, să aibă tuberculoză activă, trebuie să administreze TPT ca parte integrată a unui pachet cuprinzător de asistență medicală pentru PTH.

Rezultate așteptate:

- Standardizarea abordărilor de tratament și prevenire pentru TB, contribuind la eficacitatea controlului asupra coinfectiei TB și HIV.
- Îmbunătățirea detectării timpurii a TB în rândul PTH, facilitând începerea la timp a tratamentului.
- Reducerea cazurilor de trecere a infecției TB la forma activă prin tratament preventiv eficient.
- Îmbunătățirea calității vieții PTH și reducerea mortalității din cauza TB/HIV.

Măsuri pentru integrarea recomandărilor în practică:

- Îmbunătățirea competențelor personalului medical prin formare despre noile metode de screening și prevenire.
- Îmbunătățirea cooperării intersectoriale pentru a asigura o abordare comprehensivă a tratamentului și prevenirii.
- Seminare de formare pentru personalul medical în domeniul screeningului, monitorizării și tratamentului preventiv pentru TB.
- Serii de evenimente educative pentru a consolida capacitatea personalului medical în aspectele cheie ale luptei împotriva TB.

Aceste inițiative de formare și dezvoltare profesională subliniază importanța înțelegerii metodelor de screening și tratament preventiv al TB în rândul persoanelor cu risc sporit de infectare și sunt o parte esențială a procesului de implementare a protocoalelor clinice naționale actualizate. Efortul de a integra recomandările și practicile globale ale OMS în sistemele naționale de sănătate este crucial pentru reducerea poverii TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV și pentru îmbunătățirea sănătății publice în Republica Moldova.

Importanța asistenței medicale primare în managementul pacienților cu TB nu poate fi subestimată, mai ales în contextul identificării și monitorizării grupurilor cu risc sporit de infectare cu TB. AMP joacă un rol crucial în acest proces, fiind adesea primul punct de contact pentru pacienți în sistemul de sănătate. Medicii de familie sunt în prima linie în detectarea precoce a TB, având responsabilitatea nu doar de a identifica simptomele inițiale ale bolii, dar și de a contribui activ la depistarea infecției TB. Aceasta implică utilizarea unor instrumente de screening eficiente, precum testele cutanate (testul tuberculinic) și IGRA (testele de eliberare a interferonului gamma), precum și evaluarea simptomelor clinice și a factorilor de risc.

Medicii de familie sunt responsabili pentru întocmirea listei cu grupuri de risc sporit pentru TB, o practică recomandată de OMS și adoptată în multe țări, inclusiv în Moldova. Această listă include 18 categorii de persoane care sunt considerate cu risc sporit de a dezvolta TB, fiecare grup având un algoritm specific de screening adaptat la particularitățile sale.

Integrarea îngrijirii pentru TB și HIV în cadrul asistenței medicale primare facilitează o abordare holistică, îmbunătățind accesul la tratament și suportul continuu pentru pacienți. Colaborarea și comunicarea eficientă între medicii de familie, specialiștii în TB și HIV, și alte servicii de sănătate relevante sunt esențiale pentru îmbunătățirea rezultatelor tratamentului și pentru reducerea încărcăturii dublei epidemii TB/HIV. Asistența medicală primară servește ca un punct de legătură crucial pentru pacienți în sistemul de sănătate, asigurând accesul la informații, diagnostic, tratament și îngrijire suportivă într-un mod integrat și centrat pe pacient.

Concluzii. Pe baza analizei practicilor internaționale și recomandărilor OMS pentru screening și tratament preventiv al TB în rândul persoanelor cu risc sporit, și având în vedere integrarea cu succes a acestor abordări în protocoalele clinice naționale ale Republicii Moldova, se pot formula următoarele concluzii și rezumate principale:

Eficacitatea screening-ului și tratamentului preventiv al TB în rândul PTH: Experiența internațională confirmă importanța screening-ului sistematic pentru TB și a tratamentului preventiv pentru persoanele care trăiesc cu HIV. Aceste strategii au dovedit eficacitatea lor în reducerea prevalenței și mortalității TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV.

Rolul recomandărilor internaționale și adaptarea la condițiile naționale: Republica Moldova a demonstrat un exemplu de succes al adaptării standardelor și recomandărilor internaționale ale OMS la condițiile locale. Integrarea acestor recomandări în protocoalele clinice naționale actualizate pentru TB la copii și adulți contribuie la standardizarea și îmbunătățirea eficacității măsurilor de control al bolii.

Întărirea programelor educaționale și de formare prin eforturi active îmbunătățire a competențelor personalului medical în domeniile screening-ului și prevenirii TB pentru implementarea cu succes a protocoalelor și ghidurilor.

Necesitatea cooperării intersectoriale, pentru a obține cele mai bune rezultate în lupta împotriva TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV promovând o abordare integrată, care include colaborarea între diferite servicii de sănătate, de la îngrijirea medicală primară până la instituțiile specializate în ftiziopneumologie.

În perspectivă Republica Moldova trebuie să depună eforturi pentru asigurarea accesibilității și calității screening-ului și tratamentului preventiv pentru toate grupurile cu risc sporit de infectare, precum și de îmbunătățirea continuă a coordonării și integrării serviciilor de luptă împotriva TB și HIV. Actualizările protocoalelor naționale și accentul pe programele educaționale în Republica Moldova reprezintă pași importanți către consolidarea luptei împotriva TB în rândul persoanelor infectate cu HIV. Progresul continuu în acest domeniu va necesita monitorizare constantă și adaptarea strategiilor în funcție de evoluția situației globale și particularitățile contextului național.

Referințe:

1. HG Nr. 107 din 23-02-2022 privind aprobarea Programului național de răspuns la tuberculoză pentru anii 2022-2025/Publicat : 04-03-2022 în Monitorul Oficial Nr. 61-67 art. 154/ https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130171&lang=ro
2. Ordinul MS nr. 432 din 11.05.2022 „Cu privire la implementarea Programului National de răspuns la tuberculoza pentru anii 2022-2025”.
https://simetb.ifp.md/Download/oficial_docs/Ordin_MS_2022_05_11_nr_432_implem_tare_PNCT
3. Ordinul MS Nr.970 din 03/11/2023:Cu privire la aprobarea Protocolului clinic national "Tuberculoza la copii", editia V si Protocolul cilnic national "Tuberculoza la copii", editia V
4. Ordinul MS Nr.121 din 31/01/2024: Cu privire la aprobarea Protocolului clinic national "Tuberculoza la adult", editia VI si Protocolul cilnic national "Tuberculoza la adult", editia VI
5. Ordinul MS Nr.481 din 31/05/2023:Cu privire la aprobarea Ghidului "Organizarea si desfasurarea screening-ului sistematic si a tratamentului preventiv al tuberculozei" si ghidul"Organizarea si desfasurarea screening-ului sistematic si a tratamentului preventiv al tuberculozei"
6. Dispozitia MS nr.440-d din 05/09/2023: Cu privire la organizarea atilerelor de instruire ”Consolidarea capacitatilor luctarorilor medicali din cadrul serviciului ftziopneumologie, de sanatate publica, asistenta medicala primara in formarea, examinarea, monitorizarea grupelor cu risc sporit pentru tuberculoza si administrarea tratamentului preventiv al tuberculozei”
7. WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: Screening - Systematic screening for tuberculosis disease. Geneva, World Health Organization. 2021.
8. HG Nr. 134 din 02-03-2022 cu privire la Programul național de prevenire și control al infecției HIV/SIDA și al infecțiilor cu transmitere sexuală pentru anii 2022 2025/ Publicat: 25-03-2022 în Monitorul Oficial Nr. 80-87 art. 212.
https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=130469&lang=ro
9. E-learning course was developed by WHO. It is a self-paced online course that follows the content of the *WHO operational handbook on tuberculosis. Module 2: Systematic screening for tuberculosis disease (2021)*. <https://openwho.org/courses/TB-systematic-screening>
10. WHO consolidated guidelines on tuberculosis Module 2: Screening – Systematic screening for tuberculosis disease/ 17 Jul 2020
11. Global tuberculosis report 2023/7 NOVEMBER 2023. <https://www.who.int/teams/global-tuberculosis-programme/tb-reports/global-tuberculosis-report-2023>
12. Tuberculosis and HIV Coinfection Cold Spring Harb Perspect Med. 2015 Jul; 5(7): a017871. doi: 10.1101/cshperspect.a017871 PMID: PMC4484961 PMID: 25722472
13. Diagnosis and treatment of tuberculosis in adults with HIV Medicine (Baltimore). 2022 Sep 2; 101(35): e30405. Published online 2022 Sep 2. doi: 10.1097/MD.00000000000030405 PMID: PMC9439776 PMID: 36107594
14. The End TB Strategy/ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331326/WHO-HTM-TB-2015.19-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

15. GeneXpert or chest-X-ray or tuberculin skin testing for household contact assessment (GXT): protocol for a cluster-randomized trial 2022 Aug 2;23(1):624. doi: 10.1186/s13063-022-06587-0.
16. Tuberculosis screening among HIV-positive inpatients: a systematic review and individual participant data meta-analysis *Lancet HIV*. 2022 Apr; 9(4): e233–e241. Published online 2022 Mar 23. doi: [10.1016/S2352-3018\(22\)00002-9](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00002-9) PMID: [35338834](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35338834/) PMCID: PMC8964502
17. HIV TB coinfection - perspectives from India *Expert Rev Respir Med* 2021 Jul;15(7):911-930. doi: 10.1080/17476348.2021.1921577. Epub 2021 May 19.
18. Pulmonary tuberculosis screening in anti-retroviral treated adults living with HIV in Kenya Jill K. Gersh, Ruanne V. Barnabas, Daniel Matemo. Published: 25 February 2021.

CÂTEVA MOMENTE CHEIE DESPRE DEFICITUL DE VITAMINA D

Hinculov Cezara¹

¹ Spitalul Internațional Medpark

Introducere: Insuficiența vitaminei D (< 20 ng/ml) este asociată cu densitatea minerală osoasă (DMO) scăzută. Iar deficitul vitaminei D (<12 n/ml) cauzează rahitism și/sau hipocalcemie la sugari/copii, osteomalacie la adulți/adolescenți după închiderea zonelor de creștere, la asociere cu hipocalcemia poate provoca tetanie și convulsii. Prevalența mondială a nivelului seric de vitamină 25 OHD < 12 ng/ml este de aproximativ 15.7%. Beneficiile dovedite ale suplinirii deficitului de vitamina D sunt cele scheletale- de creștere a DMO.

Scopul: utilizare sigură a vitaminei D, prudență în alegerea preparatului și dozelor rezonabile.

Materialul și metode: review literaturii de specialitate

Rezultate: Pentru deficitul de vitamina D nu se recomandă screeningul universal. Persoanele din grupul de risc se consideră cele cu: malnutriție, obezitate, mod de viață sedentar, expunere limitată la soare, utilizare creme cu factor de protecție solară, vârstă peste 65 ani, patologie hepatică, renală, gastrointestinală asociată cu malabsorbția, sarcină și alăptare, unele medicamente care alterează metabolismul vitaminei D, hiperparatiroidie.

Se recomandă aprecierea concentrației serice de vitamina 25 OHD.

Pentru prevenție se recomandă expunerea la soare (de la 5 la 30 minute, între ora 10-15, de 2x/săptămână) și asigurare aport alimentar (ulei din ficat de cod, somon, ton, sardine, ficat).

Pentru tratament preparatul de linia întâi rămâne colecalciferol D3. De menționat că doza maximă sigură pentru adulți este 4000 UI/zi.

Iar pentru pacienții care rămân cu deficit/insuficiență pe fond de tratament cu doze mari de vitamina D3 se recomandă: calcidiol/calcifediol (nu necesită 25 hidroxilare hepatică, astfel este util în patologia ficatului și deoarece este mai hidrofیل decât D2 se potrivește pentru cazurile cu malabsorbție) sau calcitriolul și analogii activi de vitamina D (la cei cu sinteză scăzută de calcitriol- boală cronică renală sau rahitism vitamina D dependent tip1- mutație în gena 1 hidroxilaza).

Ținta tratamentului este de-a atinge un nivel >30 ng/ml. Un nivel peste 100 ng/ml se consideră toxic. Semnele de intoxicație acută fiind din conținutul hipercalcemiei: confuzie, poliurie, polidipsie, anorexie, vomă, slăbiciune musculară. Pe când intoxicația cronică poate duce la nefrocalcinoză, demineralizare osoasă, durere.

Concluzii: Tratamentul vitaminei D trebuie să fie unul sigur, fără riscuri suplimentare pentru pacient. Din acest motiv rămâne crucială doza sigură și tipul preparatului.

Cuvinte cheie: screening, vitamina 25 OHD, colecalciferol, doză maximă sigură, toxicitate

PREVENTIVE TECHNOLOGIES FOR NONCOMMUNICABLE DISEASES IN THE FAMILY DOCTOR PRACTICE

¹ Vlasyk Lyubov, Kolodnitska Tetiana.

¹ Bukovinian State Medical University, Chernivtsi, Ukraine

Introduction: Analysis of international and domestic experience in the prevention of noncommunicable diseases (NCDs) confirms the need for multifactorial interventions targeting risk factors (RFs) and emphasizes the importance of primary health care (PHC) in implementing preventive programs.

Objective: To improve approaches to using preventive technologies for major NCDs at the PHC level.

Materials and methods: The study utilized the results of a cross-sectional survey on the prevalence of RFs among the economically active population of the Chernivtsi region (N=1252) and the results of a survey of PHC physicians (N=105) during the pre-COVID period. Sociological and statistical methods were used.

Results: The study of the provision of preventive services at the PHC level showed that 80% of physicians conducted individual counselling on four major NCD RFs. However, according to survey results, only every fourth patient adhered to recommendations. Among respondents, 44% controlled their diet, 42% engaged in certain physical exercises, 28% smoked (36% men, 20% women), and 35% of men and 17% of women frequently consumed alcohol. Combination of RFs was observed in 51% of respondents. Clusters of individuals without RFs or with 1-2 factors excluding smoking (57%) and with 3-4 factors including smoking (43%) were identified to enhance the effectiveness of preventive interventions. An algorithm of actions for physicians was developed based on the cluster and the absence or presence of NCDs in the patient. A dynamic group was patients with metabolic RFs, which occupied an intermediate position between healthy individuals and those with NCDs. Implementation of preventive technologies should start with informational-educational activities, increasing intensity (motivational interviewing), and the necessity of involving the patient with each visit and transitioning to each subsequent group (coaching elements, shared decision-making). Any (brief, in-depth) informational-motivational technologies conducted by PHC physicians have a cumulative effect. Informed patients respond better to preventive interventions provided at specialized levels of medical care. For patients with NCDs, preventive measures aimed at preventing/delaying associated diseases are recommended. Before applying preventive technologies, it is necessary to assess the patient's level of health literacy and decide on simultaneous or sequential interventions. Digital technologies enable the expansion of primary prevention interventions beyond medical facilities but may become an additional factor in social inequality.

Conclusions: Primary care physicians have a range of counselling tools that should be used depending on the patient's readiness, combination of RFs, and NCDs.

Keywords: Noncommunicable diseases, risk factors, preventive technologies.

EVALUAREA DINAMICII REALIZĂRII PROGRAMULUI NAȚIONAL DE IMUNIZĂRI LA SUGARI ÎN IMSP AMT BOTANICA PENTRU ANII 2020-2023

Lora Gîțu¹, Marina Golovaci², Georgeta Gavrilița²

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² IMPS AMT Botanica, municipiul Chișinău

Introducere: Echipa medicului de familie oferă servicii diverse și complexe, imunoprofilaxia pentru populația eligibilă ocupând un loc prioritar. Există 13 maladii-țintă, prevenibile prin vaccinare, incluse în Programul Național de Imunizări, majoritatea realizându-se la primul an de viață. Anul 2020 a fost marcat de pandemia COVID-19, iar situația epidemiologică a limitat pentru o perioadă imunizările sugarilor. Imunitatea colectivă sau de grup protejează eficient doar în cazul cuprinderii cu imunizări a minim 95%, ceea ce constituie obiectivul primordial în realizarea imunoprofilaxiei.

Scop: Evaluarea dinamicii realizării Programului Național de Imunizări la sugari în IMSP AMT Botanica pentru perioada ultimilor 4 ani consecutivi.

Material și metode: Drept material au servit rapoartele anuale prezentate la nivelul fiecărui Centru al Medicilor de Familie, apoi centralizate la nivel de Asociație Medicală Teritorială Botanica, pentru perioada anilor 2020- 2023. Valorile de referință au cuprins procentajul realizării imunizării pentru vârstele țintă în primele 12 luni de viață. Au fost evaluate schemele complete de imunizare: BCG, 3 doze consecutive de Penta - ce includ vaccinele HVB, DTP, Hib; VPO3; vaccinul antipneumococic (PC) în 3 doze; Rotarix 2 doze și vaccina ROR1 la 12 luni.

Rezultate: Cum era de așteptat, anul 2020 a pus amprenta asupra procentului cuprinderii cu vaccine a sugarilor. Imunizarea cu vaccinul VPO, în 3 doze, a constatat o creștere de la 87.3% în anul 2020 la 97,2% în anul 2023. Vaccinarea cu schema completă cu Penta 3 a constituit 82.9% în anul 2020, cu o creștere în următorii 3 ani până la 96% în anul 2023. Vaccinul PC3 a crescut procentual din 2020 fiind 90,8% la 98,9% în 2023. Aceeași tendință a fost observată al Rotarix, fiind 80,7% în 2020 și respectiv 90,1% în anul 2022. Cele mai joase nivele de vaccinare au fost în anul 2020, constituind în medie 86,7%, iar cele mai înalte în anul 2023, estimându-se la 95,5%. Cele mai înalte rezultate au fost etalate la vaccinarea cu BCG constituind 98.2% și ROR1 și PC3 fiind de 98,9% în anul 2023.

Concluzii: Medicii de familie și echipele lor, au realizat o muncă asiduă pentru atingerea obiectivului de acoperire vaccinală a grupurilor țintă în 95%. În perioada de referință s-a menținut la un nivel acceptabil de cuprindere cu vaccinurile VPO, PC, Rotarix, ROR1, cu o creștere a tuturor indicatorilor în anul 2023.

Cuvinte cheie: Programul Național de Imunizări, medici de familie, sugari, vaccine.

LEGĂTURA DINTRE NIVELUL PROTEINEI C - REACTIVE ȘI CIRCUMFERINȚA ABDOMINALĂ LA TINERI

Chiosa Diana¹, Ignat Rodica¹, Galea-Abdușa Daniela², Butovschaia Cristina², Buza Anastasia², Levițchi Alexei², Curocichin Ghenadie^{1,2}

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Laboratorul de genetică medicală

Introducere. Ratele de supraponderalitate și obezitate au atins niveluri periculoase și continuă să crească. Aproximativ 60% din adulții europeni și o treime copii au greutate în exces conform OMS. În Republica Moldova conform studiului STEPS (2021) în grupul de vârstă tânără au fost identificați 25% de subiecți cu supraponderalitate și 7,1% cu obezitate. Deși diagnosticul de obezitate se stabilește în baza indicelui de masă corporală, studiile recente evidențiază că circumferința abdominală pare să fie un indice mai sensibil asociat riscului cardiovascular. Obezitatea viscerală se asociază cu o stare constantă de inflamație cronică, care are un rol important în geneza și progresia aterosclerozei, dar legătura dintre markerii inflamației și valoarea circumferinței abdominale la tineri rămâne controversată.

Scopul. Studiarea legăturii dintre nivelul proteinei C - reactive și valoarea circumferinței abdominale la adulții tineri.

Material și metode. Într-un studiu transversal au fost incluși 176 subiecți tineri, 48 (27,3%) bărbați și 128 (72,7%) femei, aparent sănătoși cu vârsta medie $19,7 \pm 1,65$ (i.v. 17 și 29). A fost determinată concentrația proteinei C-reactive (CRP-hs) în sânge prin metoda latex-immunoturbidimetrie (mg/L). Circumferința abdominală (CA) a fost determinată prin măsurare cu o bandă antropometrică non-elastică (cm).

Rezultate. În grupul studiat valoarea medie a CA a fost de $80,9 \pm 0,68$ cm, de notat că la 44,8% subiecți a fost stabilită obezitatea abdominală conform valorilor sex specifice. CA la bărbați a fost $85,3 \pm 11,14$ cm, variind între 64,0 și 119,0 cm, la 24 (50%) aceasta a depășit 94 cm. La femei acest parametru a fost în mediu $78,3 \pm 7,60$ cm, cu valoare minimală 61,0 cm și cea maximală 103,5 cm, la 55 (42,9%) au avut valoarea peste 80 cm. S-a constatat că concentrația plasmatică a CRP-hs a fost $0,6 \pm 1,33$ mg/L (cu intervale 0,08-0,50). Nivelul acesteia a corelat semnificativ cu valoarea circumferinței abdominale la subiecții cu CA modificat peste valorile prag sex specifice ($r = 0,45$, $p = 0,0003$).

Concluzii. La tineri proteina C-reactivă corelează strâns cu obezitatea viscerală, stabilită în baza valorilor prag sex specifice ale circumferinței abdominale și poate constitui un marker al riscului cardiovascular.

Cuvinte cheie: Proteina C-reactivă, circumferință abdominală, tineri

INFLUENȚA REGIMULUI ALIMENTAR ASUPRA MODIFICĂRII MASEI CORPORALE LA FEMEI DE VÂRSTĂ REPRODUCTIVĂ TARDIVĂ

Mardare Tatiana¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Creșterea masei corporale și o modificare a distribuției grăsimii în corp la femeile de vârstă reproductivă tardivă duce la creșterea riscului apariției tulburărilor metabolice. Circumferința abdominală (CA) mare este un factor de risc independent pentru bolile cardiovasculare și metabolice. Numărul de ani de viață afectați din cauza consecințelor supraponderii și a obezității fac din aceasta o problemă de sănătate publică.

Scopul: Evaluarea regimului alimentar și a stilului de viață a femeilor de vârstă reproductivă tardivă pentru elaborarea măsurilor preventive în gestionarea greutateii corporale.

Materiale și metode: Studiu observațional, descriptiv, transversal, selectiv. S-a analizat chestionarul (din 30 întrebări) privind regimul alimentar și stilul de viață a 271 de femei cu vârsta medie 42,8 ani (DS=7,66 ani ME=44,0 ani), cu respectarea criteriilor de includere și de excludere. Pentru analiza datelor au fost calculați indicatorii pentru statistica descriptivă calitativă și cantitativă, metoda de corelație. Semnificația rezultatelor pentru intervalul de încredere (ÎÎ) de 95%.

Rezultate: În funcție de răspunsurile femeilor referitor la cât de mulțumite sunt de greutatea lor corporală s-a constatat că 15,9% (ÎÎ 95% 11,55-20,25) - ”deloc mulțumite”, 13,6% (ÎÎ 95% 9,52-17,68) sunt ”nemulțumite”, 27,3% (ÎÎ 95% 22,0-32,6) sunt ”parțial mulțumite” 29,5% (ÎÎ 95% 24,07-34,93) sunt ”mulțumite”, iar 13,3% (ÎÎ 95% 9,27-17,36) sunt ”foarte mulțumite”. Referitor la ce le-ar determina pe femei să urmeze o alimentație echilibrată a prevalat răspunsul -”îmbunătățirea stării de sănătate și reducerea riscului de a dezvolta boli cronice” - 52,4% (ÎÎ 95% 46,45-58,35), urmat de ”creșterea nivelului de energie”- 24,7% (ÎÎ 95% 19,57-29,83) și ”menținerea greutateii optime”- 20,7% (ÎÎ 95% 15,88-25,52). A fost stabilită o legătură inversă, puternică ($r = - 0,99$) dintre nivelul de mulțumire de greutatea corporală și valoarea medie a CA, iar dintre nivelul valorii indicelui masei corporale (IMC) și valoarea medie a CA a fost stabilită o legătură directă, puternică ($r = + 0,99$).

Concluzii: În urma cercetării s-a constatat că mai mult de jumătate din respondente s-au declarat nemulțumite de greutatea lor corporală și ar fi motivate să urmeze o alimentație echilibrată pentru îmbunătățirea stării de sănătate și reducerea riscului de a dezvolta boli cronice. Cu cât CA este mai mică cu atât femeile sunt mai mulțumite de greutatea lor corporală iar cu cât este mai mare IMC cu atât este mai mare CA.

Cuvinte-cheie: femei de vârstă reproductivă tardivă, masa corporală, regim alimentar

INTERVENȚII MULTIPLE PENTRU FACTORI DE RISC COMPORTAMENTALI ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

Maria Muntean¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Furnizarea intervențiilor de schimbare a comportamentului la pacienții cu factorii de risc comuni pentru bolile nontransmisibile este imperativ în activitatea echipei din Asistență Medicală Primară.

Scopul cercetării a fost de a explora aplicabilitatea intervențiilor de reducere a factorilor de risc comportamentali multipli la pacienții supravegheați la nivel Asistență Medicală Primară.

Material și metode: A fost efectuat un studiu bibliografic în bazele de date Google Academic și PubMed în perioada 2018-2023 utilizând sintagmele ”Motivational interviewing” and ”Brief interventions” and ”motivating change in primary care”. Au fost identificate 1700 de surse dintre care au fost analizate 72 de articole care au avut ca scop aplicarea interviului motivațional pentru controlul factorilor de risc convenționali pentru bolile nontransmisibile în Asistență Medicală Primară, conținutul cărora a fost disponibil în mod gratuit.

Rezultate: S-a constatat că interviul motivațional poate fi aplicat în controlul mai multor factori de risc care sunt comuni pentru bolile nontransmisibile, așa ca fumatul, consumul de alcool, regim alimentar nesănătos, etc. Datele obținute au evidențiat eficacitatea interviului motivațional cu rezultate moderate pentru reducerea indicelui de masă corporală, creșterea participării la activități fizice și mai puțin eficient privind abuzul de substanțe. Eficiența interviului motivațional are rezultate atât la pacienții cu mono factor, cât și la cei cu factori multipli orientându -se pe autonomie, evocare și colaborare.

Concluzii. În Asistența Medicală Primară sunt realizate consecvent intervenții pentru controlul factorilor de risc comportamentali. Cel mai frecvent acestea sunt focusate pe reducerea expunerii la unul dintre factorii de risc. Aplicarea interviului motivațional pentru controlul simultan a mai multor factori de risc rămâne incomplet elucidată.

Cuvinte cheie: ”Interviul motivațional”, „Intervenții scurte”, „Motivarea schimbării în îngrijirea primară”

ROLUL MEDICULUI DE FAMILIE ÎN PREVENȚIA PATOLOGILOR CARDIOVASCULARE

Olga Suleac¹, Garabajiu Maria¹

¹. Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Bolile cardiovasculare reprezintă o problemă majoră de sănătate publică la nivel global. Abordarea preventivă necesită o colaborare interdisciplinară și un rol activ al medicului de familie în educația și managementul pacienților.

Scop: Determinarea acțiunilor medicului de familie în prevenirea bolilor cardiovasculare

Material și metode: Tipul studiului realizat – sinteza literaturii de specialitate, accesând baze de date PubMed, Cochrane Library și Google Scholar. Am selecționat studiile conform cuvintelor cheie: “cardio-vascular disease”, “primary care”, “prevention”, aplicând criteriile de includere: prezența variantei complete, gratuite a articolului în limba engleză, datate nu mai mult de 5 ani. Spre analiza au fost selectate 47 articole.

Rezultate: Medicul de familie efectuează acțiuni multiple în prevenirea bolilor cardiovasculare. 1. Evaluarea comprehensivă și periodică a factorilor de risc cardiovasculari, inclusiv monitorizarea tensiunii arteriale, profilului lipidic și glicemiei (screening). 2. Implementarea programelor educaționale personalizate pentru pacienți, axate pe promovarea unui stil de viață sănătos, cu accent pe alimentația echilibrată, activitatea fizică regulată și renunțarea la fumat (prevenția primară). 3. Gestionarea optimă a condițiilor preexistente, precum, hipertensiunea arterială, dislipidemie, obezitate, etc. prin indicarea corectă a medicației și monitorizarea eficacității tratamentului. 4. Utilizarea tehnologiilor digitale pentru monitorizarea la distanță a pacienților și îmbunătățirea aderenței la tratament. 5. Colaborarea cu alte specialități medicale și echipe multidisciplinare pentru a asigura o abordare integrată a managementului riscului cardiovascular.

Concluzii: Medicul de familie joacă un rol de bază în prevenția bolilor cardiovasculare și efectuează acțiuni multiple de prevenția primară, secundară și monitorizarea pacienților cu comorbidități, atât în cadrul echipei de bază de asistența medical primară cât și în cadrul echipei multidisciplinare.

Cuvinte cheie: boala cardio-vasculară, medicină de familie, asistența medicală primară, prevenție

ROLUL ALIMENTAȚIEI ȘI EFORTULUI FIZIC ÎN PROFILAXIA BOLILOR CRONICE LA ADOLESCENȚI

Oprea Mădălina¹, Luminița Suveica¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Bolile cronice, incluzând boli de inimă, accidente vasculare cerebrale, cancerul, diabetul zaharat și obezitatea, reprezintă principalele amenințări la adresa sănătății globale. Conform Organizației Mondiale a Sănătății, acestea sunt responsabile pentru o mare parte a deceselor și morbidității la nivel mondial.

Scop: Acest studiu își propune să exploreze impactul alimentației echilibrate și activității fizice regulate în adolescență asupra prevenirii bolilor cronice în etapele ulterioare ale vieții.

Material și metode: Analiza a inclus 29 de articole selectate din baza de date PUBMED și diverse surse de specialitate, concentrându-se pe alimentația echilibrată și beneficiile activității fizice adoptate din adolescență, profilaxia bolilor cronice la adolescenți și promovarea sănătății.

Rezultate: Studiile indică o creștere alarmantă a morbidității și mortalității cauzate de bolile cronice global. Factori de risc majori, precum obezitatea și diabetul zaharat, sunt în creștere rapidă. S-a constatat că evitarea practicării efortului fizic încă din perioada adolescenței, indică la maturitate dezvoltarea inevitabilă a bolilor cronice ca bolile cardiovasculare, diabetul zaharat etc. Alegerile alimentare încă din perioada adolescenței pot influența în mod semnificativ sănătatea pe termen lung. Se subliniază importanța adoptării unui stil de viață sănătos, inclusiv alimentație echilibrată și activitate fizică regulată, pentru prevenirea acestor condiții. O alimentație adecvată și practicarea activităților fizice încă din adolescență va contribui la prevenirea bolilor netransmisibile și nu numai, dar și la menținerea unui echilibru emoțional.

Concluzii: Adoptarea a unor obiceiuri sănătoase din adolescență, inclusiv practicarea regulată a activității fizice și adoptarea unei diete echilibrate, este esențială pentru prevenirea bolilor cronice și menținerea unei calități a vieții superioare în maturitate. Efortul fizic și alimentația adecvată aplicate în perioada de adolescență contribuie la un echilibru emoțional și la o bună stare generală de sănătate pe o perioadă lungă de timp.

Cuvinte cheie: profilaxia bolilor cronice, alimentație echilibrată, activitate fizică, obezitate, diabet zaharat, stil de viață sănătos.

IMPLICAREA ECHIPEI DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN DEPISTAREA PRECOCE A TULBURĂRILOR SPECIFICE DE DEZVOLTARE LA COPII

Scoarță Ecaterina¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Tulburările specifice de dezvoltare la copii sunt condiții care afectează modul în care un copil învață și progresează în anumite domenii ale dezvoltării, cum ar fi limbajul, abilitățile sociale, motorii sau cognitive. Echipa de asistență medicală primară, desfășoară un proces sistematic de monitorizare a dezvoltării copilului care presupune o abordare holistică, în cadrul consultațiilor de rutină și a vizitelor periodice.

Obiectivul studiului a fost de a evidenția importanța echipei medicului de familie în depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare la copii.

Material si metode: A fost realizat un studiu bibliografic prin căutarea cuvintelor cheie „*copii cu tulburări specifice*”, „*asistența medicală primară*” în bazele de date PubMed din perioada 2018-2023. Din 35 de surse identificate, au fost selectate pentru analiza 16 articole, conținutul cărora corespundea cu scopul cercetării și textul integral al acestora era disponibil în mod gratuit.

Rezultate: Literatura de specialitate menționează că monitorizarea regulată, aplicarea unor instrumente de screening și evaluare, precum Chestionarul de depistare a autismului în copilărie (M-CHAT) sau Scala de evaluare a dezvoltării a copilului Denver (Denver II) în primii ani de viața poate facilita depistarea timpurie a problemelor de dezvoltare în stadiu incipient. Aceste instrumente oferă o modalitate standardizată de evaluare și pot ajuta la ghidarea deciziei referitoare la necesitatea unor evaluări, intervenții suplimentare și îndrumarea copiilor către centre specializate.

Concluzie: Implicarea echipei de asistență medicală primară în depistarea precoce a tulburărilor specifice de dezvoltare la copii este esențială pentru îmbunătățirea rezultatelor pe termen lung ale copiilor și pentru promovarea sănătății și bunăstării lor.

Cuvinte cheie: copii cu tulburări specifice, asistența medicală primară

CALITATEA APEI CA FACTOR DE RISC PENTRU SĂNĂTATEA POPULAȚIEI

Mariana Zavtoni¹, Vladimir Bernic¹, Raisa Migalatiev¹

¹- Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Chișinău.

Introducere: Cele mai cunoscute impacturi asupra sănătății sunt atribuite poluării mediului înconjurător, calității proaste a apei. Despre impacturile substanțelor chimice asupra sănătății, în deosebi asupra sistemului endocrin, se cunoaște puțin. Perturbatorii endocrini reprezintă o problemă globală.

Scopul lucrării a fost focusat pe estimarea igienică a utilizării produselor de uz fitosanitar aplicate în Republica Moldova, considerând capacitatea lor de a migra în straturile acvifere și posibilul impact asupra sănătății populației.

Material și metode: Evaluarea nivelului de aplicare a pesticidelor s-a efectuat analizând datele statistice „Darea de seamă privind starea sanitară și epidemiologică” F-18, a MS al RM, ”Raport privind stocul și utilizarea produselor de uz fitosanitar” f-2/e și f-10/e, MAIA.

Rezultate: La scară mondială, utilizarea pesticidelor, implică unele riscuri legate de aplicarea neadecvată, de migrarea lor în straturile acvifere, ce poate duce la acumularea reziduurilor în produsele de origine vegetală. Evaluând sortimentul și intensitatea utilizării pesticidelor, constatam că în anul 2022, în țară au fost utilizate 1877,5 tone, dintre care fungicide 873,2 tone, erbicide 708,7 tone, insecticide 162 tone. Din ele 122 sunt produse ce pot afecta sistemul endocrin. De menționat, la nivel mondial una din 5 persoane suferă de o disfuncție endocrină. În Republica Moldova prevalența cazurilor de boli endocrine, este în creștere constantă, din anul 2011 până în 2021, prevalența a crescut de la 142,4 mii cazuri la 283,6 mii cazuri. Factor de risc major reprezintă gestionarea inadecvată și păstrarea incorectă a acestor produse, iar ca rezultat pot nimeri în apă. Rezultatele supravegherii calității apei potabile din sondele arteziene în număr de 3035, denotă nivele sporite de neconformitate la parametrii chimici, ce a constituit în a. 2021- 60%. Calitatea proastă, accesul inechitabil la apa potabilă sânt factorii de risc ce pot fi preveniți și influențați.

Concluzii: Îmbunătățirea calității aerului, apei, poate preveni boli și îmbunătăți calitatea vieții oamenilor. Prin urmare, este indispensabilă sensibilizarea populației cu privire la utilizarea corectă și cu precauție a pesticidelor și sporirea gradului de conștientizare privind riscul asupra sănătății provocat de utilizarea lor, întru evitarea contaminării surselor de apă.

Cuvinte-cheie: *sănătate, pesticide, contaminare, apă potabilă, perturbatori endocrini.*

OBESITY AND CARDIOVASCULAR RISK

Padma RAJESH¹, Lorina VUDU¹

¹ The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

Introduction: Globally, the obesity pandemic is affecting more than 650 million adults and 39 million kids, overtaking underweight. It significantly contributes to non-communicable diseases, including cardiovascular diseases (CVD).

Aim: To understand the relationship between obesity and risk for cardiovascular diseases.

Material and methods: Various scholarly databases, such as Google Scholar, PubMed, and ScienceDirect, were searched for English papers published in the last decade, focusing on epidemiological studies, the link between obesity and CVD, and management strategies.

Results: The study highlights obesity's considerable contribution to CVD prevalence and global mortality rates, especially among individuals with high BMI, where over two-thirds of related deaths are attributed to CVD. Both obesity and overweight status independently contribute significantly to CVD, exacerbating its severity and complications, including congestive heart failure, ischemic heart disease, and stroke. Obesity, well-established as a risk factor for hypertension, worsens it through multiple mechanisms, such as metabolic and neurohormonal dysregulations, resulting in vascular damage, arterial stiffness, and elevated blood pressure. Additionally, obesity contributes to arrhythmias and heart failure via structural heart alterations, metabolic disturbances, inflammation, and increased oxidative stress, compromising cardiac electrophysiology and leading to functional deterioration and heart failure. Addressing obesity through lifestyle changes like dietary adjustments and regular exercise is crucial for a favorable outcome.

Conclusion: The growing prevalence of obesity conditions has emerged as a prominent predisposing factor for a surge in CVD, which continues to be a leading cause of mortality worldwide. Understanding the intricate correlation between obesity and CVD is paramount for implementing effective interventions.

Keywords: “obesity”, “CVD”, “Hypertension”.

ABORDAREA INTEGRATĂ A PACIENTULUI VÂRSTNIC ÎN CABINETUL DE MEDICINĂ DE FAMILIE. EVALUAREA GERIATRICĂ STANDARDIZATĂ

Dr. Laura Maria Condur¹, Filip Vasile Berariu²

¹ Universitatea „Ovidius” Constanța

² UMF „Gr. T. Popa” Iași

În ultimii ani asistăm în întreaga lume, inclusiv în Europa, respectiv România, la creșterea speranței de viață a populației. Numărul persoanelor vârstnice, peste 65 ani, este pe un trend ascendent, ceea ce este un lucru îmbucurător. Piramida vârstei s-a modificat mult în ultimele decenii, oamenii trăiesc mai mult, dar mulți prezintă patologii cronice, ceea ce le influențează calitatea vieții.

Statisticile arată că peste 80% dintre persoanele peste 65 de ani “au mai mult de 3 boli cronice și foarte mulți dintre aceștia chiar peste 10 boli cronice”. Specialitatea de Medicină de Familie este implicată direct în managementul medical al acestor pacienți. Subiectul este foarte important, iar realitatea practică arată că :

- listele de consultație ale medicilor de familie cuprind un număr mare de pacienți cu vârstă peste 65 ani (peste 30-40%)
- diversitatea și complexitatea patologiei caracterizează această grupă de vârstă
- pacientul vârstnic este un pacient cronic, care prezintă de cele mai multe ori multe comorbidități, cu multe particularități clinice și terapeutice

Astfel că, rolul specialistului de Medicină de Familie este esențial în managementul integrat al pacientului vârstnic. El este poate, singurul specialist care are rol și în gerontoprofilaxie, respectiv în prevenția îmbătrânirii patologice la pacienții sub 65 ani. Intervenția Medicului de Familie în gerontologia profilactică se face prin:

- abordarea integrativă, holistică a pacientului- Medicina celor 4 P- predicție, predictibilitate, personalizare, participativitate
- prevenție, screening și diagnostic precoce ale bolilor adultului vârstnic prin detecția precoce a bolii, ceea ce permite și intervenții terapeutice la un moment în care procesele patologice încă mai pot fi influențate
- permite ajustarea în timp util a celor mai eficiente scheme de tratament personalizat
- facilitează procesul de stabilizare a patologiei și de control a evoluției acestuia

Diagnosticul geriatric reprezintă un proces complex, multidisciplinar și cuprinde Evaluarea Geriatrică Standardizată (EGS) care presupune o “abordare holistică, integrativă, interdisciplinară” rolul Medicului de Familie fiind, din nou, foarte important. EGS începe cu o anamneza amănunțită, atentă, cu scopul de a evalua istoricul natural de viață al fiecărui pacient, apoi continuă cu evaluarea specifică care vizează:

- evaluarea statusului funcțional

- evaluarea capacității de a gândi, de a înțelege, de a memora- testul MMSE (Mini Mental State Examination) care poate fi efectuat în cabinet pentru screeningul demenței
- evaluarea statusului funcțional psihologic prin aplicarea unui minitest cu scop de screening pentru depresie
- evaluarea statusului social
- examen clinic general- examen fizic, urmat apoi de examene paraclinice

Practic acesta este algoritmul pe care medicul specialist de Medicină de Familie trebuie să îl aplice în cabinet pentru prevenția și screeningul patologiei geriatrice. Intervenția precoce și ținută previne apariția complicațiilor, iar asigurarea calității vieții vârstnicilor trebuie să fie obiectivul final. Aceasta înseamnă pentru fiecare pacient independență fizică, status cognitiv normal, capacitate înaltă de adaptare la procesul de îmbătrânire, lipsa dizabilităților fizice, status socio-economic păstrat și status emoțional normal.

Cuvinte cheie: vârstnic, calitatea vieții, patologie geriatrică, evaluare geriatrică, prevenție

INTEGRATED APPROACH TO ELDERLY PATIENTS IN THE FAMILY MEDICINE PRACTICE. COMPREHENSIVE GERIATRIC ASSESSMENT

Dr. Laura Maria Condur¹, Filip Vasile Berariu²

¹ "Ovidius" University, Constanța

² "Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

In recent years, we have witnessed an increase in life expectancy worldwide, including in Europe and Romania. The number of elderly individuals, aged 65 and above, is on an upward trend, which is heartening. The age pyramid has shifted significantly in recent decades, people are living longer, but many have chronic pathologies, which affects their quality of life.

Statistics show that over 80% of individuals over 65 years old "have more than 3 chronic diseases, and many of them even have over 10 chronic diseases." The specialty of Family Medicine is directly involved in the medical management of these patients. The subject is highly important, and practical reality shows that:

- family doctors' patient lists include a large number of patients over 65 years old (over 30-40%)
- the diversity and complexity of pathologies characterise this age group
- the elderly patient is a chronic patient, often with many co-morbidities and many clinical and therapeutic particularities

Therefore, the role of the Family Medicine specialist is essential in the integrated management of the elderly patient. They may be the only specialists involved in gerontoprophylaxis, specifically in preventing pathological ageing in patients under 65 years old. The Family Doctor's intervention in preventive gerontology includes:

- integrative, holistic approach to the patient - The 4 P's Medicine - prediction, predictability, personalisation, participation
- prevention, screening, and early diagnosis of diseases in older adults through early disease detection, allowing for therapeutic interventions at a stage where pathological processes can still be influenced
- timely adjustment of the most effective personalised treatment schemes
- facilitation of stabilising the pathology and controlling its progression

Geriatric diagnosis is a complex, multidisciplinary process that includes Comprehensive Geriatric Assessment (CGA), which involves a "holistic, integrative, interdisciplinary" approach, with the role of the Family Doctor being once again crucial. CGA begins with a detailed, careful medical history aimed to evaluate each patient's natural life history, then continues with specific assessments focusing on:

- evaluation of functional status
- assessment of cognitive abilities - the Mini Mental State Examination (MMSE) can be performed in the office for dementia screening

- evaluation of psychological functional status through the application of a mini-test for depression screening
- evaluation of social status
- general clinical examination - physical examination, followed by paraclinical examinations

In practical terms, this is the algorithm that the Family Medicine specialist must apply in the office for the prevention and screening of geriatric pathology. Early and targeted intervention prevents the onset of complications, and ensuring the quality of life for the elderly should be the ultimate objective. This means independence, normal cognitive status, high capacity for adaptation to the ageing process, absence of physical disabilities, preserved socioeconomic status and normal emotional status for each patient.

Keywords: elderly, quality of life, geriatric pathology, geriatric assessment, prevention

PREVENȚIA ÎMBĂTRÂNIRII PATOLOGICE- ELEMENT ESENȚIAL PENTRU SĂNĂTATE. MEDICINA LONGEVITĂȚII- O NOUĂ PARADIGMĂ A MEDICINEI MODERNE

¹ Dr. Laura Maria Condur, Filip Vasile Berariu²

¹ Universitatea „Ovidius” Constanța

² UMF „Gr. T. Popa” Iași

Creșterea speranței de viață este o certitudine în întreaga lume, chiar și după perioada pandemiei COVID-19 pe care am traversat-o. Acest fenomen este prezent și în România, deși statisticile situează țara noastră pe unul dintre ultimele locuri din Europa, alături de Bulgaria, Letonia sau Lituania, decalajul fiind de 6-7 ani în raport cu statele Europei de Vest și cu aproximativ 5,9 ani sub media țărilor europene (Eurostat). Tendința de îmbătrânire a populației este totuși o certitudine și trebuie abordată corect atât din punct de vedere medical cât și social pentru a nu găsi societățile nepregătite.

Îmbătrânirea este un proces complex multifactorial, multicausal și multisistemic, rezultatul unei interacțiuni între genom și mediul înconjurător. Longevitatea este o dorință a fiecărui individ și la acest moment poate deveni o realitate. Obiectivul științei este ca prin intervenții bine definite, de prevenție primară, secundară și terțiară, acest deziderat să fie atins de cât mai mulți oameni. Știm că fiecare persoană are o vârstă cronologică, care este mai mult sau mai puțin importantă, dar esențială pentru procesul de îmbătrânire este vârsta biologică care este, de fapt, cea care poate sugera date despre longevitatea fiecăruia.

Conform studiilor, longevitatea este în proporție de 25% determinată genetic, iar 75% este influențată de stilul de viață. Stresul cronic este unul dintre factorii care afectează cel mai mult longevitatea. Obiceiurile alimentare, sedentarismul, statusul emoțional, sănătatea cognitivă și mentală, igiena personală, somnul influențează ritmul de îmbătrânire. În evaluarea acestui ritm apare un nou marker și anume vârsta epigenetică care definește ”vârsta biologică a celulelor, țesuturilor și sistemelor de organe ale fiecărei persoane”.

Atunci când vârsta epigenetică este mai mare decât vârsta cronologică, acest decalaj se traduce printr-o accelerare a procesului de îmbătrânire asociat cu un risc mai mare de a dezvolta boli cronice (boli cardiovasculare, neurodegenerative, demență, boala Parkinson, cancer, boli metabolice), cu o creștere apoi a mortalității. Practic, accelerarea vârstei epigenetice afectează șansele de a trăi sănătos până la 90 ani și peste. Oxidarea, inflamația, glicarea, metilarea sunt procese biochimice care contribuie la procesul de îmbătrânire patologică. Dezechilibrele hormonale, ale acizilor grași, la nivel enzimatic și imunitar completează mecanismele care duc la accelerarea vârstei epigenetice și influențează longevitatea. Acești factori însă, pot fi modificați prin intervenții țintite, longevitatea fiind acum considerată un obiectiv care poate fi atins printr-o mai bună înțelegere și dezvoltare a capacității de a controla toți acești factori care influențează starea de sănătate și procesul de îmbătrânire patologică.

Astfel se dezvoltă deja un nou concept, respectiv medicina longevității, care se definește ca fiind ”o medicină preventivă, personalizată, avansată, alimentată de biomarkeri profunzi ai îmbătrânirii și longevității”. Este un domeniu aflat în plin proces de dezvoltare și evoluție care cuprinde progresele făcute în ”biogerontologie, geroștiință și medicina de precizie

preventivă și funcțională “ și care are ca scop final îmbunătățirea sistemelor de îngrijiri de sănătate la nivel mondial. Medicina longevității combină cele mai bune practici din diferite domenii și utilizează inovații de vârf, fiind o medicină integrativă, personalizată, centrată pe pacient și care se adresează tuturor specialităților. Începe încet, cu pași mici, să fie deja medicina prezentului și cu siguranță va fi medicina viitorului apropiat.

Cuvinte cheie: îmbătrânire, longevitate, vârstă biologică, vârstă epigenetică, stres cronic

PREVENTING PATHOLOGICAL AGEING - AN ESSENTIAL ELEMENT FOR HEALTH. LONGEVITY MEDICINE - A NEW PARADIGM OF MODERN MEDICINE

Dr. Laura Maria Condur¹, Filip Vasile Berariu²

¹ "Ovidius" University, Constanța

² "Gr. T. Popa" University of Medicine and Pharmacy, Iași

The increase in life expectancy is a certainty worldwide, even after the COVID-19 pandemic period we have been through. This phenomenon is also present in Romania, although statistics place our country among the last in Europe, alongside Bulgaria, Latvia, and Lithuania, with a gap of 6-7 years compared to Western European states and approximately 5,9 years below the average of European countries (Eurostat). The trend towards an ageing population is, however, a certainty and must be addressed correctly from both a medical and social point of view so as not to find societies unprepared.

Ageing is a complex multifactorial, multicausal, and multisystemic process, the result of an interaction between the genome and the surrounding environment. Longevity is a desire of every individual and can now become a reality. The objective of science is that through well-defined primary, secondary and tertiary prevention interventions, this desire can be achieved by as many people as possible. We know that each person has a chronological age, which is more or less important, but it is the biological age that is crucial to the ageing process and which can, in fact, suggest data about one's longevity.

According to studies, 25% of longevity is genetically determined and 75% is influenced by lifestyle. Chronic stress is one of the factors that most affects longevity. Eating habits, sedentary lifestyles, emotional status, cognitive and mental health, personal hygiene and sleep all influence the pace of ageing. A new marker is emerging in the assessment of this rate, namely epigenetic age, which defines the "biological age of each person's cells, tissues and organ systems".

When epigenetic age exceeds chronological age, this gap translates into an acceleration of the ageing process associated with a higher risk of developing chronic diseases (cardiovascular diseases, neurodegenerative diseases, dementia, Parkinson's disease, cancer, metabolic diseases), followed by an increase in mortality. In essence, accelerating epigenetic age affects the chances of living healthy until the age of 90 and beyond. Oxidation, inflammation, glycation, methylation are biochemical processes that contribute to the pathological ageing process. Hormonal imbalances, fatty acids, enzymatic and immune level imbalances complement the mechanisms that lead to the acceleration of epigenetic age and influence longevity. However, these factors can be modified through targeted interventions, with longevity now considered an objective that can be achieved through a better understanding and development of the ability to control all these factors that influence health status and the pathological ageing process.

Thus, a new concept is already emerging, namely longevity medicine, which is defined as "a preventive, personalised, advanced medicine, fueled by biomarkers of ageing and longevity." It is a field in full development and evolution that encompasses advances made in

"biogerontology, geroscience, and preventive and functional precision medicine" and aims to improve healthcare systems worldwide. Longevity medicine combines the best practices from different fields and utilizes cutting-edge innovations, being an integrative, personalised, patient-centered medicine that addresses all specialties. It is slowly starting to become the medicine of the present and will certainly be the medicine of the near future.

Keywords: ageing, longevity, biological age, epigenetic age, chronic stress

COMPLIANȚA LA TRATAMENT A PACIENTULUI CU PNEUMONIE COMUNITARĂ ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU

Nina Chicu¹

¹ IMSP AMT Centru CCD

Actualitatea temei: Pneumonia comunitară (PC) este principala cauză de deces în rândul bolilor infecțioase. În ciuda progreselor importante în prevenirea prin vaccinuri, noi teste de diagnosticare rapidă și disponibilitatea tratamentului antibacterian, managementul PC rămâne o provocare pentru medicul de familie. Nerespectarea tratamentului prescris de către pacienți poate conduce la o scădere a beneficiului terapeutic, creșterea rezistenței antibacteriene și/sau a toxicității medicamentelor și la o probabilitate mai mare de progresie a bolii.

Scopul cercetării a fost evaluarea complianței la medicație a pacienților cu pneumonie comunitară tratați în condiții de ambulatoriu pentru îmbunătățirea conduitei pacientului la nivel de asistență medicală primară.

Material și metode: A fost efectuat un studiu calitativ prin realizarea a 28 de interviuri semi-structurate cu pacienți diagnosticați cu PC, tratați în condiții de ambulatoriu în cadrul IMSP AMT Centru CCD în perioada 10.2023 – 02.2024. Interviul a fost realizat în baza unui chestionar care a inclus datele socio-demografice, regimul terapeutic recomandat, evaluarea gradului de complianță la tratament precum și identificarea cauzelor de nerespectare a tratamentului recomandat.

Rezultate: În studiu au fost incluși 27 pacienți cu PC, dintre care 17 femei. Vârsta medie a constituit $52,81 \pm 2,6$ ani cu variații de la 24 și 72 de ani. Regimul terapeutic administrat a inclus în 92,5% cazuri antibioticele, în 85,1% cazuri – antipiretice, la 74,4% - mucolitice și/sau expectorante, în 37,0% cazuri anticoagulante și 18,5%-bronhodilatatoare. Conform rezultatelor studiului, pacienții administrau în medie $6,02 \pm 0,4$ medicamente pe zi, durata medie tratamentului PC a fost de $14,26 \pm 1,46$ zile. Gradul de complianță a fost înalt la 16 pacienți, doar 11 pacienți (40,7%) au întâmpinat dificultăți în administrarea tratamentului. Printre motivele care au împiedicat pacienții să urmeze strict schema terapeutică au fost: schema complicată de tratament (6 cazuri), memoriei alertată (3 cazuri), incapacitatea procurării sau găsirii medicamentelor prescrise (3 cazuri), îndoieli în inițierea terapiei care au determinat amânarea sau întârzierea administrării primei doze de medicament (2 cazuri).

Concluzii: Complianța la tratament a pacienților cu PC tratați în condiții de ambulatoriu a fost relativ înaltă. Factorii care au influențat gradul de respectare a regimului terapeutic prescris au fost: scheme complicate de tratament, numărul mare de medicamente utilizate, durata tratamentului și prețul mare la medicamente. Identificarea și înlăturarea precoce a factorilor care afectează negativ complianța, poate contribui la sporirea eficacității terapeutice.

Cuvinte cheie: pneumonie comunitară, ambulatoriu, complianță

ORAL STEP-DOWN ANTIBIOTIC TREATMENT IN PATIENTS WITH IE: ESC AND AHA RECOMMENDATIONS

Abdallah Mahamid¹, Natalia Loghin-Oprea¹

¹. The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

Introduction: The requirement of prolonged intravenous antibiotic treatment of infective endocarditis (IE) is a time-honoured dogma of medicine. Although, prolonged parenteral antibiotic regimens are associated with a high risk of side effects. Accordingly, most recent guidelines published by European Society of Cardiology ESC, 2023 and American society of Cardiology, 2015 discuss the possibility of oral step-down antibiotic treatment in patients with IE.

Aim: To analyse the difference between ESC 2023 and AHA 2015 guidelines regarding the oral step-down antibiotic treatment in patients with IE.

Materials and methods: A thorough analysis of the latest guidelines regarding treatment of IE, published by ESC and AHA.

Results: The recommendations for oral step-down antibiotic treatment in patients with IE from ESC 2023 guidelines and AHA 2015 guidelines are divergent. According to ESC, outpatient oral antibiotic therapy can be considered in patients which meet the following conditions: are clinically stable, have a stable home environment and/or a caregiver and are self-reliant; the step down therapy will be commenced at least after 10 days of parenteral antibiotic treatment. Concerning AHA recommendations, oral step-down antibiotic treatment in patients with IE is not advised, priority being given to outpatient parenteral antibiotic therapy (OPAT) in subjects at low risk for the complications of IE. The difference in the recommendations might be explained by the latest studies published after 2015, which prove the non-inferiority of oral antibiotic treatment versus outpatient parenteral antibiotic therapy in patients with IE.

Conclusions: Oral step-down antibiotic treatment in patients with IE is an option that might be considered in clinically stable patients, after at least 10 days of parenteral antibiotic treatment, according to ESC 2023 guideline. Contrarily, AHA 2015 recommendations suggest outpatient parenteral antibiotic therapy instead.

Key words: Infective endocarditis, AHA, ESC, treatment

CARACTERISTICA CAZURILOR NOI DE TUBERCULOZĂ PULMONARĂ LA PERSOANELE CARE TRĂIESC CU HIV

Ivanes Igor¹, Ustian Aurelia¹, Iavorschi Constantin¹, Popa Vasile², Paladi Carmina²

¹. Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

². Spitalul Clinic Municipal de Ftiziopneumologie

Rezumat

Introducere. Persoanele care trăiesc cu HIV (PTH) prezintă un risc de îmbolnăvire cu tuberculoză de aproximativ de 20 de ori mai mare decât persoanele seronegative. Tuberculoza (TB) asociată cu HIV afectează în mod disproporționat în special grupurile vulnerabile expuse atât la tuberculoză cât și infecției HIV. **Scopul.** În studiul dat ne-am propus să analizăm consecutivitatea apariției tuberculozei la PTH, metodelor de depistare și a factorilor de risc, care influențează dezvoltarea coinfecției TB/HIV. **Materiale și metode.** Au fost studiate datele a 114 bolnavi de tuberculoză cazuri noi cu coinfecția HIV înregistrate în anul 2021. **Rezultate.** În timpul screening-ului cazurilor noi de tuberculoză la HIV infecție, s-a constatat că în 77 (67,5 %) cazuri infecția HIV a fost stabilită concomitent cu tuberculoza, iar în 37 (32,5%) cazuri HIV infecția a precedat tuberculoza în termeni între 5-10 ani. Raportul bărbați/femei a fost de 3,1/1. Grupa de vârstă predominantă s-a înregistrat între 25-44 ani, reprezentând 86 (75,5%) de cazuri. Calea pasivă (prin adresare) de depistare a tuberculozei a prevalat la 91(79,8%) pacienți. Depistarea tuberculozei prin adresare cu semne clinice la medicul de familie a avut loc la 28 (30,8%), la alți specialiști în 53 (58,2%) cazuri, iar 10 (11%) bolnavi s-au adresat direct la medicul ftiziopneumolog. Calea activă (control profilactic) a fost efectuată numai la 23 (20,2%) persoane, din care de către medicul de familie - la 8 (34,8%), de către alți specialiști - la 11(47,8%) și la 4(17,4%) în penitenciar. Microscopia sputei la BAAR a fost pozitivă în 46 (40,4%) cazuri, iar testarea GeneXpert MTB/Rif a indicat un rezultat pozitiv la 60 (52,6%), cu sensibilitate raportată la 35 (58,4%) și rezistență - la 25 (41,6%) de pacienți. Analiza datelor sociale a constatat că majoritatea bolnavilor - 85 (74,6%) nu erau angajați în câmpul muncii, migranți au fost 19 (16,7%), s-au aflat în detenție 10(8,8%) pacienți. S-au înregistrat 7 (6,2%) utilizatori de droguri. **Concluzii.** TB/HIV afectează preponderent bărbații de vârstă tânără. Screening-ul cazurilor noi de tuberculoză a dat posibilitatea de a depista concomitent HIV-ul la 2/3 de bolnavi. Calea principală de depistare a tuberculozei a fost cea pasivă în 1/3 cazuri prin adresarea la medicul de familie. Jumătate din bolnavii depistați au fost baciliferi. Starea socială agravată s-a stabilit la un număr semnificativ de bolnavi. **Cuvinte cheie.** tuberculoză , depistare , hiv.

Summary

Introduction. Individuals living with HIV (PLHIV) are approximately 20 times more likely to contract tuberculosis than seronegative individuals. Tuberculosis (TB) associated with HIV disproportionately affects especially vulnerable groups exposed to both tuberculosis and HIV infection. **Objective.** This study aimed to analyze the sequence of tuberculosis occurrence in PLHIV, detection methods, and risk factors influencing the development of TB/HIV coinfection. **Materials and Methods.** Data from 114 new tuberculosis cases coinfecting with

HIV registered in 2021 were studied. **Results.** During the screening of new tuberculosis cases in HIV infection, it was found that in 77 (67.5%) cases, the HIV infection was diagnosed concurrently with tuberculosis, while in 37 (32.5%) cases, the HIV infection preceded tuberculosis by terms between 5-10 years. The male/female ratio was 3.1. The predominant age group was 25-44 years, representing 86 (75.5%) cases. The passive pathway (by referral) for tuberculosis detection prevailed in 91 (79.8%) patients. Tuberculosis detection by referral with clinical signs to the family doctor occurred in 28 (30.8%) cases, to other specialists in 53 (58.2%) cases, and 10 (11%) patients directly approached the phthisiopneumologist. The active pathway (prophylactic control) was only performed in 23 (20.2%) individuals, of which by the family doctor - in 8 (34.8%), by other specialists - in 11 (47.8%) and in 4 (17.4%) in prison. Sputum microscopy for AFB was positive in 46 (40.4%) cases, and GeneXpert MTB/Rif testing indicated a positive result in 60 patients (52.6%), with reported sensitivity in 35 (58.4%) and resistance - in 25 (41.6%) patients. Social data analysis found that the majority of patients - 85 (74.6%) were not employed, migrants were 19 (16.7%), and 10 (8.8%) patients were in detention. There were 7 (6.2%) drug users. **Conclusions.** TB/HIV predominantly affects young males. Screening of new tuberculosis cases enabled the concurrent detection of HIV in 2/3 of patients. The main pathway for tuberculosis detection was passive in 1/3 of cases through referral to the family doctor. Half of the detected patients were bacilliferous. A significant number of patients were found to be in an aggravated social situation. **Keywords:** tuberculosis, detection, HIV.

Introducere. În secolul XXI, lumea se confruntă cu o accelerare alarmantă a două epidemii strâns interconectate: infecția cu virusul imunodeficienței umane (HIV) și tuberculoza (TB). Această dublă amenințare reprezintă o provocare majoră pentru sănătatea publică la nivel global, evidențiind interdependența complexă între aceste două boli infecțioase. Estimările actuale sugerează că aproape o treime din populația mondială este infectată cu bacilul *Mycobacterium tuberculosis*, în timp ce peste 38 de milioane de persoane trăiesc cu HIV. Mai alarmant este faptul că aproximativ 4,4 milioane de indivizi se confruntă cu coinfecția TB/HIV, ceea ce amplifică riscurile și complicațiile asociate fiecărei boli în parte [1].

Această confruntare simultană cu HIV și TB nu doar că redefinește peisajul epidemiologic actual, dar impune și necesitatea urgentă de a reconsidera și reevalua metodele tradiționale de prevenire, diagnostic și tratament. Principalul factor care agravează răspândirea TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV (PLHIV) este imunosupresia indusă de HIV, care mărește susceptibilitatea la TB de aproximativ 20 de ori în comparație cu populația generală seronegativă [2-3]. În Republica Moldova, provocarea controlului eficient al TB este intensificată de prevalența crescută a coinfecției TB/HIV, care a înregistrat o creștere de la 5,0% în 2012 la 12,5% în 2020, semnalând o tendință îngrijorătoare care ar putea împiedica progresele în combaterea TB [4].

Deși persoanele infectate cu *Mycobacterium tuberculosis* pot funcționa ca un rezervor de infecție, avansarea către faza activă a bolii este semnificativ accelerată în prezența HIV. Acesta prezintă o barieră semnificativă în eforturile de reducere a incidenței TB, punând în pericol atingerea obiectivului strategic "End TB" stabilit de Organizația Mondială a Sănătății pentru anul 2050 [5-6]. Astfel, în fața acestei duble epidemii, este esențial să adoptăm o

abordare integrată și multifacetică pentru a adresa eficient complexitatea interacțiunii dintre HIV și TB, recunoscând necesitatea de a amplifica strategiile de prevenire, diagnostic precoce și tratament corespunzător în contextul global actual.

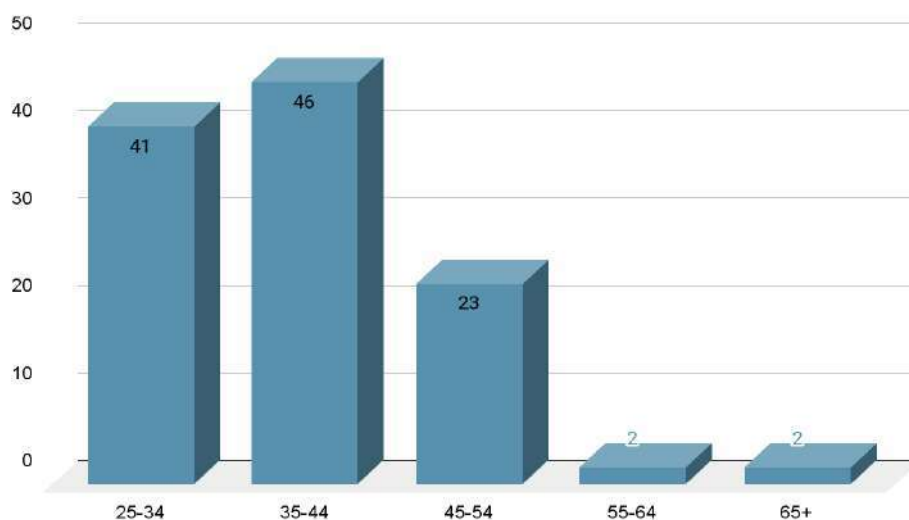
Scopul și obiectivele. În studiul dat ne-am propus să analizăm consecutivitatea apariției tuberculozei la PTH, metodele de depistare și factorii de risc, care influențează dezvoltarea coinfecției TB/HIV

Materiale și metode. În cadrul acestui studiu, am adoptat o abordare retrospectivă pentru a examina și analiza datele colectate de la 114 pacienți diagnosticați cu tuberculoză pulmonară și coinfecția HIV, înregistrați în cursul anului 2021.

Rezultate obținute și discuții. Analiza profilului demografic al pacienților cu coinfecția TB/HIV a relevat o predominanță marcantă a bărbaților în eșantion, aceștia constituind 86 din totalul de 114 cazuri, acest raport de 3,1:1 între sexe subliniază o tendință similară observată în literatura de specialitate, care indică o prevalență mai înaltă a coinfecției TB/HIV în rândul bărbaților ce poate fi atribuită diverșilor factori de risc comportamentali și socio-economici specifici genului masculin, precum expunerea la medii cu risc crescut și potențialele bariere în accesul la serviciile de prevenție și tratament.

De asemenea, a fost observată o concentrare semnificativă în grupa de vârstă 25-44 ani, care reprezintă 75,5% din totalul cazurilor studiate ce evidențiază populația în vârstă reproductivă și activă ca fiind cea mai afectată de această dublă epidemie, cu implicații profunde asupra forței de muncă și a dinamicii sociale. Acest model de vârstă reflectă atât natura progresiei HIV, cât și a TB, accentuând necesitatea unor strategii țintite de intervenție și prevenire pentru această cohortă demografică. (figura 1)

Figura 1. Repartizarea pe grupe de vârste



În cadrul screening-ului infecției HIV a cazurilor noi de tuberculoză, infecția cu HIV a fost diagnosticată simultan cu detectarea tuberculozei la 77 (67,5%) dintre bolnavi. Această observație sugerează că, pentru o proporție semnificativă a pacienților, coinfecția TB/HIV este recunoscută în fazele inițiale ale interacțiunii dintre cele două boli, punând în evidență importanța unui screening integrat pentru TB și HIV în cadrul populației vulnerabile.

Pe de altă parte, la 37 (32,5%) dintre pacienți, infecția cu HIV a fost identificată cu 5-10 ani înainte de diagnosticul de TB, conform datelor prezentate în Tabelul 1. Această constatare reflectă riscul crescut și persistent al dezvoltării TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV, chiar și la mulți ani după diagnosticul inițial al infecției cu HIV. Intervalul temporal între diagnosticul de HIV și cel de TB evidențiază necesitatea monitorizării continue a pacienților HIV pozitivi pentru detectarea timpurie a TB, precum și a intervențiilor profilactice împotriva TB pentru această grupă de risc înalt.

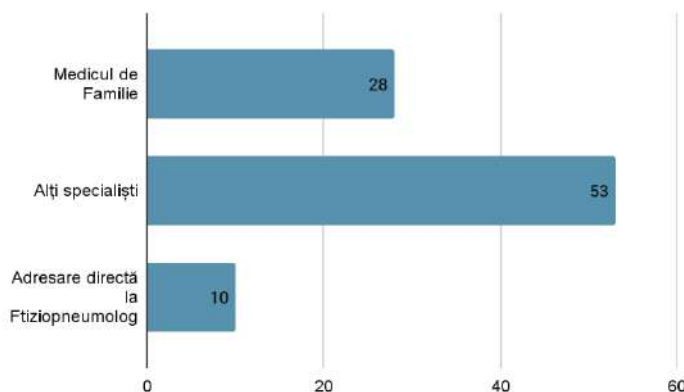
Modelele de diagnostic concomitent și secvențial al TB și HIV subliniază complexitatea managementului coinfecției și necesitatea unei abordări integrate, care să acorde atenție nu doar tratamentului, ci și prevenției active a TB în rândul populației HIV pozitive.

Tabelul 1. Consecutivitatea diagnosticării HIV infecției la bolnavii de tuberculoză

Diagnosticarea HIV	Nr	%
Concomitent	77	67,5 %
< 5 ani	17	14,9 %
5-10 ani	8	7,1 %
>10 ani	12	10,5%

Analiza metodologiilor de depistare a tuberculozei în rândul pacienților coinfectați cu HIV a relevat o predominanță a diagnozei prin metoda pasivă, cu un total de 91 (79,8%) pacienți identificați în acest mod. Mai specific, dintre acești pacienți, 28 (30,8%) au fost direcționați către diagnosticare de către medicul de familie, în timp ce 53 (58,2%) au fost identificați de alți specialiști. De remarcat este că un număr mai mic, 10 (11%), au apelat direct la serviciile unui medic ftiziopneumolog pentru diagnosticare (figura 2).

Figura 2. Calea pasivă de depistare

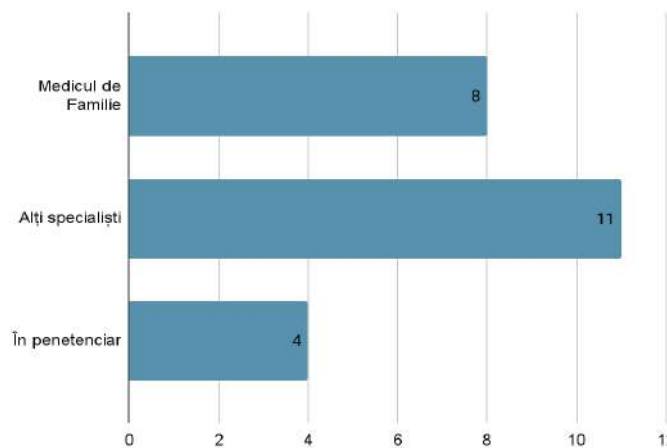


Aceste date subliniază rolul crucial al medicilor de familie și al altor specialiști în detectarea timpurie a TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV, evidențiind necesitatea continuă de educație medicală și de conștientizare în rândul profesioniștilor din sănătate despre importanța screening-ului pentru TB.

Pe de altă parte, metoda activă de screening, care vizează identificarea TB prin controale profilactice în grupuri cu risc înalt de îmbolnăvire, a fost utilizată pentru un total de 23 (20,2%) pacienți. Această abordare a inclus 8 (34,8%) persoane examinate de medicii de familie, 11 (47,8%) de alți specialiști și 4 (17,4%) în contextul penitenciarelor (figura 3). Utilizarea acestei metode active în contexte specifice, cum ar fi penitenciarele, sau în rândul grupurilor periclitante, subliniază importanța strategiilor proactive de prevenire și diagnosticare a TB, în special în medii cu densitate înaltă și risc crescut de transmitere.

Aceste constatări accentuează necesitatea unei abordări mixte în screening-ul TB pentru persoanele care trăiesc cu HIV, combinând metode pasive și active de depistare pentru a optimiza identificarea timpurie a cazurilor. Deși metodele pasive rămân o sursă majoră de diagnosticare, integrarea strategiilor active, mai ales în medii cu risc crescut și grupuri vulnerabile, poate contribui semnificativ la reducerea incidenței TB. Această dualitate în strategiile de depistare necesită un angajament continuu din partea sistemului de sănătate pentru a educa și a echipa profesioniștii din sănătate cu resursele necesare pentru implementarea eficientă a ambelor metode de screening.

Figura 3. Calea activă de depistare



Microscopiei sputei la BAAR a fost pozitivă în 46 (40,4%) cazuri, iar testarea GeneXpert MTB/Rif a indicat un rezultat pozitiv la 60 de pacienți (52,6%), cu micobacteriile sensibile la 35 (58,4%) și rezistente la Rifampicină - la 25 (41,6%) pacienți. Analiza datelor sociale a constatat că majoritatea bolnavilor - 85 (74,6%) nu erau angajați în câmpul muncii, migranți au fost 19 (16,7%), s-au aflat în detenție 10(8,8%) pacienți. S-au înregistrat 7 (6,2%) utilizatori de droguri

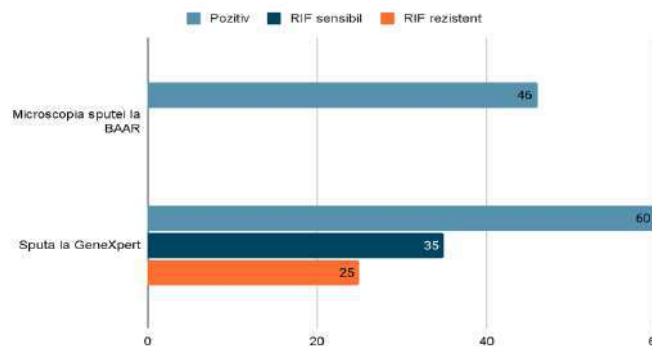
În evaluarea diagnosticului tuberculozei în rândul pacienților coinfectați cu HIV, testul de microscopie a sputei pentru bacilii acido-alcool rezistenți (BAAR) a fost pozitiv în 46 din 114 cazuri (40,4%). Această rată de detecție subliniază utilitatea continuă a microscopiei sputei

ca metodă accesibilă și rapidă pentru diagnosticarea TB. Totodată, testul GeneXpert MTB/RIF, o metodă mai avansată care oferă informații atât despre prezența bacilului TB, cât și despre sensibilitatea la rifampicină, a identificat un număr mai mare de cazuri pozitive, 60 din 114 (52,6%). Dintre acestea, 35 de cazuri (58,4%) au prezentat tulpini sensibile la rifampicină, în timp ce 25 de cazuri (41,6%) au arătat rezistență la acest medicament. Aceste rezultate evidențiază importanța testării GeneXpert în identificarea rapidă a pacienților care necesită regimuri de tratament adaptate, în special în contextul rezistenței la medicamente.

Analizând datele sociale ale pacienților, majoritatea, 85 din 114 (74,6%), nu erau angajați în momentul diagnosticului. De asemenea, 19 pacienți (16,7%) au fost identificați ca migranți, iar 10 (8,8%) au avut istoric de detenție, indicând grupuri de populație cu vulnerabilități specifice și necesități particulare în accesul la servicii de sănătate. În plus, 7 pacienți (6,2%) erau utilizatori de droguri, subliniind legătura între consumul de substanțe și riscul crescut de coinfecție TB/HIV.

Aceste observații, evidențiază complexitatea abordării coinfecției TB/HIV, care necesită nu doar strategii de diagnostic și tratament adaptate, ci și suport social și intervenții direcționate pentru a adresa factorii socio-economici care contribuie la vulnerabilitatea la aceste boli. Integrarea serviciilor de sănătate cu programele de sprijin social și de prevenire a consumului de substanțe ar putea îmbunătăți rezultatele tratamentului și calitatea vieții pacienților afectați.

Figura 4. Analize de Laborator



Analiza datelor evidențiază un aspect crucial în managementul coinfecției TB/HIV: majoritatea cazurilor sunt identificate printr-un proces de screening pentru HIV în contextul diagnosticării tuberculozei. Aceasta subliniază importanța integrării screening-ului pentru ambele boli în cadrul programelor de sănătate publică, întrucât identificarea timpurie a coinfecției poate facilita intervenții prompte și poate îmbunătăți prognosticul pacienților.

Diagnosticarea TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV (PTH) se realizează în mare măsură prin metoda pasivă, adică pacienții sunt diagnosticați în momentul prezentării simptomelor la un profesionist medical. Abordare, deși eficientă în identificarea cazurilor simptomatice, poate întârzia diagnosticarea și tratamentul TB, permițând astfel progresia bolii și creșterea riscului de transmitere. O treime dintre pacienți sunt depistați de către medicul de

familie, atât în cadrul screening-ului activ, cât și prin metode pasive, ceea ce indică un rol semnificativ al acestora în detectarea timpurie a TB în comunitate.

Concluzii. Studiul subliniază dinamica complexă a coinfecției TB/HIV, evidențiind că bărbații tineri sunt disproporționat afectați de această dublă epidemie. Observațiile indică eficacitatea screening-ului integrat pentru TB și HIV în identificarea a două treimi din cazurile coinfecției în fazele incipiente, ceea ce reprezintă o oportunitate crucială pentru intervenții timpurii și pentru prevenirea transmiterii ulterioare.

O constatare cheie este că detectarea TB în rândul persoanelor care trăiesc cu HIV s-a realizat preponderent printr-o abordare pasivă, fiind inițiată de pacienți în aproximativ o treime din cazuri, prin adresarea directă la medicul de familie. Aceasta sugerează o nevoie crescută de conștientizare și educație în rândul populației vulnerabile, pentru a încuraja căutarea proactivă a îngrijirii medicale.

Notabil este că jumătate dintre cazurile depistate au fost baciliferi, subliniind importanța continuă a metodelor tradiționale de diagnostic, cum ar fi microscopia sputei, în combinație cu tehnologii avansate, cum ar fi testul GeneXpert, pentru o diagnosticare rapidă și precisă. Această constatare accentuează, de asemenea, riscul de transmitere în comunitate și necesitatea izolării și tratamentului prompt al cazurilor active.

Mai mult, studiul a evidențiat o asociere semnificativă între coinfecția TB/HIV și factorii socio-economici defavorizanți, precum șomajul, migrația și istoricul de detenție sau consum de droguri. Aceasta reflectă nevoia acută de integrare a serviciilor medicale cu suportul social și programele de reintegrare, pentru a adresa nu doar aspectele medicale, ci și determinanții sociali ai sănătății. Aceste eforturi coordonate pot contribui la reducerea poverii TB/HIV, îmbunătățind rezultatele de sănătate pentru indivizi și comunități.

Referințe.

1. Peters JS, Andrews JR, Hatherill M, et al. Advances in the understanding of Mycobacterium tuberculosis transmission in HIV-endemic settings. *Lancet Infect Dis.* 2019;19(3):e65-e76. doi:10.1016/S1473-3099(18)30477
2. Sergevnin V, Tukacheva O, Mikova O, et al. Long-Term Dynamics of HIV-Infected Mortality and Risk Factors of the Lethal Outcome in the Presence and Absence of Concomitant Tuberculosis. *Epidemiology and Vaccinal Prevention.* 2022;21(6): 48–58
3. Ashenova G.Zh., Galkin V.B., Zagdyn Z.M. et al. TB/HIV in the Russian Federation. Epidemiology, features of clinical manifestations and treatment results. 2nd edition. RIO TsNIIOIZ, 2018. – 67 p. ISBN 978-5-9906257-4-7.
4. Protocol clinic național- PCN 123 “Tuberculoza la adult”. Chișinău, 2024.
5. Ajayi BD, Ogunkoya JO, Onunu A, Okwara B, Ehondor O, Ajayi FO. Latent Tuberculosis among Human Immunodeficiency Virus (HIV) Positive Patients: Prevalence and Correlates. *West Afr J Med.* 2022 Jul 31;39(7):670-677
6. Global tuberculosis report 2023. Geneva: World Health organization; 2023.

THE SIGNIFICANCE OF PREVENTIVE MEASURES FOR COLORECTAL POLYPS IN PRIMARY HEALTH CARE

Aminov David¹, Palii Lucian¹, Garabajiu Maria¹

¹. The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

Introduction: Colorectal polyps (CRP) become more prevalent with age, emphasizing their importance in preventive healthcare in primary health-care system (PHC), frequently leading to colorectal cancer.

The aim of the study was to appreciate the CRP screening recommendations for PHC level.

Material and methods: A comprehensive review of literature was performed by searching the PubMed database, using the keywords "Colorectal Polyps", "Prevention", "Screening" and "Primary Health Care" across a 79 research papers.

Results: PHC providers must advise initiating CRP screening at age 50 for average-risk individuals and at age 45 for black individuals. The family history has to be thoroughly collected for the presence of CRP or cancer in relatives. Individuals with first-degree relative <60 y.o. or more than 2 at any age with CRP or colorectal cancer should undergo colonoscopy every 5 years after the age of 40. Persons with first-degree relative >60 y or more than 2 at any age, should undergo colonoscopy every 10 years after the age of 40. Alternatives like CT colonography, FIT-fecal DNA, or flexible sigmoidoscopy are available for those avoiding colonoscopy. For individuals under 50 with colorectal bleeding symptoms, PHC providers should recommend comprehensive evaluation, initiating treatment and follow-up.

Conclusion: Screening of CRP is playing an important role for the prevention of colorectal cancer at the PHC level, as it is proven to be more cost-effective, produces better outcomes and optimizes time and resources for both the patient and the healthcare system.

Keywords: Colorectal Polyps, Prevention, Screening, Primary Health Care.

PERSONALIZED MEDICINE AND CARDIOVASCULAR DISEASES

Abdool Rahim Sooltan¹, Maria Garabajiu¹

¹. The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

Introduction: There was a remarkable growth in scientific publication on personalized medicine in the field of cardiovascular disease within the past few years. In the era of personalized/precision medicine the combination of genetic information with other biomarkers may add additional benefits for preventive and therapeutic strategies in individuals.

Aim of Study: The objective of this research was to analyse the perspectives of personalized medicine implementation in cardiovascular pathologies.

Methods and Materials: For this study were relieved articles in English published in the time frame 2018-2023 from the PubMed and Google Scholar databases using the keywords: “Personalized medicine” OR “Precision medicine” AND ”Cardiovascular” OR “Cardiology”

Results: The personalised approach can be largely implemented in cardiovascular diseases (CVD), starting from the prevention (risk stratification, genetic susceptibility), specific investigation through structural and functional testing, and not the least – genome based clinical/treatment decisions. Many studies reported the genetic predisposition and possible evaluation of CVD risk in myocardial infarction, atrial fibrillation, congestive heart failure, cardiomyopathies, hypertension, dyslipidaemia etc. The use of clinical genomic markers have a very good perspective in treatment decision making in cardiology: beta blockers, warfarin, angiotensin blockers, fenofibrate, ezetimibe, etc. New technologies such as high-resolution CT coronary imaging, high-resolution 2-D echocardiography, wearable devices, and other technologies are used to personalize care and to improve the efficacy as well as the safety of the treatment of patients with CVD.

Conclusion: Personalised approach based on genetic testing already has clinical implications in terms of diagnosis, family screening and management strategies in different CVD and the perspective of more personalized interventions implementation in cardiology is promising.

Keywords: Personalized medicine, precision medicine, cardiovascular, cardiology.

EVALUAREA CUNOȘTINTELOR STUDENȚILOR MEDICINIȘTI DESPRE COMPORTAMENTUL ALIMENTAR ȘI IMPACTUL LUI ASUPRA SĂNĂTĂȚII

Motelica Ilinca¹, Slivca Alexandru¹, Suveică Luminița¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere. Comportamentul alimentar dezechilibrat sau insuficient din punct de vedere nutrițional, este asociat cu o serie de tulburări fizice și mintale. Îmbunătățirea calității dietei a demonstrat un rol semnificativ în protejarea și ameliorarea sănătății.

Scopul studiului. Evaluarea opiniei studenților mediciniști despre influența comportamentului alimentar asupra stării de sănătate.

Materiale și metode. A fost efectuat studiul calitativ. Lotul de cercetare a inclus 177 de subiecți, studenții Universității de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițanu", la care s-a aplicat chestionarul elaborat în cadrul cercetării. Cercetarea s-a realizat în perioada octombrie 2022-octombrie 2023.

Rezultate. Cei 177 de subiecți sunt cu vârste între 18-27 ani: 86 % de sex feminin (18-24 ani), și 14% de sex masculin (20-27 ani). 59% susțin că un stil de viață sănătos se concentrează pe nutriție și bunăstare mentală, 32,4% cred că comportamentul alimentar depinde de sănătatea mintală. 8,7% sunt de părerea că stresul le determină comportamentul lor alimentar. 50% -cred ca alimente bogate în antioxidanți și acizi grași omega-3 sunt importante pentru sănătatea mintală, 45,4% susțin că alimente bogate în proteine și grăsimi sănătoase sunt importante pentru activitățile zilnice de a învăța, iar 4,6% sunt de părerea că alimente bogate în carbohidrați rafinați și zahăr sunt importanți atunci când au de înșușit materii mai complicate. La fel 75,3% din subiecți susțin că alimentele procesate sunt factori de risc de a dezvolta diverse maladii și poate crește riscul de depresie și anxietate, iar 7,8% din subiecți au o părere inversă, atunci când 6,9% cred că nu influențează sănătatea. 54% cred că stresul poate duce la suprraaalimentare și la creșterea în greutate, 43,7% sunt de opinia că, stresul poate duce la scăderea poftei de mâncare și la pierderea în greutate, 91,9% că, hidratarea adecvată poate ajuta la menținerea energiei și concentrării mentale. 4% sunt de părerea că hidratarea adecvată nu are nici o legătură cu sănătatea mintală.

Concluzie. Opiniile studenților mediciniști asupra comportamentului alimentar sunt diverse. Majoritatea respondenților subliniază că comportamentul alimentar influențează starea de sănătate atât fizică, cât și psihică.

Cuvinte cheie: alimentație, sănătate, comportament alimentar.



MALADIILE NONTRANSMISIBILE



NAVIGATING CARDIAC DISEASE IN DIABETIC PATIENT THROUGH INNOVATIVE THERAPY

Munteanu Ecaterina¹, Stoica Mihaela¹, Kapor Isheta¹, Scorpan Anatolie¹, Ciocănari Gheorghe¹, Sârbu Oxana¹, Istrati Valeriu¹

¹ State University of Medicine and Pharmacy "Nicolae Testemitanu" Department of Internal Medicine Semiology, Clinical Hospital of Ministry of Health, Chișinău, Republic of Moldova.

Summary

Introduction. The American Heart Association suggests that patients with diabetes have a much higher risk of developing heart failure. Studies have shown that diabetes leads to abnormalities of the heart, independent of promoting myocardial ischemia, and some of these changes happen earlier in diabetes. The prevalence of heart failure increases with age, rising from 1% in people 50–59 to 10% in people 75 years of age and beyond. There are three potential pathways by which diabetes may develop heart failure: associated comorbidities, the development of coronary atherosclerosis, or a particular diabetic cardiomyopathy. The treatment of diabetes with cardiovascular complications requires a multidisciplinary team. In this article, we recommend taking Dapagliflozin as an add-on therapy to Metformin for type 2 diabetes and explain its benefits through a clinical case. Aim of the study. Examination of a clinical case, which describes a patient diagnosed with diabetes for 12 years who developed ischemic cardiopathy and heart failure. It was initiated with the treatment Dapagliflozin 10 mg, and an improvement was observed in the general condition. **Materials and methods.** The literature about similar cases has been studied by searching the keywords. Anamnesis, clinical, and paraclinical data were taken from the patient. Results. The patient presents with severe heart failure and decompensated diabetes with complications. After evaluation, the diagnosis and subsequent treatment tactics were established. The patient had obvious indications for treatment with Dapagliflozin: glucose of 11 mmol/L; HbA1c of 8.2%; the presence of dyspnea, peripheral edema, tensional jumps, severe dilatation of heart cavities; EF of 42%. Under the treatment, the patient's condition improved: decreased dyspnea at low physical exertion, weakness, fatigue; the rhythm was restored; blood pressure normalized; EF increased; basal blood glucose; edema reduction; and weight loss were achieved. Conclusions. Regardless of its link to ischemic cardiac disease, diabetes is a major risk factor for heart failure. Better control of this extremely significant side effect of diabetes is now possible thanks to new therapeutic options like SGLT-2 inhibitors. In the clinical case presented, dapagliflozin reduced the risk of cardiac insufficiency and prolonged quality of life in a patient with chronic cardiac disease with type 2 diabetes. Keywords. diabetes, ischemic cardiopathy, heart failure, dapagliflozin, SGLT-2.

Introduction. The American Heart Association (AHA) suggests that patients with diabetes have a much higher risk of developing heart failure compared to those without diabetes. Clinical and experimental studies have shown that diabetes leads to functional, biochemical, and morphological abnormalities of the heart, independent of promoting myocardial ischemia, and some of these changes happen earlier in the natural history of

diabetes. The prevalence of heart failure (HF) increases with age, rising from 1% in people 50–59 to 10% in people 75 years of age and beyond [1]. One major cause of heart failure in older people is left ventricular dysfunction, which is more common in long-term myocardial infarction survivors. This is why HF is becoming more common in this age group. Diabetes, obesity, and advanced age have all been linked to an increased risk of heart failure. In patients with type 2 diabetes, heart failure frequently appears as the initial cardiovascular event. With an estimated yearly frequency of 10 per 1000, heart failure is still a serious medical condition that affects people 65 years of age or older [5]. For both men and women, the lifetime chance of developing heart failure at age 40 is approximately 1 in 5. There are three potential pathways by which diabetes may develop heart failure: associated comorbidities, the development of coronary atherosclerosis, or a particular diabetic cardiomyopathy. As a part of the insulin resistance syndrome, cardiovascular risk factors such as dyslipidaemia, hypertension, hypercoagulability, obesity, and inflammation are regulated by nuclear peroxisome proliferator-activated receptors (PPARs). Its activation improves insulin sensitivity and endothelial function and lowers inflammation and blood pressure. Diabetic patients have an increased risk of atherosclerosis, which may also contribute significantly to the development of HF. About two-thirds of patients with left ventricular systolic dysfunction have coronary artery disease as their underlying cause of heart failure. The precise mechanisms by which diabetes mellitus may increase the risk of heart failure by causing a particular type of diabetic cardiomyopathy remain unclear, but a number of theories have been put forth. These include fibrosis, metabolic variables, and microangiopathy. Diabetes patients' lower coronary blood flow reserve may be explained by diabetic microangiopathy, which has also been identified in diabetic hearts, along with functional abnormalities associated with endothelial dysfunction [3]. The treatment of diabetes with cardiovascular complications requires at least conscious involvement, both on the part of the doctor and especially on the part of the patient. Adherence to the diet, the ideal body mass, proper hydration, maintaining basal blood glucose within normal limits, and the correct targeted treatment can improve a decompensated condition. When a patient's diet and exercise are insufficient to achieve optimal glycaemic control and the use of metformin seems inappropriate because of intolerance or other glucose-lowering medications, such as insulin, cannot provide appropriate glycaemic control, it is recommended to introduce another glucose-lowering medication. In a diabetic patient with cardiovascular disease, we recommend taking Dapagliflozin as an add-on therapy to metformin for type 2 diabetes. It is a selective and reversible inhibitor of sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2). SGLT2 is selectively expressed in the kidney and is the predominant transporter responsible for the reabsorption of glucose from the glomerular filtrate back into the circulation. Dapagliflozin improves plasma glucose levels during fasting and after meals by decreasing renal glucose reabsorption, which causes glucose to be excreted in the urine. The GFR and blood glucose level show how much glucose the kidney removes through this process. In reaction to hypoglycemia, dapagliflozin does not interfere with normal endogenous glucose synthesis. Insulin action and secretion are not related to Dapagliflozin's actions. Dapagliflozin induces urinary glucose excretion, which leads to caloric loss and a reduction in weight [4]. There are important therapeutic factors to consider before prescribing Dapagliflozin, including renal function, the risk of genital or urinary infections, and any history of bladder cancer. Caution is required to avoid hypotension in patients on loop diuretics and, rarely, euglycemic

ketoacidosis. These factors may limit its usefulness in older patients with an eGFR less than 60 mL/min, a history of UTIs or falls, and who are on a diuretic. Those most likely to benefit are younger patients not on a diuretic whose blood pressure and HbA1C are over target and for whom avoidance of weight gain and hypoglycemia are important outcomes, when cost is not a consideration [2].

Aim and objectives of the study. Examination of a clinical case, which describes a patient diagnosed with diabetes for 12 years who developed ischemic cardiopathy and heart failure. It was initiated with treatment with Dapagliflozin 10 mg, and an improvement was observed in the general condition.

Materials and methods. The literature about similar cases has been studied by searching for the key words diabetes, ischemic cardiopathy, heart failure, dapagliflozin, and SGLT-2. Anamnesis, clinical, and paraclinical data were taken from the patient.

Materials and methods. A 65-year-old patient is admitted to the cardiology department with the following complaints: dyspnea on physical exertion - walking 10 m, which slows down at rest; periodically accompanied by constrictive retrosternal pains, radiating in the left arm, lasting up to 10 minutes, which subside after 1-2 minutes at rest; accompanied by palpitations - mainly in the morning; occipital headache of moderate intensity; dizziness; pronounced general weakness; edema in the lower limbs, mainly on the right; xerostomia, polydipsia, polyuria, paresthesias, and cold sensations in the lower limbs in the plantar region; moderate pain in the calf region; feeling of heavy legs. History of the disease: he has been in the family doctor's records with diabetes for 12 years, follows regular treatment with tab. Metformin 500 mg 2 times a day (glucose values between 8 and 12 mmol/l; HbA1C: 8.2%); and hypertension for 10 years (max BP: 200/100 mmHg, working BP: 130/80 mmHg), follows regular treatment with tab. Bisoprolol 5mg, tab. Losartan 100mg (in the evening), tab. Lercamen 10mg (in the evening), tab. Aspirin 75 mg. Objective examination: general condition of medium-severe severity. Body temperature: 36.8°C. Passive position, normosthenic constitution, BMI 32.3 (height 1.73 m and weight 97 kg). The color of the skin and mucous membranes is clean, without eruptions, generalized acrocyanosis, or hyperemia of the lower limbs. Edema in the lower limbs, right > left. Joints developed according to age without deformations, occasionally arthralgias, in the region of the knees bilaterally. Normally developed thorax. Amplitude of breathing in both hemithoraxes: uniform. FR-20 r/min. SaO₂ is 95% in ambient air. Auscultative: bilateral vesicular murmur, bilateral basal crepitant rales. Shape changes of the precordial region: abs. Apex shock: it is determined in the V intercostal space, on the left medioclavicular line, 1.5 cm laterally, moderate. Heart sounds are arrhythmic and attenuated. The focus of noise II is in the aorta. FHC-116 c/min, PS-108 b/min. BP 95/70 mmHg. Moist, clean tongue. The abdomen is symmetrical, enlarged due to adipose tissue, soft, and painless to the touch. The liver is 3 cm below the right costal edge. The spleen is not palpable. The stool has a tendency toward constipation. Bilateral negative Giordano's sign. Free, painless, regular micturition. Patient is adequate; he orients himself temporally and spatially. Answer the questions correctly. Negative meningeal signs.

Considering the accusations, the history of the disease, and the objective examination of the patient it is suspected Acute Myocardial Infarction? Paroxysm of Atrial Fibrillation? Thromboembolism of the Pulmonary Artery of the Small Branch?

To confirm the diagnosis, the following investigations were performed:

- * D-Dimer- > 10,000 (N-100 - 500 ng/ml);
- * Troponin I at 14:00 - negative; at 18:00 - negative; at 22:00 negative.
- * ECG at 14:00: Atrial fibrillation FCC 170-120/min. Intermediate AEC. Signs of electrical alternation. Signs of MI are not determined.
- * ECG at 18:00: Atrial fibrillation FCC 110-90/min Intermediate AEC. Signs of LV hypertrophy. Signs of MI are not determined. The rhythm was restored compared to the ECG at 14:00.
- * ECG at 22:00: sinus rhythm with FCC = 78-80 b/min. AEC- intermediate. Signs of VS hypertrophy. Signs of MI are not determined. The rhythm was restored compared to the ECG at 14:00.

Considering 3 negative troponins and serial ECG data, which determine arrhythmia (tachysystolic AF, FCC 78-170), signs of LV hypertrophy, and the background of antianginal, antiischemic, antiarrhythmic, and coagulant medication, the diagnosis of acute MI and unstable AP is excluded, with the stabilization of the patient at Angina Pectoris CF III.

Thus, only 2 out of 4 diagnoses of acute pathology at the time of hospitalization were excluded.

In dynamics, the following was carried out:

- *General blood count*: Hb- 160 g/l (N 130-160 g/l; Erythrocyte 5.29 (N 3.90 - 5.50 x10¹²/L; Hematocrit 49.20 (N 30.2 - 47, 5%));

- *General urine analysis* within the norm;

- *Blood biochemistry*:

Total proteins- 67 (N 60-83 g/l); Albumin 35 (N 34-50 g/l);

ALAT-30 (N 0-40 U/L); ASAT-26 (N 0-40 U/L);

Total cholesterol- 5.3 (N 0-5.2 mmol/l);

HDL- 0.88 (n > 1.56 mmol/L); LDL- 3.2 (N 0 - 2.59 · mmol/L)

Glucose-11 (N 3.9-5.9 mmol/L);

Na-134 (N 135-145); K-4.1 (N 3.5-5.1);

Creatinine- 93 (N 80-115 mmol/L); Urea-5 (N 2.1-7.1 mmol/L); GFR 70.7 mL/min/1.73 m²;

Prothrombin- 86.4 (N 70-130%); INR 1.07 (N 0.8-1.2);

Chest x-ray: moderate-pronounced pulmonary venous congestion. Hypertensive cord. Lungs without infiltrative or nodular changes.

Ecocardiography: DTD LV 62 mm (35–56 mm) VTD LV 113 (53–156 ml) DTS LV 42mm (25-41mm) VTS LV 43 (23–76 ml); EF-42 (> 50%); PPVS-11 (6–11 mm); SIV-12 (6–11); Severe dilatation of the LA cavity, moderate dilatation of the RA, and RV cavities. LV myocardial hypertrophy. Affecting the relaxation function of the LV myocardium. Signs of moderate HPV, with PSAP 46 mmHg. MV: gr II-III; TVr: gr II; AoV: gr II; PV: gr I. The changes occur against the background of atrial fibrillation.

Abdominal + renal USG: liver, pancreas, spleen, kidneys of normal size. Hepatic steatosis. Moderate biliary stasis. Bilateral renal post-inflammatory induration-cicatricial signs.

Considering the results of the ECG, ECOCG, chest X-ray, and laboratory analyses, thrombosis was excluded. Sinus rhythm was restored on the background of Digoxin 0.25%–0.5 mL.

Elevated D-dimer values suggest a cause of peripheral thrombosis, possibly of the lower limbs.

A duplex USG of the lower limbs and the arterial system was performed; the important KIM thickening up to 1.2 mm of the iliac artery was determined: common, internal, and external. Atherosclerotic plaques type II–III on the common femoral artery, superficial femoral artery, ATP, and popliteal artery. Signs of stenosis of the common femoral artery (20–25%), superficial femoral artery (30–40%), ATP (20–30%), and popliteal artery (20–30%).

Duplex USG of the lower limbs, the venous system: On the left: the deep and superficial venous system on the left with main flow preserved, at the moment, without signs of thrombosis.

On the right, the popliteal vein is intraluminally dilated and contains significant subocclusive hypo/hyperechoic masses, increased parietal stiffness, and minimal parietal compression. The parva-intraluminal saphenous vein contains significant hypo/hyperechoic masses, with 30–40% recanalization, increased parietal stiffness, and incomplete parietal compression.

The patient was consulted by the surgeon, who established the diagnosis of post-thrombotic syndrome. Chronic venous insufficiency gr. II-III; recommended treatment with anticoagulants, derived from methylxanthine, vitamin complex and alpha-lipoic acid.

The objectives of the treatment were restoring the rhythm, normalizing blood pressure, normalizing basal blood sugar, weight loss, reducing edema, and reducing the lipid profile.

The patient is discharged in an improved state. Angina pectoris stabilized at CF III. Heart failure stabilized at CF III NYHA. BP values are maintained between 120 and 130 mmHg (the first goal reached in patients with diabetes and cardiovascular diseases); the restoration of the medicated sinus rhythm on November 6, 2023; and the normalization of basal blood sugar up to 8 mmol/l (the second goal achieved in patients with diabetes and cardiovascular diseases).

The clinical discharge diagnosis was established as follows: Mixed cardiomyopathy (ischemic, hypertensive, dysmetabolic). CF III exertional Angina Pectoris. Essential hypertension, grade III, is high-risk. Persistent atrial fibrillation. Thromboembolic risk CHA2DS2-VASc-3p. Hemorrhagic risk HAS-BLED-1p. The relative insufficiency of Mytral Valve grades II–III, Tricuspid Valve, and Aortic Valve grades II Heart Failure: CF III NYHA. Chronic venous insufficiency (Gr. II–III. Postthrombotic syndrome. Type 2 diabetes is compensated with multiple complications. Bilateral distal symmetric motor sensory diabetic polyneuropathy.

The following treatment was recommended:

non-medicated - compliance with the sleep/wake regime; adequate hydration 1.5 l per day (if it meets the needs); limited physical effort, avoiding psychoemotional stress. Maintaining ideal weight BMI-25 with Mediterranean diet, reducing salt intake.

medication- tab. Torasemide 5mg; table Spironolactone 25mg; Bisoprolol 5 mg; table Lercamen 10mg; table table Losartan 100 mg; table Rivoroxaban 20 mg; table Metformin 500 mg; table Dapagliflozin 10 mg; table Rosuvastatin 5 mg.

For 2 weeks on the background of treatment at home, the patient has hypoglycemia BG-3.9-5 mmol/l (which is considered low for him considering Cardiovascular pathology [6]). It was decided to cancel tab. Metformin 500 mg and to continue with Dapagliflozin. Against the background of treatment with Dapagliflozin 10 mg, the patient feels better: he maintains blood sugar levels between 6.5-7.5 mmol/l; HBA1C -7.5%; postprandial blood glucose <10 mmol/l.

After another 2 weeks, the patient notices a decrease in blood pressure values to 100-120/60-70 (which does not correspond to the target of the patient with Diabetes and Cardiovascular disease - 130-140/70-80 mmHg [6]). In this sense, antihypertensive preparations were excluded, but continued with: Bisoprolol 1.25 mg

Patient observed reducing of dyspnea at low physical exertion, weakness and fatigue. On the repetead Ecocardiography, EF raised to 48%, wich is another good sign of treatment with Dapagliflozin. Peripheral edemas in the lower limbs have decreased. The patient lost 7 kg (this is how we achieved the 3rd treatment goal). LDL decreased to 2.2 - treatment is continued to reach the target.

Discussions on the case. The patient presents with the manifestations of severe heart failure (based on the accusations and investigations) and decompensated diabetes with complications. After clinical and paraclinical evaluation, the diagnosis and subsequent treatment tactics were established. The patient had obvious indications for treatment with Dapagliflozin: glucose 11 mmol/L; HbA1c - 8.2% on the background of treatment with Metformin; the presence of dyspnea, peripheral edema, tensional jumps with hypo and hypertension, severe dilatation of the LA cavity, moderate dilatation of the RA, RV cavities. LV myocardial hypertrophy. Affecting the relaxation function of the LV myocardium, EF is 42%. Against the background of inpatient treatment, then its continuation at home, the patient's condition improved: dyspnea at low physical exertion, general weakness, and severe fatigue decreased, the rhythm was restored, blood pressure normalized, EF increased, basal blood

glucose, edema reduction, a reduction in lipidogram, and weight loss were achieved. In this sense, we can mention that, thanks to the correctly targeted treatment and the patient's perseverance, with a single medicine, the patient's compensation was obtained not only for diabetes but also for cardiac function, as well as reducing the dose of the indicated drugs.

Conclusions. Regardless of its link to ischemic cardiac disease, diabetes is a major risk factor for heart failure. Better control of this extremely significant side effect of diabetes is now possible thanks to new therapeutic options like SGLT-2 inhibitors. In the clinical case presented, dapagliflozin reduced the risk of cardiac insufficiency and prolonged quality of life in a patient with chronic cardiac disease with type 2 diabetes.

References:

1. Antonio Ceriello, Doina Catrinoiu, et al. Heart failure in type 2 diabetes: current perspectives on screening, diagnosis and management. In: *Cardiovascular Diabetology*. 2021. Available at: <https://doi.org/10.1186/s12933-021-01408-1>.
2. Clinical Review Report: Dapagliflozin (Forxiga). Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health. 2016. Available at: [Clinical Review Report: Dapagliflozin \(Forxiga\) - NCBI Bookshelf \(nih.gov\)](#)
3. Christophe Bauters, et al. Influence of diabetes mellitus on heart failure risk and outcome. In: *Cardiovascular Diabetology*. 2003. doi: 10.1186/1475-2840-2-1. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC149427/>
4. Dapagliflozin. Summary of Product Characteristics. Available at: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/2012/20121112124487/anx_124487_en.pdf
5. Ravi Dhingra, et al. Diabetes and the Risk of Heart Failure. In: *Heart Failure Clinics Journal*. 2013 Jan; 8(1): 125–133. doi: 10.1016/j.hfc.2011.08.008. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3223386/>
6. Zinaida ALEXA, Dumitru HAREA, Natalia ZARBAILOV, Natalia DINU. Jurnalul de automonitorizare și autocontrol al persoanei cu diabet zaharat tip 2. Chișinău 2020. ISBN 978-9975-3386-7-7.

ACTIVITATEA FIZICĂ RECOMANDATĂ PERSOANELOR CARE TRĂIESC CU HIPERTENSIUNEA ARTERIALĂ

Alexandra Țopa¹, Natalia Zarbailov¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Rezumat

Introducere. Activitatea fizică este o componentă a tratamentului nemedicamentos al persoanelor care trăiesc cu hipertensiunea arterială, de asemenea și al celor cu alte boli cronice netransmisibile. Activitatea fizică regulată contribuie la scăderea tensiunii arteriale, îmbunătățirea controlului glicemic și a profilului lipidic, scăderea în greutate și alte efecte benefice asupra stării de sănătate. Aderarea persoanelor cu hipertensiune arterială la recomandările privind activitatea fizică este joasă, iar inactivitatea fizică cauzează diferite probleme de sănătate, fiind a patra cauză de deces la nivel mondial. **Scopul** acestei publicații a fost descrierea recomandărilor de activitate fizică pentru persoanele care trăiesc cu hipertensiune arterială și extinderea volumului de informații pentru lucrătorii medicali. **Materiale și metode.** A fost realizat un reviu narativ, ce a inclus ghidurile actuale din Regiunea Europeană privind activitatea fizică recomandată persoanelor care trăiesc cu hipertensiune arterială. **Rezultate.** Au fost analizate și descrise recomandările Societății Europene de Cardiologie (ESC), Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) și recomandările Protocolului Clinic Național (PCN) „Hipertensiunea arterială la adult”. ESC și OMS recomandă activități fizice de tip aerob și de rezistență, intensitatea acestora fiind moderată și viguroasă, pe când în PCN – este recomandată doar activitatea fizică de intensitate moderată. Recomandările ESC și PCN indică doar nivelul minim de activitate fizică aerobă recomandat de 30 de minute, 5-7 zile/săptămână, iar cele ale OMS includ atât acest nivel minim cât și nivelul maxim recomandat 300 minute/săptămână. De asemenea, în privința antrenamentelor de rezistență OMS recomandă o frecvență de până la 2-3 sesiuni pe săptămână, iar ESC recomandă o frecvență de minimum 3 sesiuni/săptămână. **Concluzii.** Este recomandată activitatea fizică aerobă de intensitate moderată 150-300 minute pe săptămână sau 75-150 de minute – de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă și activități de rezistență 2-3 zile pe săptămână, în absența contraindicațiilor specifice. Creșterea nivelului de activitatea fizică la persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială poate îmbunătăți controlul tensiunii arteriale, mortalitatea prin boli cardiovasculare, calitatea vieții și starea de sănătate. **Cuvinte cheie:** hipertensiunea arterială, recomandări, activitate fizică.

Introducere. Activitatea fizică face parte din tratamentul nemedicamentos al hipertensiunii arteriale (HTA) și este recomandată în tratamentul a mai multor boli cronice netransmisibile, precum diabetul zaharat tip II, cancerul, obezitatea. De asemenea, este o intervenție care previne dezvoltarea acestor boli (OMS, 2020). În reviuul sistematic și meta-analiza studiilor randomizate, realizate de Costa EC și alții s-a identificat că persoanele cu hipertensiune arterială care efectuează activitate fizică moderată până la intensă regulat pot reduce tensiunea arterială sistolică cu aproximativ 12 mmHg și tensiunea arterială diastolică cu aproximativ 6 mmHg în comparație cu grupurile de control fără activitate fizică [1]. Dovezile actuale sugerează un mecanism de doză-răspuns cu cel mai puternic efect asupra tensiunii arteriale (TA) prin sesiuni de exerciții care durează 40-60 de minute efectuate de cel puțin trei ori pe săptămână. Iar efectele activității fizice asupra TA sunt mai mari la pacienții hipertensivi decât la persoanele normotensive [2]. Activitatea fizică îmbunătățește funcția

fizică, progresia bolii cardiovasculare (adică răspunsul tensiunii arteriale la activitatea fizică) și mortalitatea prin boli cardiovasculare la persoanele care trăiesc cu hipertensiune arterială [3].

Mecanismele prin care activitatea fizică influențează tensiunea arterială sunt pleiotrope. Au fost descrise două mecanisme de bază: hipotensiunea arterială post-exercițiu și vasodilatația persistentă post-exercițiu. Hipotensiunea arterială post-exercițiu (HPE) este fenomenul prin care o singură sesiune de efort poate genera o reducere tranzitorie a TA. Mecanismul principal în HPE implică calea baroreflexă centrală, care este mediată de efectele asupra trunchiului cerebral induse de activitatea fizică. În timpul efortului, sistemul simpatic este activat, inițiind eliberarea de catecolamine, inducând vasoconstricție periferică, crescând astfel TA. Oprirea ulterioară a efortului inițiază reactivarea mecanismelor parasimpatice și dezactivarea simpatică. S-a descoperit că creșterile susținute ale TA resetează baroreflexul central la un prag de activare mai mare, reducând astfel sensibilitatea reflexă.

Vasodilatația persistentă după activitatea fizică presupune persistența fluxului sanguin crescut către paturile vasculare după încetarea efortului prin mecanisme vasodilatatoare locale, datorită eliberării oxidului nitric (ON) și activării histaminei. ON este produs și eliberat de celulele endoteliale, prezentând efecte vasodilatatoare prin relaxarea mușchilor netezi vasculari și antagonismul neuronal simpatic. Exercițiul fizic stimulează eliberarea de ON prin creșterea tensiunii de forfecare care duce la deformarea celulelor endoteliale. Efectul hipotensiv mediat de eliberarea de ON ca răspuns la efort pare să fie legat de intensitatea exercițiului și poate avea influențe genetice și de gen. Astfel, prin mecanisme moleculare multiple, activitatea fizică îmbunătățește remodelarea vasculară prin reglarea celulelor endoteliale și remodelarea mușchilor netezi [2,4]. În concluzie, activitatea fizică induce modificări vasculare, precum creșterea complianței vasculare, reducerea rezistenței vasculare periferice, rezultând o tensiune arterială și postîncărcare cardiacă redusă. În plus, reduce activitatea nervului simpatic, reduce inflamația sistemică și, astfel, previne rigidizarea arterială.

Pe lângă beneficiile menționate asupra vaselor sanguine, activitatea fizică este asociată cu pierderea în greutate, îmbunătățirea controlului glicemic și modificări benefice ale metabolismului lipoproteinelor, care au ca rezultat efecte vasculare favorabile. De asemenea, activitatea fizică îmbunătățește funcțiile creierului prin modificări moleculare și structurale – prin creșterea volumului hipocampului, îmbunătățirea memoriei, modularea hemodinamicii cerebrale și creșterea funcțiilor cognitive [5].

Cu toate că beneficiile activității fizice sunt bine cunoscute, aderarea la recomandările acesteia este joasă. În Statele Unite doar 23% din populația hipertensivă aderă la programele de exerciții fizice recomandate (Rego, 2019). Inactivitatea fizică este a patra cauză de deces la nivel mondial [6]. În Republica Moldova peste 10% din populația adultă are un nivel mai mic de activitate fizică, decât cel recomandat de OMS, mai exact mai puțin 150 de minute de activitate fizică de intensitate moderată sau echivalentul acesteia pe săptămână [7].

Scopul publicației a constat în descrierea recomandărilor de activitate fizică pentru persoanele care trăiesc cu hipertensiune arterială și extinderea volumului de informații pentru lucrătorii medicali.

Materiale și metode. A fost realizat un reviu narativ, în care au fost incluse ghidurile actuale din Regiunea Europeană privind activitatea fizică recomandată persoanelor care trăiesc cu hipertensiune arterială.

Rezultate obținute și discuții. Dintre ghidurile internaționale actuale, în reviu au fost incluse Ghidurile Societății Europene de Cardiologie (ESC) privind cardiologia sportului și exercițiile fizice la pacienții cu boli cardiovasculare, 2020 și Ghidul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) privind activitatea fizică și comportamentul sedentar, 2020. Recomandările privind activitatea fizică pentru pacienții hipertensivi în Republica Moldova se regăsesc în Protocolul Clinic Național (PCN) „Hipertensiunea arterială la adult”, 2020, inclusiv Ghidul pacientului cu hipertensiune arterială, care au fost de asemenea analizate. Recomandările selectate au fost rezumate și prezentate în Tabelul 1.

Tabelul 1. Recomandările privind activitatea fizică pentru persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială

Ghidul, anul	Recomandări privind activitatea fizică pentru persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială
Ghidurile ESC privind cardiologia sportului și exercițiile fizice la pacienți cu boli cardiovasculare, 2020	<ul style="list-style-type: none"> - La persoanele cu hipertensiune arterială bine controlată sunt recomandate exerciții aerobice de intensitate moderată sau viguroasă cel puțin 30 de minute, 5-7 zile/săptămână și antrenamente de rezistență ≥ 3 ori pe săptămână. - La pacienții cu hipertensiune arterială necontrolată (TAS >160 mmHg), nu se recomandă efectuarea exercițiilor de intensitate crescută. - La pacienții cu hipertensiune arterială bine controlată, dar cu risc înalt și/sau afectare de organ țintă nu se recomandă exerciții de rezistență de intensitate crescută. - Inhibitorii enzimei de conversie ai angiotensinei, blocații receptorilor angiotensinei II și antagoniștii de calciu sunt medicamentele preferate de alegere la indivizii care efectuează activitate fizică. Beta-blocantele pot induce bradicardie și/sau capacitate aerobă de efort scăzută [8].
Ghidul OMS privind activitatea fizică și comportamentul sedentar, 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Se recomandată efectuarea unei activități fizice aerobe de intensitate moderată în intervalul de 150-300 de minute (sau o activitate fizică echivalentă, cel puțin 75-150 minute de activitate fizică viguroasă); sau o combinație echivalentă de activitate fizică de intensitate moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii și exerciții de rezistență 2-3 sesiuni pe săptămână. - În comportamentul sedentar, se recomandă adulților și adulților în vârstă cu HTA să limiteze timpul petrecut pentru a fi sedentari. Înlocuirea timpului sedentar cu activitate fizică de orice intensitate (inclusiv intensitatea mică) oferă beneficii pentru sănătate [9].
Protocol Clinic Național „Hipertensiunea arterială la adult”, 2020	<ul style="list-style-type: none"> - Pacienții hipertensivi ar trebui să fie sfătuiți să realizeze cel puțin 30 de minute de activitate fizică de intensitate moderată de tip aerobic (mers, alergat ușor, ciclism, înot) de 5-7 ori pe săptămână. - În Ghidul pacientului cu hipertensiune arterială este recomandată combinarea a 3 tipuri de activități fizice: 1) exerciții aerobice 30 de minute, de 3-5 ori pe săptămână; 2) exerciții de rezistență dinamică - 6 exerciții, 3 seturi pentru fiecare exercițiu, 10 repetări pentru fiecare set, de 3-5 ori pe săptămână, a câte 30 minute/zi, cu pauză între seturi și 3) exerciții izometrice doar utilizând flexorii de antebraț, 4 seturi a câte 2 minute fiecare, 1 minut de pauză între seturi, de 3 ori pe săptămână [10,11].

Pentru o bună înțelegere a recomandărilor privind activitatea fizică pentru persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială, mai jos sunt prezentate definițiile termenilor folosiți:

- Activitatea fizică se definește ca orice mișcare a corpului produsă prin contracția mușchilor scheletici care duce la o creștere substanțială a consumului de energie față de perioada de odihnă (Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor, SUA, 2010).
- Exercițiul este un subset de activitate fizică care este planificată, structurată și repetitivă și are ca obiectiv final sau intermediar îmbunătățirea sau menținerea aptitudinii fizice [4].
- Activitatea fizică aerobică (de anduranță sau cardio) se referă la orice activitate care folosește grupuri musculare mari, este menținută continuu și are natură ritmică. Capacitatea aerobă este definită ca produsul dintre capacitatea sistemului cardiorespirator de a furniza oxigen și capacitatea mușchilor scheletici de a utiliza oxigen (Colegiul American de Medicină Sportivă, 2013).
- Antrenamentul de rezistență presupune exerciții, prin care se produc contracții musculare împotriva unei rezistențe externe (gantere, tuburi de cauciuc pentru exerciții, propria greutate corporală, sticle de apă sau orice alt obiect care provoacă contractarea mușchilor), în urma cărora crește forța, tonusul, masa și/sau rezistența musculară [12].
- Antrenamentul de rezistență dinamic este o formă de antrenament de rezistență în care mușchii prin contracție produc mișcarea unei părți a corpului [9, 11].
- Antrenamentul de rezistență izometric este o formă de antrenament de rezistență în care mușchii lucrează fără a-și schimba lungimea [9, 11].
- Activitate fizică de intensitate ușoară este o activitate care prin care se consumă mai puțini de 3 echivalenți metabolici (MET) sau mai puțin de 3,5 calorii pe minut [13].
- Un echivalent metabolic (1 MET) este cantitatea de oxigen consumată în repaus (3,5 ml O₂/kg/min la adulți) și poate fi exprimat ca 1 kcal/kg/h [14].
- Activitate fizică de intensitate moderată este o activitate care prin care se consumă 3-6 MET sau 3,5 - 7 calorii pe minut [13].
- Activitate fizică de intensitate viguroasă este o activitate care prin care se consumă mai mult de 6 MET sau mai mult de 7 calorii pe minut [13].

Pentru aplicarea în practică a recomandărilor privind activitatea fizică, persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială ar trebui să cunoască cum să evalueze intensitatea activității fizice și ce fel de tipuri de activități fizice ar putea să efectueze pentru a atinge nivelul de activitate fizică recomandat. O metodă subiectivă de evaluare a intensității activității fizice este testul de vorbire (Reed și Pipe, 2014), care a fost recomandat de Societatea Canadiană pentru Fiziologia Exercițiului [15], Centrul pentru Prevenirea și Controlul Bolilor (SUA) [16] și se regăsește în Ghidul pacientului cu hipertensiune arterială, parte componentă a PCN „Hipertensiunea arterială la adult”. Conform testului de vorbire, activitatea fizică moderată este considerată atunci când ventilația permite persoanei să vorbească în timpul efectuării efortului fizic, dar nu-i permite să cânte. Atunci când persoana care efectuează o activitate fizică și nu poate să vorbească decât câteva cuvinte fără să oprească respirația, această activitate fizică este considerată viguroasă [17]. În Tabelul 2 sunt prezentate exemple de activitate fizică în dependență de nivelul de intensitate.

Tabelul 2. Exemple de activități fizice în dependență de nivelul de intensitate [13,16]

Activitate fizică ușoară	Activitate fizică moderată	Activitate fizică viguroasă
Plimbare ocazională	Drumeții	Jogging/Alergare
Mersul cu bicicleta cu viteza de până la 5 km/h	Mersul cu bicicleta cu viteza de 8 – 14.5 km/h	Mersul cu bicicleta cu viteza mai mare de 16 km/h
Mersul pe jos foarte lent, pe teren plat, cu viteza de până la 4 km/h	Mers rapid cu viteza de 5.6 - 6.4 km/h, mers în pantă	Mers rapid cu viteza mai mare de 7.3 km/h, purtarea unui rucsac în spate
Lucru de birou, scris, dactilografiere în poziție șezând	Curățarea zăpezii, patinaj cu role în ritm lejer	Curățarea zăpezii abundente, săpatul în grădină / de șanțuri, desplicarea lemnelor, conducerea unui scaun cu roțile
Ocupații care necesită perioade lungi de ședere	Ocupații care necesită o perioadă lungă de timp în picioare	Ocupații care necesită ridicarea unor greutăți sau mișcare rapidă
Exerciții de întindere (stretching)	Gimnastică, yoga, aerobic acvatic, exerciții calistenice ușoare, pilates	Exerciții calistenice viguroase
Antrenament cu greutăți ușoare	Antrenament cu greutăți moderate	Antrenamentul cu greutăți în circuit
Dans încet	Dans moderat	Dans viguros
Pescuit	Box, utilizând sacul de box, canotaj, hipism	Box — sparring, karate, judo, tae kwon do, jujitsu,
Lucrări ușoare în curte/casă	Lucrări casnice care implică spălare/curățare intensă	Lucrări casnice grele: mutarea sau împingerea mobilierului greu ≤ 35 kg, transportarea obiectelor de uz casnic care cântăresc ≤ 11.5 kg
Sporturi ușor de jucat (tenis de masă, bowling)	Tenis competitiv, volei, badminton, scufundări, înot recreativ	Alpinism, sărituri cu coarda, schi, polo pe apă, jogging pe apă, baschet competitiv, fotbal, rugby, kickball, hochei
	Utilizarea mașinilor aerobe – bicicleta eliptică, bicicleta staționară, urcător de scări – ritm moderat	Utilizarea mașinilor aerobe – bicicleta eliptică, bicicleta staționară, urcător de scări – ritm viguros

Analizând recomandările Organizației Mondiale a Sănătății și ale Societății Europene de Cardiologie (ESC) privind activitatea fizică pentru persoanele ce trăiesc cu hipertensiunea arterială se atestă recomandări similare în privința tipurilor de activități fizice (activități aerobe și de rezistență), cât și nivelului de intensitate (moderată și viguroasă). Iar conform PCN „Hipertensiunea arterială la adult” activitatea fizică de intensitate viguroasă nu este inclusă în recomandări. Ghidul ESC recomandă o durată a activităților fizice de minimum 150 minute/săptămână, ceea ce corespunde cu recomandările PCN. Pe când OMS recomandă o durată a activității fizice între intervalul de minimum 150 de minute și maximum de 300 minute pe săptămână. Același lucru se atestă în privința frecvenței activităților fizice de rezistență. Acestea din urmă sunt recomandate să fie efectuate de minimum 3 ori pe săptămână conform

Ghidului ESC și PCN „Hipertensiunea arterială la adult”, iar OMS recomandă doar 2-3 sesiuni pe săptămână de activități fizice de rezistență.

Concluzii:

1. Creșterea nivelului de activitatea fizică la persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială poate îmbunătăți controlul tensiunii arteriale, mortalitatea prin boli cardiovasculare, calitatea vieții și starea de sănătate.

2. Persoanele cu hipertensiune arterială trebuie să fie încurajate să efectueze activitate fizică aerobă de intensitate moderată 150-300 minute pe săptămână, sau cel puțin 75-150 de minute de activitate fizică aerobă de intensitate viguroasă; sau o combinație echivalentă de activitate fizică de intensitate moderată și viguroasă pe parcursul săptămânii și activități de rezistență 2-3 zile pe săptămână, în absența contraindicațiilor specifice.

3. Extinderea informațiilor disponibile pentru lucrătorii medicali și persoanele care trăiesc cu hipertensiunea arterială ar putea contribui la creșterea aderării acestora la recomandările privind activitatea fizică.

Declarația de conflict de interes. Autorii declară că nu au niciun conflict de interese.

Declarația de finanțare. Studiu realizat în cadrul studiilor de doctorat la Școala Doctorală în Domeniul Științei Medicale a Universității de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”.

Referințe:

1. Costa, E. C., Hay, J. L., Kehler, D. S., Boreskie, K. F., Arora, R. C., Umpierre, D., Szwajcer, A., & Duhamel, T. A. (2018). Effects of high-intensity interval training versus moderate-intensity continuous training on blood pressure in adults with pre- to established hypertension: A systematic review and meta-analysis of Randomized Trials. *Sports Medicine*, 48(9), 2127–2142. <https://doi.org/10.1007/s40279-018-0944-y>;
2. Müller, P., Lechner, K., Halle, M., & Braun-Dullaeus, R. (2023). Physical activity and arterial hypertension. *Deutsche Zeitschrift Für Sportmedizin/German Journal of Sports Medicine*, 74(3), 74–79. <https://doi.org/10.5960/dzsm.2023.560>;
3. Physical Activity Guidelines Advisory Committee. (2018) *Physical Activity Guidelines Advisory Committee Scientific Report*. Washington, US;
4. Hayes, P., Ferrara, A., Keating, A., McKnight, K., & O'Regan, A. (2022). Physical activity and hypertension. *Reviews in Cardiovascular Medicine*, 23(9), 302. <https://doi.org/10.31083/j.rcm2309302>;
5. Rêgo, M. L., Cabral, D. A., Costa, E. C., & Fontes, E. B. (2019). Physical exercise for individuals with hypertension: It is time to emphasize its benefits on the brain and cognition. *Clinical Medicine Insights: Cardiology*, 13, 117954681983941. <https://doi.org/10.1177/1179546819839411>;
6. Kohl, H. W., Craig, C. L., Lambert, E. V., Inoue, S., Alkandari, J. R., Leetongin, G., & Kahlmeier, S. (2012). The pandemic of physical inactivity: Global Action for Public Health. *The Lancet*, 380(9838), 294–305. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(12\)60898-8](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(12)60898-8);
7. *Importanța activității fizice Pentru Sănătate*. prosanatate.md – Platforma ta de promovare a sănătății. <https://prosanatate.md/importanta-activitatii-fizice-pentru-sanatate/>;

8. Pelliccia, A., Sharma, S., Gati, S., Bäck, M., Börjesson, M., Caselli, S., Collet, J.-P., Corrado, D., Drezner, J. A., Halle, M., Hansen, D., Heidbuchel, H., Myers, J., Niebauer, J., Papadakis, M., Piepoli, M. F., Prescott, E., Roos-Hesselink, J. W., Graham Stuart, A., ... Rakhit, D. (2020). 2020 ESC guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *European Heart Journal*, *42(1)*, 17–96. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehaa605>;
9. Bull, F. C., Al-Ansari, S. S., Biddle, S., Borodulin, K., Buman, M. P., Cardon, G., Carty, C., Chaput, J.-P., Chastin, S., Chou, R., Dempsey, P. C., DiPietro, L., Ekelund, U., Firth, J., Friedenreich, C. M., Garcia, L., Gichu, M., Jago, R., Katzmarzyk, P. T., Willumsen, J. F. (2020). World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behaviour. *British Journal of Sports Medicine*, *54(24)*, 1451–1462. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2020-102955>;
10. Ministerul Sănătății al Republicii Moldova. (2020). *Hipertensiunea arterială la adult. Protocol Clinic Național*. Chișinău, Republica Moldova;
11. Curocichin, Gh., Carauș, A., Zarbailov, N., Țopa, A., Maximciuc, S., Moiseeva, A., Gușilă, I. (2023) *Ghidul pacientului cu hipertensiune arterială*. Chișinău, Republica Moldova;
12. U.S. Department of Health and Human Services. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans, 2nd edition*. Washington, US;
13. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Division of Nutrition and Physical Activity. (1999). *Promoting physical activity: a guide for community action*. Champaign, US;
14. Exercise and type 2 diabetes. (2000). *Medicine & Science in Sports & Exercise*, *32(7)*, 1345–1360. <https://doi.org/10.1097/00005768-200007000-00024>;
15. Canadian 24-hour movement guidelines: 24 Hour Movement Guidelines. <https://csepguidelines.ca/>;
16. Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Measuring physical activity intensity*. Centers for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/physicalactivity/basics/measuring/index.html>;
17. MacIntosh, B. R., Murias, J. M., Keir, D. A., & Weir, J. M. (2021). What is moderate to vigorous exercise intensity? *Frontiers in Physiology*, *12*. <https://doi.org/10.3389/fphys.2021.682233>.

CALITATEA VIEȚII PACIENȚILOR CU SIMPTOME SEVERE ALE TRACTULUI URINAR INFERIOR

Pleșacov Alexei¹, Tocarjevschii Iurie^{1,2}, Ghicavii Vitalii²

¹ Direcția Asistența Medicală Spitalicească al IMSPD Serviciul medical MAI, mun. Chișinău

² Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Rezumat

Introducerea: Hiperplazia benignă de prostată este o maladie a tractului urinar extrem de răspândită în rândurile bărbaților vârstnici, ce determină apariția simptomelor tractului urinar inferior. Utilizarea scorurilor IPSS, QoL demonstrează bine expresivitatea simptomelor tractului urinar inferior și se aplică la aprecierea calității vieții și la alegerea tacticii de tratament. **Scopul:** Evaluarea calității vieții a pacienților cu simptome ale tractului urinar inferior determinate de hiperplazia benignă de prostată. **Materialul și metodele:** 118 pacienți au fost incluși în studiul de evaluare a calității vieții pacienților cu simptome severe ale tractului urinar determinate de hiperplazia benignă de prostată. Toți pacienții au prezentat indicații pentru tratament chirurgical care a fost realizat prin 2 metode: Vapoenucleerea transuretrală Thulium:YAG laser a prostatei – 59 pacienți (Lotul I) și adenomectomia transvezicală – 59 pacienți (Lotul II). **Rezultate:** 40 pacienți (67,8%) din lotul I și 45 pacienți (76,3%) din lotul II au manifestat simptome cronice caracteristice hiperplaziei benigne de prostată. În lotul I au fost înregistrați 22 pacienți (37,3%, ÎI 95% [25,8-50,0]) cu catetere urinare instalate în perioada prespitalicească, iar în al doilea lot 14 pacienți (23,7%, ÎI 95% [14,3-35,7]). 78% din grupul pacienților ce au urmat tratamentul prin vapoenucleere și 74,6% din cei care au suportat adenomectomie clasică au administrat alfa-adrenoblocante totodată, 30,5% din lotul I și 28,8% din lotul II au utilizat inhibitorii de 5-alfa reductaza pe perioada lungă. Mediana IPSS în lotul II este de 28±1 puncte, iar în lotul I - 29±1 puncte. Mediana QoL este 5±1 puncte în lotul I și 4±1 puncte în lotul II. **Concluzii:** Evoluția naturală a hiperplaziei benigne de prostată agravează treptat starea pacienților și frecvent induce necesitatea tratamentului chirurgical din motivul calității nesatisfăcătoare a vieții. Analiza efectuată a demonstrat ponderea înaltă a pacienților ce nu au urmat tratament conservativ sistematic sau nici nu au recurs la această opțiune. **Cuvinte cheie:** hiperplazie benignă de prostată, calitatea vieții

Introducerea

Hiperplazia benignă de prostată (HBP) este o maladie a tractului urinar extrem de răspândită în rândurile bărbaților vârstnici ce determină apariția simptomelor tractului urinar inferior[1]. Global peste 80% dintre bărbații vârstnici, suferă de această patologie[2,3]. Printre principalele manifestări clinice ale BPH rămâne nicturia, frecventă, urgența micțională și disuria progresivă, care afectează grav sănătatea fizică și activitatea socială a bărbaților în vârstă[4]. Actualmente, majoritatea pacienților ce suferă HBP cu LUTS preferă farmacoterapia ca variantă inițială de tratament, privind aceasta ca unica opțiune. Apariția unui șir de preparate alfa-adrenoblocante (Alfuzosina, Tamsulozina, Siladozina, etc.) ce sunt utilizate în monoterapie sau în combinație cu inhibitorii de 5-alfa-reductaza (Finasterida, Dutasterida, etc) a permis asigurarea unui tratament conservativ cu rezultatele bune a pacienților cu LUTS de intensitate mică și medie determinate de HBP[5,6]. În același timp, alegerea tacticii de

tratament (supravegherea vigilentă, tratamentul medicamentos sau chirurgical) deseori este efectuată la nivelul medicinei primare. În pofida existenței unor criterii specializate, destinate stabilirii tacticii de conduită a pacientului, acestea în majoritatea cazurilor sunt aplicate doar de medicii urologi. [7,8]. Totodată, sunt bine determinate criteriile de calitate a vieții a pacienților, ce pot fi aplicate inclusiv de medici de familie pentru a stabili necesitatea unui consult urologic la un pacient vîrstnic. Utilizarea acestor (scorurile IPSS, QoL) demonstrează bine expresivitatea LUTS și se aplică la inițierea tratamentului medicamentos sau pentru stabilirea indicațiilor operatorii[5]. Este de menționat faptul că inițierea la timp a tratamentului conservativ poate ușura semnificativ starea pacienților și reduce necesitatea în tratamentul chirurgical. Astfel aplicarea acestor criterii de diagnostic la nivelul medicinei primare poate ameliora semnificativ calitatea vieții pacienților vîrstnici cu LUTS determinate de HBP.

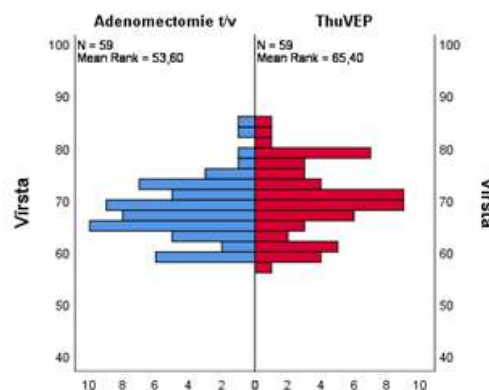
Scopul și obiectivele. Evaluarea calității de viață a pacienților cu simptomele tractului urinar inferior, determinate de hiperplazie benignă de prostată.

Materialul și metodele. În perioada 2017- 2018, 118 pacienți au fost incluși în studiu privind evaluarea calității de viață la pacienții cu simptomele severe ale tractului urinar determinate de hiperplazie benignă de prostată. Toți pacienți au fost evaluați prin colectarea anamnezei, Scorul Internațional a Simptomelor Prostataei (IPSS) și Scorul calității vieții (QoL).Criteriile de includere au fost: Volumul urinei reziduale (PVR) ≥ 70 ml, $Q_{max} \leq 10$ ml/s. Criteriile de excludere au fost vezica urinară neurogenă, cancerul confirmat a prostatei sau a vezicii urinare, intervențiile chirurgicale asupra prostatei sau uretrei în anamneză sau prezența cateterului uretral pe o durată lungă. Toți pacienți au prezentat indicații pentru tratamentul chirurgical ce denotă severitatea simptomatologiei. Tratamentul chirurgical a fost realizat prin 2 metode: Vapoenucleerea transuretrală Thulium: YAG laser a prostatei (ThuVEP) – 59 pacienți (Lotul I) și adenomectomia transvezicală – 59 pacienți (Lotul II). Repartizarea pacienților pe loturi a fost efectuată prin randomizare.

Rezultate obținute și discuții. Investigarea pacienților incluși în studiu a permis evaluarea calității de viață a acestora în perioada preoperatorie și corectitudinea selectării tacticii de tratament în perioada ambulatorie.

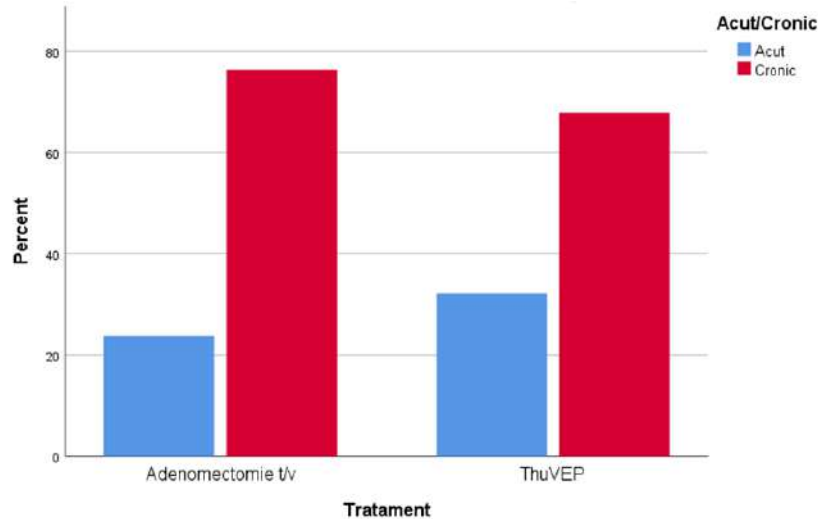
Analiza vîrstei pacienților înrolați în cercetare a demonstrat omogenitatea grupelor formate, vîrsta medie în lotul II constituind 67 ani și 70 ani în lotul I.

Figura 1. Repartizare pe vîrstă pacienților înrolați în studiu (118 pacienți)



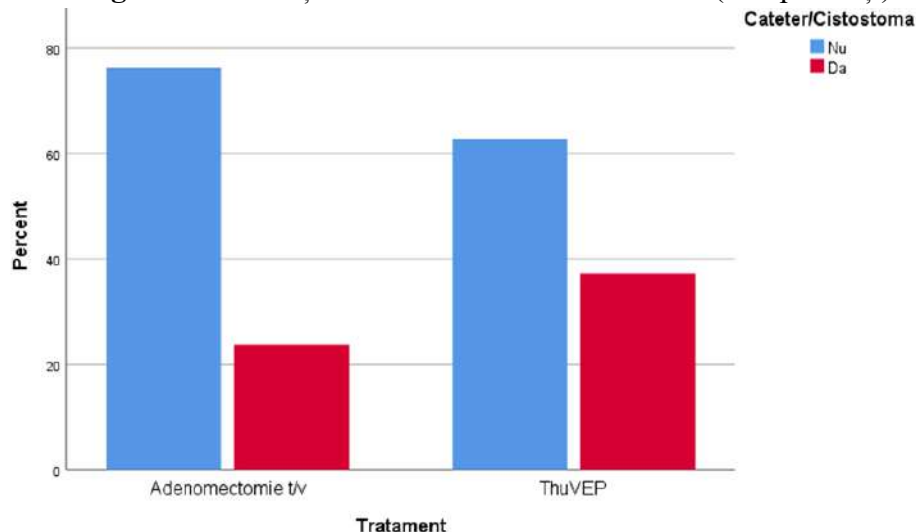
Luând în considerație evoluția naturală a hiperplaziei benigne de prostată, majoritatea pacienților înrolați în studiu au manifestat simptome cronice a bolii - 40 pacienți (67,8%) din lotul ThuVEP și 45 pacienți (76,3%) din lotul de chirurgie clasică (Figura 2). Alți 19 pacienți (32,2%) din lotul I și 14 pacienți (23,7%) din cei care au suportat adenomectomia transvezicală au raportat evoluția acută a maladiei și nu au urmat tratament medicamentos.

Figura 2. Evoluția LUTS în perioada preoperatorie



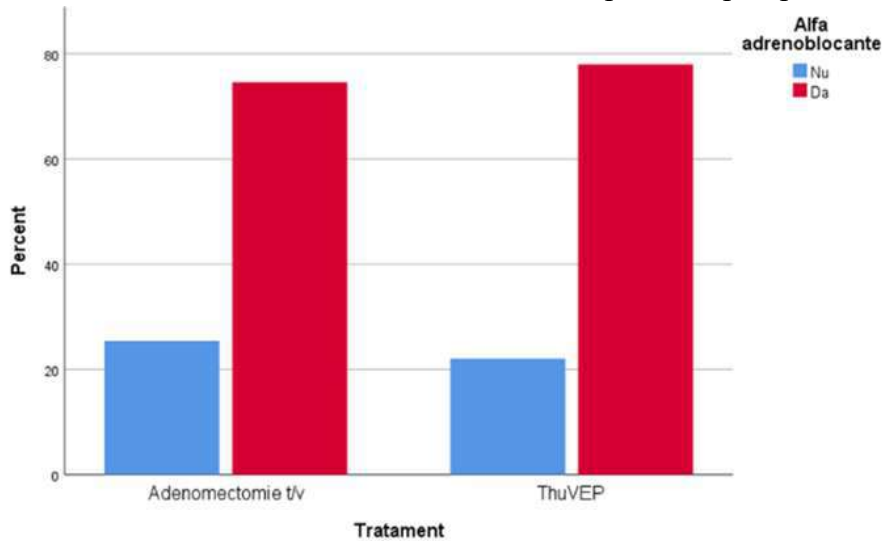
În lotul I au fost înregistrați 22 pacienți (37,3%, ÎI 95% [25,8-50,0]) cu catetere urinare instalate în perioada prespitalicească, iar în lotul II 14 pacienți (23,7%, ÎI 95% [14,3-35,7]) (Figura 3). Majoritatea acestor pacienți nu s-a adresat în instituțiile medicale cu acuze LUTS până la aplicarea unui cateter urinar și ca rezultat nu au urmat nici un tratament specializat.

Figura 3. Prezența cateterului urinar la internare (118 pacienți)



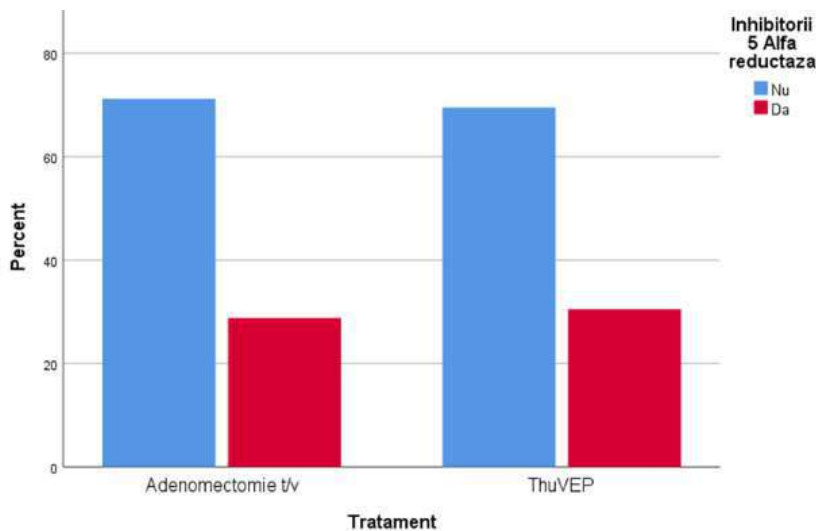
Astfel, doar 78% (46 pacienți) din grupul pacienților ce au urmat tratamentul endoulogic și 74,6% (44 pacienți) din cei care au suportat adenomectomie clasică au administrat alfa-adrenoblocante.

Figura 4. Administrarea alfa-adrenoblocantelor în perioada preoperatorie (118 pacienți)



În același timp, doar 30,5% (18 pacienți) din lotul I și 28,8% (17 pacienți) din lotul II au utilizat inhibitorii ai 5-alfa reductază pe perioada lungă. Concomitent putem observa un nivel redus de administrare a inhibitorilor de 5-alfa reductaza pe termen lung, utilizarea căror ar putea micșora semnificativ volumul prostatei la pacienți (Figura 4, Figura 5).

Figura 5. Administrarea inhibitorilor 5 alfa reductazei în perioada preoperatorie (118 pacienți)



Datele statistice obținute demonstrează rata insuficientă de administrare a tratamentului medicamentos sistematic în rândurile pacienților în pofida intensității LUTS raportate de acești pacienți. Conform calculelor realizate, mediana IPSS (Scorul Internațional a Simptomelor Prostatei) în grupul de adenomectomie transvezicală a constituit 28 ± 1 puncte, iar în grupul ThuVEP - 29 ± 1 puncte, ce caracterizează expresia severă LUTS, ce determină calitatea nesatisfăcătoare a vieții pacienților (Tabel 1).

Tabelul 1. Severitatea LUTS conform scorului IPSS

			IPSS
Tratament	Adenomectomie t/v	Minimum	22
		Maximum	31
		Standard Deviation	2
		Mediana	28
	ThuVEP	Minimum	27
		Maximum	34
		Standard Deviation	2
		Mediana	29

Majoritatea pacienților a raportat nivelul calității de viață – “Nefericit”. Acesta fiind determinat de LUTS: mediana fiind 5 ± 1 puncte în grupul ThuVEP și 4 ± 1 puncte în grupul de tratament clasic (Tabel 2).

Tabelul 2. Severitatea LUTS conform indexului QoL

			QoL
Tratament	Adenomectomie t/v	Minimum	4
		Maximum	6
		Mediana	4
		Deviere standard	1
	ThuVEP	Minimum	5
		Maximum	6
		Mediana	5
		Deviere standard	1

Intensitatea simptomatologiei LUTS poate fi redusă frecvent prin administrarea timpurie a medicației specifice. Studiile demonstrează că utilizarea tratamentului combinat (alfa-adreno blocante + inhibitorii 5-alfa reductazei) ameliorează starea pacienților și pot diminua necesitatea în tratament chirurgical[1,6,9,10]. Cheia succesului în conduita conservativă a pacienților cu HBP constă în analiza timpurie și inițierea precoce a medicației specifice, ce necesită complianța pacientului și supravegherea minuțioasă la nivelul medicinei primare[11].

Concluzii. HBP este o patologie răspândită pe larg în rândurile bărbaților și afectează semnificativ calitatea vieții acestora. Evoluția naturală a HBP agravează treptat starea pacienților și frecvent induce necesitatea tratamentului chirurgical pe motiv de calitate nesatisfăcătoare a vieții. Analiza efectuată a demonstrat ponderea înaltă a pacienților ce nu au urmat tratament conservativ sistematic sau nici nu au recurs la această opțiune. Astfel calitatea vieții acestor pacienți potențial ar putea fi semnificativ îmbunătățită. Acest fapt denotă inițierea tardivă a diagnosticului și a screeningului patologiilor prostatei și complianța redusă a pacienților față de tratament sistematic. Implementarea pe larg a acestora ar putea ameliora suferințele pacienților și ar impune reducerea ratei de intervenții chirurgicale pe motiv de HBP.

Referințe

1. Lokeshwar SD, Harper BT, Webb E, Jordan A, Dykes TA, Neal DE, et al. Epidemiology and treatment modalities for the management of benign prostatic hyperplasia. *Transl Androl Urol.* 2019;8(5):529–39.
2. C V, KR L. Benign prostatic hyperplasia: epidemiology, economics and evaluation. *Can J Urol.* 2015;22 Suppl 1:1–6.
3. Parsons JK, Wilt TJ, Wang PY, Barrett-Connor E, Bauer DC, Marshall LM. Progression of Lower Urinary Tract Symptoms in Older Men: A Community Based Study. *J Urol.* 2010;
4. Gratzke C, Bachmann A, Descazeaud A, Drake MJ, Madersbacher S, Mamoulakis C, et al. EAU guidelines on the assessment of non-neurogenic male lower urinary tract symptoms including benign prostatic obstruction. *Eur Urol.* 2015;67(6):1099–109.
5. Gravas S, Cornu J, Gacci M, Gratzke C. Management of Non-neurogenic Male LUTS. *EAU Guidel.* 2019;
6. A M, M W, M P, PE T, P D, S R, et al. Management of benign prostatic hyperplasia in the 21st century: temporal trends in Australian population-based data. *BJU Int.* 2020 Sep 1;126 Suppl 1(S1):18–26.
7. Leonardo C, Lombardo R, Cindolo L, Antonelli A, Greco F, Porreca A, et al. What is the standard surgical approach to large volume BPe? Systematic review of existing randomized clinical trials. *Minerva Urologica e Nefrologica.* 2020.
8. Ghicavii V. Managementul și aspecte epidemiologice a hipertrofiei benigne de prostată. *Info-Med.* 2016;2 (28)(2):42–5.
9. Souverein PC, Erkens JA, De la Rosette JJMCH, Leufkens HGM, Herings RMC. Drug treatment of benign prostatic hyperplasia and hospital admission for BPH-related surgery. *Eur Urol.* 2003;
10. U B, B VA, DS E. BPH update: medical versus interventional management. *Can J Urol.* 2016;23(Suppl 1):10–5.
11. Husted M, Gray D, Golding SE, Hindley R. Reaching a Tipping Point: A Qualitative Exploration of Quality of Life and Treatment Decision-Making in People Living With Benign Prostatic Hyperplasia. *Qual Health Res.* 2022 Nov 1;32(13):1979–92.

CLASIFICAREA CLINICĂ A BOLII DE REFLUX GASTRO-ESOFAGIAN (BRGE)

Scorpan Anatolie¹, Bivol Grigore¹, Scurtu Alina², Istrati Valeriu¹, Sârbu Oxana¹, Calin Ghenadie¹, Stoica Mihaela¹

¹ Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Spitalul Raional or. Râbnița, Republica Moldova

Rezumatul

Introducerea. Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o tulburare digestivă foarte frecventă la nivel mondial. În 2019 au existat 783,95 milioane de cazuri de BRGE la nivel global și această cifră este în continuă creștere. Prevalența BRGE în Republica Moldova constituie 17,4% și are o dispersie de la 15,0% la nordul Moldovei, până la 21,2% la sudul țării. Vârsta medie raportată pentru prima dată a BRGE a fost de 37,8 ani. BRGE este considerată o boală, care afectează preponderent persoanele tinere. **Scopul** constă în a propune o clasificare clinică pentru medicul practician care ar facilita stabilirea diagnosticului și selectarea corectă a tacticii de tratament al pacienților cu BRGE. **Materialul și metodele.** Studiul a fost realizat cercetând articolele în limba română, engleză și rusă, care au fost publicate în perioada 2009-2023, folosind bazele de date PubMed, Z-library, NCIB, IBN, cu utilizarea cuvintelor-cheie: „BRGE”, „morfologie”, „histopatologie”, „disfuncție endotelială”, „tabloul clinic”, precum și asocierea acestora, și în baza cercetărilor de către autorii lucrării în Clinica Medicină internă-semiologie, pe parcursul anilor de studii 2002-2022. **Rezultate.** Clasificarea clinică a BRGE este focusată spre evidențierea formelor clinice ale BRGE bazată pe sistematizarea simptomelor clinice, care vor corela cu modificările endoscopice, morfologice, ale motricității esofagului și metabolismului oxidului nitric și care va elucida gradul severității evoluției bolii de reflux gastroesofagian. **Rezultatele** au demonstrat următoarele: prezenta regurgitației și a pirozisului caracterizează BRGE, forma ușoară, ce corespunde endoscopic cu gradul 0. Asocierea la primele doua a durerii retrosternale corespunde formei medii a BRGE și endoscopic cu gradul I-II. Acuzele enumerate însoțite de disfagie și simptome respiratorii caracterizează BRGE forma gravă, ce corespunde cu gradul II-III endoscopic, iar asocierea a complicațiilor esofagiene sau extraesofagiene caracterizează BRGE forma severă și endoscopic gradul IV cu complicații. În primul caz morfologic se determina infiltrat inflamator, în cazul doi hiperplazia stratului bazal, alungirea papilelor și acantoză. Pentru ultimele doua cazuri sunt caracteristice eroziuni, metaplazie și displazie. Studiul a demonstrat existența corelației între concentrația metaboliților oxidului nitric cu BRGE și modificările de motricitate a treimeii inferioare a esofagului, acestea fiind direct proporționale cu gravitatea evolutivă a bolii. **Concluzii.** Conform cercetărilor efectuate și analizei rezultatelor obținute, clasificarea clinică propusă a BRGE este una accesibilă și va permite medicului de-a iniția un tratament adecvat, până la efectuarea investigațiilor dificile, agresive, costisitoare, deseori indisponibile. **Cuvinte cheie.** BRGE, clasificare.

Summary

Introduction. Gastroesophageal reflux disease (GERD) is a very common digestive disorder worldwide. In 2019, there were 783.95 million cases of GERD globally and this number is continuously increasing. The prevalence of GERD in the Republic of Moldova is 17.4% and has a dispersion from 15.0% in the north of Moldova to 21.2% in the south of the country. The mean age at first reported GERD was 37.8 years. GERD is considered a disease that mainly affects young people. **The aim** is to propose a clinical classification for the practitioner that would facilitate the establishment of the diagnosis and the correct selection of the treatment tactics of patients with GERD. **Material and methods.** The study was carried out by researching the articles in Romanian, English and Russian, which were published in the period 2009-2023, using the databases PubMed, Z-library, NCIB, IBN, using the keywords: "GERD", "morphology", "histopathology", "endothelial dysfunction", "clinical picture", as well as their association, and based on the research by the authors of the paper in the Internal Medicine-Semiology Clinic, during the 2002-2022 study years. **Results.** The clinical classification of GERD is focused on highlighting the clinical forms of GERD based on the systematization of clinical symptoms, which will correlate with endoscopic, morphological changes in the motility of the esophagus and nitric oxide metabolism and which will elucidate the degree of severity of the evolution of the gastroesophageal reflux disease. **The results** demonstrated the following: the presence of regurgitation and heartburn characterize GERD, the mild form, which endoscopically corresponds to grade 0. The association of retrosternal pain with the first two corresponds to the average form of GERD and endoscopically to grade I-II. The listed accusations accompanied by dysphagia and respiratory symptoms characterize GERD in the severe form, which corresponds to endoscopic grade II-III, and the association of esophageal or extraesophageal complications characterizes GERD in the severe form and endoscopically grade IV with complications. In the first morphological case, an inflammatory infiltrate is determined, in the second case, hyperplasia of the basal layer, elongation of the papillae and acanthosis. The last two cases are characterized by erosions, metaplasia and dysplasia. The study demonstrated the existence of a correlation between the concentration of nitric oxide metabolites with GERD and changes in the motility of the lower third of the esophagus, which are directly proportional to the evolving severity of the disease. **Conclusions.** According to the research carried out and the analysis of the obtained results, the proposed clinical classification of GERD is an accessible one and will allow the doctor to initiate an appropriate treatment, until the difficult, aggressive, expensive, often unavailable investigations are carried out. **Keywords.** GERD, classification.

Introducerea. Boala de reflux gastroesofagian (BRGE) este o tulburare digestivă foarte frecventă la nivel mondial. Conform definiției de la Montreal, BRGE este o stare de simptome și complicații care rezultă din retrogradarea conținutului stomacului și/sau duoden în esofag [11]. Diagnosticul BRGE se bazează de obicei pe simptomele clasice și pe răspunsul la supresia acidă după un studiu empiric [23]. BRGE este o preocupare importantă pentru sănătate, deoarece este asociată cu scăderea calității vieții și morbiditate semnificativă. Conform datelor OMS, BRGE ocupa locul 5 în structura maladiilor, care afectează calitatea vieții pacienților [1]. Tratamentul cu succes al simptomelor BRGE a fost asociat cu o

îmbunătățire semnificativă a calității vieții, inclusiv scăderea durerii, creșterea vitalității, a funcției fizice și sociale și stare de bine emoțional [24].

În 2019 au existat 783,95 milioane de cazuri de BRGE la nivel global și această cifră este în continuă creștere. Între 1990 și 2019, numărul total de cazuri prevalente, cazuri incidente și ani de viață sănătoasă pierduți din cauza dizabilității cauzată de BRGE a crescut cu 77,53%, 74,79% și respectiv 77,19% [9]. Conform Organizației Națiunilor Unite (ONU) cel puțin 170.000 de adulți și 56.000 de copii vor fi nou diagnosticați cu BRGE în fiecare an [2]. Durata medie a bolii a fost de 9,8 ani.

O comparație a prevalenței regionale și continentale a BRGE arată că există mici variații între ratele din America de Nord și Europa, o prevalență mult mai mică raportată a BRGE în țările asiatice. Prevalența BRGE în lumea occidentală este estimată între 10% și 25%, în timp ce prevalența în Asia este raportată a fi <5% [4].

De la 10% până la 20% din pacienți raportează săptămânal simptome esofagiene ca arsuri la stomac și/sau regurgitare [20]. În Republica Moldova arsurile la stomac reprezintă simptomul de bază și caracteristic al BRGE: a fost indicat de 76,6% dintre respondenți și indică o frecvență foarte mare a bolii în cauză [14]. Prevalența BRGE în Republica Moldova constituie 17,4% și corespunde cu media în țările Europei (M= 18,6% cu dispersia de la 7,7% Italia, până la 36,0% Danemarca) și are o dispersie de la 15,0% la nordul Moldovei, până la 21,2% la sudul țării [13]. Vârsta medie raportată pentru prima dată a diagnosticului de BRGE a fost de 37,8 ani. BRGE este o boală, care afectează preponderent persoanele tinere [19].

Recent, BRGE a atras atenția oamenilor de știință și medicilor din multe țări, ceea ce este asociat cu o creștere a frecvenței de detectare a acestei patologii, o varietate de manifestări clinice, în special extraesofagiene, printre care există cele care au o legătură stabilită cu BRGE (tuse, laringită, astm, eroziunea dinților) și a celor care au doar presupusa asociere (faringită, sinuzită, fibroză pulmonară idiopatică, otită medie) [3].

BRGE reprezintă o boală cu impact global pronunțat, iar abordarea terapeutică interdisciplinară a acesteia culminând cu un program de tratament țintit, determină ameliorarea simptomelor cu o îmbunătățire a calității vieții pacientului.

Scopul constă în a propune o clasificare clinică pentru medicul practician care ar facilita stabilirea diagnosticului și selectarea corectă a tacticii de tratament al pacienților cu BRGE. Clasificarea clinică a BRGE este focusată spre evidențierea formelor clinice de evoluție a maladiei și aprecierea gradului de severitate a ei în conformitate cu modificările endoscopice, morfologice, ale motricității esofagului și metabolismului oxidului nitric.

Obiectivele.

1. Studiarea modificărilor histopatologice ale mucoasei esofagului în diferite forme endoscopice ale BRGE.
2. Determinarea gradului de corelare a simptomelor clinice ale BRGE cu criteriile endoscopice și morfologice.
3. Aprecierea motricității esofagului în dependență de gradul de afectare.

4. Determinarea nivelului metaboliților oxidului nitric în serul sangvin și sucii gastrici la pacienți cu diferite forme ale BRGE.

Materialul și metodele. Studiul a fost realizat cercetând articolele în limba română, engleză și rusă, care au fost publicate în perioada 2009-2023, folosind bazele de date PubMed, Z-library, NCIB, IBN, cu utilizarea cuvintelor-cheie: „BRGE”, „morfologie”, „histopatologie”, „disfuncție endotelială”, „tabloul clinic”, precum și asocierea acestora, și în baza cercetărilor de către autorii lucrării în Clinica Medicină internă-semiologie, pe parcursul anilor de studii 2002-2022.

Pe parcursul anilor 2002-2023 noi am studiat corelațiile între tabloul clinic al BRGE și:

- Manifestările endoscopice
- Modificările morfologice ale mucoasei esofagului
- Dereglările motricității esofagului
- Dereglării metabolismului oxidului nitric.

Rezultate obținute și discuții. Refluxul gastroesofagian este în primul rând o tulburare a sfincterului esofagian inferior (SEI), în dezvoltarea acestuia. Factorii care influențează BRGE sunt atât fiziologici, cât și patologici [15]. Cea mai frecventă cauză este relaxarea tranzitorie a sfincterului esofagian inferior. Acestea sunt momente scurte de inhibare a tonusului sfincterului esofagian inferior, care sunt independente de o înghițire [16]. Deși acestea sunt de natură fiziologică, există o creștere a frecvenței în faza postprandială și contribuie foarte mult la refluxul acid la pacienții cu BRGE. Alți factori includ presiunea redusă a sfincterului esofagian inferior, herniile hiatale, clearance-ul esofagian afectat și golirea gastrică întârziată [20].

Diagnosticul de BRGE nu este îndoielnic și este stabilit de medic pe baza criteriilor clinice dacă pacientul este deranjat de arsuri la stomac mai mult de două ori pe săptămână timp de trei luni sau mai mult. Se disting formele erozive și non-erozive ale BRGE [25]. Acesta din urmă este diagnosticat în cazul în care există o variantă negativă a bolii endoscopice în prezența datelor clinice și a datelor privind pH-ul esofagului, confirmând refluxurile gastroesofagiene patologice [18].

La baza patogenezei BRGE sunt: factorii de agresiune (endo și exogeni), dismotorica esofagului și a stomacului, clearance-ul esofagian, disfuncția antrogastrală, dereglarea mecanismului antireflux a conexiunii gastroesofagiene și sfincterul esofagian inferior (SEI), plica Gubarev, unghiul Hiss etc. și dereglarea mecanismelor de protecție a mucoasei esofagului cum ar fi: stratul de mucopolizaharide, rezistența normală a membranei mucoase a esofagului, capacitatea regeneratoare a epitelului, microcirculația, etc. [21]. Un studiu recent a sugerat că hipoxia mucoasei esofagiene, care este cauzată de disfuncția endotelială, este un factor important în dezvoltarea BRGE, deoarece reduce rezistența țesutului esofagian și provoacă disfuncția sfincterului inferior esofagian [8]. Manifestările DE sunt o vasodilatație dependentă de endotelium, care se manifestă datorită sintezei reduse de oxid nitric (NO) [22]. Inhibarea cronică a NO sintezei duce rapid la lezarea esofagului și a stomacului [6].

Ca urmare, refluatul din stomac și/sau duoden afectează agresiv mucoasa esofagului (ME). Contactul ME cu acidul clorhidric și pepsina este principalul factor pentru apariția simptomelor BRGE [17]. BRGE are un polimorfism clinic foarte bogat [10]. Simptomele BRGE pot fi împărțite în simptome tipice: pirozis, regurgitație acidă, eructații; simptome

atipice: sialoree, gust metalic, durere toracică și/sau epigastrică; simptome de alarmă locale: disfagie, odinofagie, hemoragie digestivă superioară; simptome generale: scădere ponderală, anemie, astenie; și simptomele complicațiilor locale: stenoză peptică, ulcer esofagian, hemoragie, sindrom Barret, adenocarcinom esofagian; sau extraesofagiene: disfonie, globus, tuse, astm, pneumonie de aspirație, cardialgii, disritmii cardiace [26].

Sunt cunoscute mai multe clasificări ale BRGE, care sunt bazate pe diferite criterii. Diferiți autori utilizează diferite criterii de apreciere a gradului de severitate a BRGE.

În baza simptomatologiei clinice, Василейко В. X. și coaut., 1966, ei au evidențiat următoarele forme clinice ale BRGE: latentă (asimptomă), dispeptică, algică, cardialgică (pseudocoronariană) [26]. La baza acestei clasificări stau simptomele manifestării bolii de reflux gastroesofagian. Dezavantajul constă în aceea că rareori există o concordanță între gravitatea afecțiunii și severitatea simptomelor, între severitatea simptomelor și modificările endoscopice, inclusiv cele morfologice ale sfîcterului cardiac, între severitatea simptomelor sau modificările endoscopice și diagnosticul histologic.

Așa, Араблинский В. М. în 1965 apreciază trei grade de severitate a esofagitei de reflux în baza tabloului clinico-radiologic [25]. În 1971 В. X. Василенко și coaut. au propus de a evidenția gradele de severitate a esofagitei de reflux ca: ușoară, medie și severă în baza datelor clinico-morfologice. Dezavantajele constau în: a) clasificarea nu are o corelare între tabloul clinic, radiologic și morfologic, b) imposibilitatea de a efectua pe scară largă metoda morfologică de examinare, iar corelarea cu metoda endoscopică lipsește, c) metoda radiologică – insuficient informativă.

Evaluarea endoscopică a esofagului pentru determinarea prezenței sau absenței BRGE, precum și în scopul evaluării gravității acesteia, este crucială pentru formularea deciziilor cu privire la managementul pacientului și pronosticul afecțiunii.

Actualmente, pentru utilizare în practica medicală în scopul evaluării aspectului endoscopic și gradului de severitate a esofagitei de reflux este recomandată clasificarea adoptată în 1994 la Congresul Mondial de Gastroenterologie din Los Angeles. Sistemul de clasificare Los Angeles, publicat în forma sa finală în 1999, este cel mai frecvent și simplu utilizat, cel mai validat și reproductibil și include 4 stadii de modificări ale mucoasei porțiunii inferioare a esofagului:

Stadiul A. Una sau mai multe eroziuni sub 5 mm lungime, situate pe crestele pliurilor și nu se extind între pliurile mucoasei.

Stadiul B. Una sau mai multe eroziuni peste 5 mm lungime, situate pe crestele pliurilor ce nu se extind între pliurile mucoasei.

Stadiul C. Eroziuni multiple, dintre care unele se extind între pliurile mucoasei și cuprind mai puțin de 75% din circumferința esofagiană.

Stadiul D. Eroziuni multiple, dintre care unele se extind între pliurile mucoasei și cuprind mai mult de 75% din circumferința esofagiană.

Însă, această clasificare nu caracterizează complicațiile BRGE (stenoza esofagiană, ulcerul esofagian, esofagul Barrett). Din aceste considerente, la momentul actual tot mai frecvent este utilizată clasificarea Savary-Miller (1978) în modifiacția Carrison (1996) [5]:

Gradul 0. Absența semnelor de reflux-esofagită.

Gradul I. Eroziuni singulare (sau multiple) neconfluente cu eritem și, frecvent, cu exsudat, care ocupă sub 10% din circumferința porțiunii distale a esofagului.

Gradul II. Eroziuni multiple, confluențe, care ocupă sub 10-50% din circumferința porțiunii distale a esofagului.

Gradul III. Eroziuni multiple, care ocupă practic toată circumferința porțiunii distale a esofagului.

Gradul IV. Complicații ale esofagitei de reflux: ulcer peptic, strictură peptică, esofag Barrett.

În ultimii ani este larg utilizată o clasificare nouă a BRGE, clinico-endoscopică, aprobată la al IX Congres Săptămânal Gastroenterologic European din Amsterdam, care divizează BRGE în 3 stadii [7]:

1. Forma non-erozivă a BRGE.
2. Forma eroziv-ulceroasă a BRGE și complicațiile ei: ulcer și stenoza esofagiană.
3. Esofagul Barrett care reprezintă o înlocuire progresivă a mucoasei scuamoase distale erodate cu epiteliu metaplazic.

O alta clasificarea a manifestărilor clinice ale BRGE este cea după consensul din Montreal din 2005. Manifestările au fost grupate în două categorii, sindroame a cărei legătură cu BRGE este dovedită precum: sindromul tusei de reflux, sindromul laringite de reflux, sindromul astmului de reflux, sindromul de reflux cu erozia dentară și patologii a cărei legătură cu BRGE este presupusă precum: faringita, sinusita, fibroza pulmonara idiopatică, otita medie recidivantă. Dezavantajele constau în: a) nu permite medicului de a aprecia severitatea procesului, gradul de afectare a peretelui esofagului (mucoasa, submucoasa, stratul muscular); b) permite a determina leziunile vizibile ale mucoasei esofagiene; c) clasificarea este bazată pe tabloul endoscopic, constatat la momentul examinării;

Dar cum procedează medicul de familie când pacientul acuza pirozis, odinofagie, disfagie, iar endoscopic vom avea forma nonerozivă, sau modificări minore: gr I sau gr II? Cum va fi determinată tactica de tratament? Ca urmare a studierii corelațiilor între tabloul clinic și BRGE am determinat corelațiile între gradul de afectare a peretelui esofagului, raportate la severitatea evoluției clinice a BRGE. Esența, constă în faptul că se propune o clasificare clinică pentru medicul practician care ar facilita stabilirea diagnosticului și selectarea corectă a tacticii de tratament.

Clasificarea clinică a BRGE este focusată spre evidențierea formelor clinice de evoluție a maladiei și aprecierea gradului de severitate a ei în conformitate cu modificările endoscopice, morfologice, ale motricității esofagului și metabolismului oxidului nitric.

Ne-am propus să implementăm în practica medicului practician (medic de familie, internist, gastroenterolog) clasificarea clinică, bazată pe sistematizarea simptomelor clinice,

care vor corela cu modificările endoscopice, morfologice, ale motricității esofagului și metabolismului oxidului nitric și care va elucida gradul severității evoluției bolii de reflux gastroesofagian [12]. Aceasta va permite medicului de a iniția un tratament adecvat, până la efectuarea investigațiilor dificile, agresive, costisitoare, deseori indisponibile. Rezultatele cercetării au fost incluse în tabelul 1-6.

Tabelul 1. Modificările histopatologice ale mucoasei esofagului în diferite forme endoscopice ale BRGE.

Nr. d/o	Criteriul histopatologic	BRGE endoscopic pozitivă, n = 77		BRGE endoscopic negativă, n = 27	
		Abs	%	Abs	%
1	Eroziuni	48	62,3	0	0
2	Infiltrat inflamator	68	88,3	0	0
3	Hiperplazia stratului bazal	77	100	27	100
4	Numărul crescut de polimorfonucleare	66	85,7	11	40,7
5	Alungirea papilelor	75	97,4	27	100
6	Modificări vasculare	40	51,9	4	14,8
7	Vacuolizarea celulelor	56	72,7	17	62,9
8	Mărirea spațiului intercellular	66	85,7	18	66,7
9	Displazie	19	24,7	0	0
10	Metaplazie	5	6,5	0	0
11	Acantoză	21	27,3	6	22,2
12	Hipercheratoză	33	42,9	7	25,9
13	Durata celui mai lung reflux	29,55±6,2 minute		14,4±3,8 minute	
14	Scorului DeMeester	63,47±9,3		23,03±1,8	

După cum reiese din tabelul 1, se constată diferite modificări morfologice inclusiv și în cazurile de formă endoscopic negativă a BRGE.

Tabelul 2. Gradul de corelare a simptomelor clinice ale BRGE cu criteriile endoscopice.

Criteriile endoscopice	Simptomul clinic							
	Disfagia		Durerea		Acuze respiratorii		Regurgitație	
	X	K	X	K	X	K	χ	K
Hiperemia mucoasei	29,37	0,190	17,6	0,161	20,07	0,184	-	-
Elasticitatea pliurilor	46,87	0,318	7,21	0,049	18,66	0,126	-	-
Edemul mucoasei	31,527	0,2895	17,03	0,156	10,93	0,100	-	-
Linia „Z” (ștearsă)	42,535	0,2892	-	-	9,70	0,065	-	-
Insuficiență SEI	44,55	0,302	-	-	7,26	0,049	22,40	0,210

RGE	8,406	0,057	-	-	7,23	0,069	8,99	0,086
Hernie hiatală	27,10	0,184	4,86	0,046	7,07	0,063	-	-
Hemoragie de contact	59,01	0,401	5,575	0,053	22,40 3	0,215	-	-
Eroziuni	80,63	0,548	-	-	25,98	0,144	-	-
Ulcer esofagian	22,06	0,149	-	-	19,57	0,188	-	-

Această analiză indică, că regurgitația, pirozisul pot fi întâlnite în ambele forme endoscopice a bolii, pe când așa simptome ca durerea și în deosebi disfagia se întâlnesc mai evident în formele cu manifestări endoscopice și morfologice mai pronunțate.

Tabelul 3. Gradul de corelare a simptomelor clinice ale BRGE cu criteriile morfologice.

Criteriile morfologice	Simptomul clinic							
	Disfagia		Durerea		Acuze respiratorii		Regurgitație	
	X	K	X	K	X	K	χ	K
Eroziuni	62,25	0,423	-	-	19,07	0,183	4,99	0,048
Infiltrat inflamator	37,29	0,253	-	-	18,90	0,181	-	-
Hiperplazia stratului bazal	14,67	0,099	-	-	11,72	0,112	-	-
Alungirea papilelor	8,37	0,059	3,91	0,037	-	-	-	-
Modificări vasculare	12,203	0,082	14,729	0,141	-	-	7,65	0,073
Vacuolizarea celulelor	8,312	0,056	8,76	0,084	-	-	6,39	0,061
Displazia epiteliului	31,55	0,214	5,196	0,049	-	-	-	-

Disfagia - simptom de alarmă, în BRGE este indicator al severității afectării peretelui esofagului.

Tabelul 4. Rezultatele examenului scintigrafic al esofagului, (sec).

Nivelul esofagului	Lotul martor n = 21	BRGE		
		Evoluție ușoară n = 20	Gravitate medie n = 19	Evoluție severă n = 16
1/3 superioară	2,3 ± 0,3	2,3 ± 0,3	2,3 ± 0,4	3,1 ± 0,3
1/3 medie	5,2 ± 0,3	5,5 ± 0,3	6,0 ± 0,5	10,0 ± 0,5
1/3 inferioară	7,2 ± 0,5	8,1 ± 0,6	8,9 ± 0,3	14,0 ± 0,3

Rezultatele examenului scintigrafic al esofagului ne demonstrează că modificări evidente ale motricității în treimea superioară a esofagului nu se determină (lotul martor – $2,3 \pm 0,3$ sec, BRGE evoluție ușoară – $2,3 \pm 0,9$ sec, gravitate medie – $2,3 \pm 0,4$ sec, evoluție severă – $3,1 \pm 0,3$ sec).

În treimea medie și, în deosebi, în treimea inferioară am constatat dereglări ale motilității peretelui esofagului în BRGE comparativ cu motricitatea esofagului la indivizii sănătoși (sănătoși – $7,2 \pm 0,5$ sec, BRGE forma ușoară – $8,1 \pm 0,6$ sec, gravitate medie – $8,9 \pm 0,3$ sec și forma gravă – $14,0 \pm 0,3$ sec). Așa dar, motricitatea peretelui esofagian evident se modifică în treimea inferioară a esofagului și de menționat că, aceste modificări direct proporțional depind de gravitatea evolutivă a bolii de reflux gastroesofagian.

Tabelul 5. Timpul propagării undei peristaltice stabilit în esofagoscopie, (sec).

Nr. d/o	Forma de evoluție a BRGE	M \pm m	P
1	ușoară (n = 59)	6,4 sec \pm 0,7	P _{1,2} < 0,001 P _{1,3} < 0,001 P _{2,3} < 0,001 P _{1,4} < 0,01 P _{2,4} < 0,001 P _{3,4} < 0,001
2	gravitate medie (n = 17)	10,9 sec \pm 0,7	
3	severă (n = 15)	17,1 sec \pm 0,3	
4	lotul martor (n = 11)	5,2 sec \pm 0,3	

Studierea nivelului metaboliților oxidului nitric (NO) este o problemă de actualitate majoră și indispensabilă pentru aprofundarea cunoștințelor despre patogenia BRGE. Perspectiva studiului constă în evidențierea noilor criterii clinice, de diagnostic și dezvoltarea recomandărilor de modulare a proceselor de formare a BRGE.

Tabelul 6. Nivelul metaboliților oxidului nitric în serul sangvin și sucii gastric la pacienți cu diferite forme ale BRGE.

Nivelul metabolitului NO	Lotul martor	BRGE			
		Gr. I	Gr. II	Gr. III	Gr. IV
În ser	70,5 \pm 0,6	71,8 \pm 0,3	83,4 \pm 0,7	97,02 \pm 0,4	99,6 \pm 0,2
În sucii gastric	25,04 \pm 0,5	37,5 \pm 0,57	42,9 \pm 0,5	52,1 \pm 0,9	56,61 \pm 0,09

Existența corelației între concentrația metaboliților oxidului nitric cu gradul de severitate al afectării esofagului, permite de a constata, că oxidul nitric ar putea fi un marker reductabil al procesului inflamator al mucoasei esofagiene, de asemenea este un indicator ferm al gradului de afectare a ME.

Metoda propusă nu necesită investigații paraclinice endoscopice și este minim invazivă pentru pacient, care ar asigura monitorizarea la distanță a stării de sănătate a populației și de a face unele corecții în tratamentul BRGE. Toate criteriile clinice, care au fost utilizate pentru stabilirea clasificării sunt incluși în tabelul 6.

Tabelul 6. Clasificarea clinică a Bolii de Reflux Gastro-Esofagian (BRGE) propusă.

Criteriul clinic	Forma evolutivă a BRGE			
	Gradul I (evoluție ușoară)	Gradul II (evoluție medie)	Gradul III (evoluție severă)	Gradul IV (evoluție severă cu complicații severe)
Acuzele pacientului				
Pirozislul	+	+	+	+
Regurgitația	+	+	+	+
Durerea		+	+	+
Disfagia			+	+
Simptoame respiratorii			+	+
Esofagul Barrett				+
Anemia				+
Pierdere ponderală				+
Criteriul endoscopic Savary-Miller (1978) în modifi cația Carrison (1996)				
Grad 0	+			
Grad I-II		+		
Grad III-IV			+	
Grad IV și complicații				+
Motricitatea esofagului				
Timpul de propagare a undei peristaltice, sec. (endoscopic)	6,4	10,9	17,1	19,6
Timpul de propagare a undei peristaltice, sec. (scintigrafic)	8,1	8,9	14,0	16,2
Criteriul morfologic				
Infiltrat inflamator	+	+	+	+
Număr crescut de polimorfonucleare	+	+	+	+
Hiperplazia stratului bazal		+	+	+
Alungirea papilelor		+	+	+
Acantoză		+	+	+
Eroziuni		- +	+	+
Metaplazie		- +	+	+
Displazie			+	+
Metaboliții NO în ser	71,8 ± 0,3	83,4 ± 0,7	97,02 ± 0,3	99,6 ± 0,2
Metaboliții NO în suc gastric	37,5 ± 0,57	42,9 ± 0,5	52,1 ± 0,9	56,61 ± 0,09

Rezultatul constă în a demonstra gradul de corelare a simptomelor clinice a BRGE cu criteriile histopatologice, morfologice, endoscopice prin intermediul fibroesofagogastroduodenoscopiei (FEGDS) și metaboliților oxidului nitric (NO) în dependență de gradul de evoluție a bolii..

Făcînd totalul, atunci cînd pacientul prezintă acuze, putem constata următoarele:

1. Regurgitație (acidă sau biliară) + pirozis – avem BRGE, forma ușoară
2. Regurgitație + pirozis + durere retrosternală – avem BRGE, gravitate medie
3. Regurgitație + pirozis+ durere restrosternală + disfagie+ simptome respiratorii - avem BRGE evoluție gravă.
4. Regurgitație + pirozis + durere restrosternală + disfagie + complicații esofagiene (ulcer, esofagul Barrett) sau extraesofagiene (anemie, respiratorii, cardiace) - avem BRGE evoluție severă cu complicații

Conform cercetărilor efectuate și analizei rezultatelor obținute, se poate simplifica clasificarea clinică doar conform simptomelor clinice de bază, care caracterizează BRGE (regurgitația, pirozismul, durerea, disfagia, simptome respiratorii). Astfel, clasificarea clinică propusă este una accesibilă și ușurează munca medicului practician în stabilirea diagnosticului și elaborarea tacticii corespunzătoare de tratament.

Concluzii.

1. Modificările histopatologice ale mucoasei esofagului endoscopic în BRGE fără esofagită se caracterizează prin: prezența infiltratului inflamator și creșterea numărului de polimorfonucleare, hiperplazia stratului bazal și alungirea papilelor, iar la baza clinicii stă regurgitația și pirozismul. În BRGE cu esofagită se determină: eroziuni, metaplazie și displazie, iar clinic se manifestă prin : regurgitație, pirozis, durere, disfagie, simptome respiratorii și cardiace. Ambele forme pot fi însoțite de prezența acantozei.
2. Dintre simptomele clinice studiate ale BRGE raportate la modificările endoscopice și morfologice s-a determinat o corelație a disfagiei și a simptomelor respiratorii ca criteriu comun pentru modificările endoscopice și morfologice mai severe, durerea fiind mai mult caracteristică pentru modificările morfologice, iar regurgitățile pentru modificările endoscopice.
3. Modificări evidente ale motricității în treimea superioară a esofagului nu se determină, însă modificările în treimea medie și în treimea inferioară sunt direct proporționale și depind de gravitatea evolutivă a BRGE.
4. Nivelul metaboliților oxidului nitric în serul sangvin și sucii gastrici depind de forma endoscopică a BRGE și gradul de acidificare al esofagului și corelează cu severitatea inflamației mucoasei esofagului.

Referințe.

1. Calin, G., Istrati, V., Stoica, M., Sârbu, O., Scurtu, A., Scorpan, A. Sintropia - boli dependente de acid și hipertensiune arterială. In: *One Health and Risk Management*. 2022, nr. 3(3), pp. 10-17. ISSN 2587-3458.

2. Clarrett, D. Reflux inhibitors: a new approach for GERD. Gastroesophageal Reflux Disease (GERD). In: *Mo Med*. 2018, vol. 115(3), pp. 214-218. ISBN 573. 636.5151.
3. Crews, N. et al. Prevalence and predictors of gastroesophageal reflux complications in community subjects. In: *Dig. Dis. Sci.* 2016, vol. 61, pp. 3221–3228. doi:10.1007/s10620-016-4266-3. [accesat pe 01.03.2024].
4. Eusebi, L., H. et al. Global prevalence of, and risk factors for, gastro-oesophageal reflux symptoms: a meta-analysis. In: *Gut*. 2018, vol. 67(3), pp. 430-440. doi:10.1136/gutjnl.2016.313589. [accesat pe 10.03.2024]
5. Fiocca, R. et al. Development of consensus guidelines for the histologic recognition of microscopic esophagitis in patients with gastroesophageal reflux disease: the Esohisto project. In: *Hum. Pathol.* 2010, vol. 41(2), pp. 223-231. doi:10.1016/j.humpath.2009.07.016. [accesat pe 27.02.2024].
6. Gewaltig, M. et al. Vasoprotection by nitric oxide: mechanisms and therapeutic potential. In: *Cardiovascular research*. 2002, vol. 55, pp. 205-260. doi:10.1016/s0008-6363(02)00327-9. [accesat pe 28.02.2024]
7. Mastracci, L. et al. Microscopic esophagitis in gastro-esophageal reflux disease: individual lesions, biopsy sampling, and clinical correlations. In: *Virchows Arch*. 2009, vol. 454, pp. 31-39. <https://doi.org/10.1007/s00428-008-0704-8>. [accesat pe 08.03.2024]
8. Morris, G., Puri, B., Olive, L. et al. Endothelial dysfunction in neuroprogressive disorders - causes and suggested treatments. In: *BMC Med*. 2020, vol. 18, p. 305. doi: 10.1186/s12916-020-01749-w. [accesat pe 11.03.2024]
9. Nirwan, J. et al. Global Prevalence and Risk Factors of Gastro-oesophageal Reflux Disease (GORD): Systematic Review with Meta analysis. In: *Scientific Reports*. 2020, vol. 10 (1), p. 5814. doi:10.1038/s41598-020-62795-1.[accesat pe 10.03.2024]
10. Scorpan, A. Corelațiile clinice, endoscopice și morfologice în boala de reflux gastroesofagian. Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale. Chișinău, 2004.
11. Scorpan, A., Bivol, G. Viziuni contemporane asupra patogeniei, diagnosticului și tratamentului bolii de reflux gastroesofagian. În: *Materialele Conferinței a II-a Republicane „Actualități în gastroenterologie: aspecte terapeutice și chirurgicale” (15 – 16 mai, 2003)*. Chișinău, 2003, p. 13-24.
12. Scorpan, A., Bivol, G., Canțer, V., Scurtu, A., Scurtu, S. *Metodă de diagnosticare a gradului de gravitate a esofagitei de reflux*. Brevet de invenție nr. 2160 din 23.01.2003.
13. Scorpan, A., Istrati, V., Calin, G., Scurtu, A., Botezatu A., Bodrug, N. The epidemiology of the gastroesophageal reflux disease (GERD) in the Republic of Moldova. In: *Scientific collection. Intercof*. 2020, vol. 3(36), pp. 976-984. ISBN 978-9934-534-34-8.
14. Scorpan, A., Scurtu, A., Istrati, V., Dumbrava, V.-T., Bivol, G., Gîțu, L. Epidemiologia refluxului gastroesofagian în Republica Moldova. În: *Curierul Medical*. 2012, vol. 3(327), pp. 308-311. ISSN 1857-06.
15. Scurtu A. Particularitățile clinico-paraclinice ale bolii de reflux gastroesofagian în raport cu metabolismul și polimorfismul genetic al oxidului nitric. Autoreferatul tezei de doctor în științe medicale, Chișinău, 2016.
16. Scurtu, A., Istrati, V., Scorpan, A., Dumbrava, V.-T., Bodrug, N., Bivol, G., Gîțu, L., Iacub, V. Rolul pH - metriei esofagiene monitorizată 24 or 227 diagnosticarea bolii de reflux gastroesofagian. În: *Curierul medical*. 2012, vol. 3(327), pp. 312-314. ISSN 1857-0666.

17. Scurtu, A., Istrati, V., Scorpan, A., Dumbrava, V-T., Bivol, G., Bodrug, N. Nivelul metaboliților oxidului nitric în serul sanguin la pacienții cu boală de reflux gastroesofagian. În: *Curierul Medical*. 2012, nr. 3(327), pp. 222-223. ISSN 0130-1535.
18. Shcherbenkov, I., et al. Pacient multimorbid: accentul este pus pe boala de reflux gastroesofagian. In: *Consilium Medicum*. 2018, nr. 20 (8), pp. 24–31.
19. Stoica, M., Caliga, E., Sârbu, O., Sasu, D., Gavriiliuc, S., Scurtu, A., Scorpan, A., Istrati, V. Sintropia - boala de refluxgastroesofagian și boala cardiacă ischemică - metodele diagnostic și tactica de tratament. In: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2023, nr. 4(97_S), pp. 33-39. ISSN 1729-8687.
20. Stoica, M., Sârbu, O., Scorpan, A., Istrati, V., Gavriiliuc, S., Calin, Gh., Condratchi, L., Gorea, A. Impactul factorilor alimentari în dezvoltarea bolii de reflux gastroesofagian. În: *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 2022, nr. 2(93-S), pp. 211-216. ISSN 1729-8687.
21. Бородин, Д., Колбасников, С. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь от патогенеза к лечению. В: *Лечащий врач*. 2016, ном7, стр. 34.37. ISSN 1560-5175.
22. Герасимов, А. и соавт. Последние достижения в коррекции функционального состояния эндотелия. В: *Современные проблемы науки и образования*. 2015, ном. 3. ISSN 2070-7428.
23. Еремина, Е., Ю. и соавт. Лечение пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. Все ли вопросы решены? В: *Клинические перспективы гастроэнтерологии, гепатологии*. 2018, ном. 5, стр. 32-39. ISSN: 2079-9667.
24. Пахомова, И., Барышникова, Н. Современный взгляд на терапию ГЭРБ: возможности патогенетической и симптоматической терапии РМЖ. В: *Медицинское обозрени*. 2019, ном. 11, стр. 660-665. ISSN: 2587-6821.
25. Степанов, Ю., М., Мохамед, А. Морфологическая структура слизистой оболочки пищевода у больных с эрозивной и неэрозивной гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью, рефрактерной к антисекреторной терапии. В: *Сучасна гастроентерол*. 2010. ном. 3(53). стр. 25-30. ISSN 1727-5725.
26. Шептулин, А. Новая система оценки клинических симптомов гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. В: *РЖГТК*. 2018, ном. 4, стр. 2-27. ISSN 2658-6673.

ISCHEMIA MEZENTERICĂ CRONICĂ ÎN PRACTICA MEDICULUI DE FAMILIE

Istrati Valeriu¹, Scorpan Anatolie¹, Scurtu Alina², Karen Zaharian², Sârbu Oxana¹,
Stoica Mihaela¹, Munteanu Ecaterina¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Spitalul Raional or. Râbnița, Republica Moldova

Rezumatul

Introducerea. Ischemia mezenterică cronică (IMC) este o afecțiune rară, reprezentând mai puțin de 5% din toate evenimentele ischemice intestinale. Incidența reală a IMC rămâne incertă. Ischemia mezenterică cronică apare mai ales la cei peste 60 de ani, dar poate fi întâlnită și la persoane mult mai tinere și este mai de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. **Scopul** este de a descrie anatomia, etiopatogenia, tabloul clinic, importanța efectuării investigațiilor precum ECG, FEGDS, Colonoscopia, USG, CT, RMN abdominal și arteriografia cu substrație digitală, în momentul suspectării IMC sub masca altor patologii ale tractului gastrointestinal cronic, la etapa asistenței medicale primare, pentru a fi posibilă inițierea tratamentului medicamentos la timp. **Materialul și metodele.** Review-ul literaturii a fost realizat cercetând articolele în limba română și engleză care au fost publicate în perioada 2010-2024 și în baza Ghidului european privind ischemia mezenterică cronică din 2020. **Rezultate.** Ischemia mezenterică este o afecțiune cronică cauzată de aportul sanguin scăzut la nivel intestinal, rezultat în urma îngustării sau blocării uneia dintre cele trei artere majore care furnizează sânge la intestine. Pacienții sunt adesea asimptomatici, simptomele sunt caracterizate de triada clinică durere postprandială, frică de mâncare și pierdere în greutate. Până în prezent, nu a fost identificat nici un biomarker cu o sensibilitate sau specificitate suficientă pentru investigația clinică de rutină a IMC. Diagnosticul poate fi stabilit prin intermediul CT, RMN abdominal, USG duplex, ultima fiind utilizată ca metodă de screening. Standartul de aur, care stabilește definitiv diagnosticul de IMC este angiografia cu substrație digitală. Scopul principal al tratamentului ischemiei mezenterice cronice este revascularizarea patului arterial mezenteric. Artera mezenterică superioară este ținta principală pentru revascularizare. Revascularizarea trunchiului celiac și artera mezenterică inferioară sunt ținte secundare ale tratamentului. **Concluzii.** IMC este o boală cu evoluție de lungă durată, al cărei tablou clinic poate fi sugerat de triada: durere abdominală postprandială, diaree și pierdere ponderală, care poate fi confirmat prin USG Doppler abdominal și Tomografie Computerizată abdominală în regim angiographic. Cu toate acestea, IMC rămâne o entitate de boală subapreciată, subdiagnosticată și subtratată din cauza lipsei de cunoștințe și conștientizare în rândul medicilor. Astfel, în medicina autohtonă crește cerința elaborării unui ghid pentru un management adecvat al pacienților cu IMC. **Cuvinte cheie.** Ischemia mezenterică, ischemie cronică, ischemia abdominală.

Summary

Introduction. Chronic mesenteric ischemia (CMI) is a rare condition, accounting for less than 5% of all intestinal ischemic events. The true incidence of BMI remains uncertain. Chronic mesenteric ischemia occurs mainly in people over 60 years old, but it can also be found in much younger people and is more than three times more common in women than in men.

The aim is to describe the anatomy, etiopathogenesis, clinical picture, the importance of conducting investigations such as ECG, FEGDS, Colonoscopy, USG CT, abdominal MRI and digital subtraction arteriography, when IMC is suspected under the mask of other chronic gastrointestinal tract pathologies, at the stage of medical assistance . primary, in order to be able to initiate drug treatment on time. **Material and methods.** The literature review was carried out by researching the articles in Romanian and English that were published in the period 2010-2024 and based on the European Guideline on chronic mesenteric ischemia from 2020. **Results.** Mesenteric ischemia is a chronic condition caused by reduced blood supply to the intestine, resulting from narrowing or blockage of one of the three major arteries that supply blood to the intestine. Patients are often asymptomatic, symptoms are characterized by the clinical triad of postprandial pain, fear of eating and weight loss. To date, no biomarker has been identified with sufficient sensitivity or specificity for routine clinical investigation of BMI. The diagnosis can be established by CT, abdominal MRI, duplex USG, the latter being used for screening. The gold standard that definitively establishes the diagnosis of IMC is digital subtraction angiography. The main goal of chronic mesenteric ischemia treatment is revascularization of the mesenteric arterial bed. The superior mesenteric artery is the primary target for revascularization. Revascularization of the celiac trunk and inferior mesenteric artery are secondary targets of treatment. **Conclusions.** IMC is a long-term disease whose clinical picture can be suggested by the triad: postprandial abdominal pain, diarrhea and weight loss, which can be confirmed by abdominal Doppler USG and abdominal Computed Tomography in angiographic mode. However, BMI remains an underappreciated, underdiagnosed and undertreated disease entity due to lack of knowledge and awareness among physicians. Thus, in local medicine, the requirement to develop a guide for an adequate management of patients with BMI increases. **Keywords.** Mesenteric ischemia, chronic ischemia, abdominal ischemia.

Introducere. Ischemia mezenterică cronică (IMC) este o afecțiune rară, reprezentând mai puțin de 5% din toate evenimentele ischemice intestinale. Incidența reală a IMC rămâne incertă. Serii de autopsie ale pacienților au găsit stenoze semnificative în aproximativ 50% din arterele celiace, 30% din arterele mezenterice superioare (AMS) și 30% din arterele mezenterice inferioare (AMI) [3]. IMC are o mortalitate de la 5 ani până la 40% și poate fi chiar mai mare, aproximativ 86%, dacă toate cele trei artere sunt afectate. Ischemia mezenterică cronică apare mai ales la cei peste 60 de ani și este mai de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Nu au fost raportate diferențe de frecvență în diferite regiuni ale lumii [10].

Ateroscleroza arterelor mezenterice este cea mai frecventă cauză a IMC [7]. Diabetului zaharat contribuie la creșterea incidenței ischemiei mezenterice cronice, cu o incidență mai mare la vârstnici. O altă cauză de IMC, în special într-o populație relativ mai tânără, este sindromul ligamentului arcuat median. Principalii factori de risc pentru ischemia mezenterica cronică sunt fumatul, hipertensiunea arterială, diabetul zaharat și hipercolesterolemia [8].

Pacienții cu boală aterosclerotică în vasele mezenterice sunt adesea asimptomatici, din cauza colateralizării și, ca atare, această ateroscleroză este de obicei asimptomatică. Pacienții prezintă de obicei durere postprandială, frică de mâncare și pierdere în greutate [1]. Studiile au arătat o probabilitate de 60% a ischemiei mezenterice cronice atunci când triada clasică este prezentă. Pierderea în greutate a fost observată în 84% din cazuri, în timp ce frica de mâncare

a fost raportată de 45%. În plus, 56% dintre pacienți au prezentat simptome precum diaree, greață sau vărsături [11].

Până în prezent, nu a fost identificat nici un biomarker cu o sensibilitate sau specificitate suficientă pentru investigația clinică de rutină a IMC. Eografia duplex a trunchiului celiac și arterelor mezenterice este utilizată ca screening test pentru a stabili diagnosticul de IMC [2]. Tomografia computerizată (CT) și Rezonanța magnetică nucleară (RMN) în special în regim angiografic este metoda instrumentală neinvazivă de diagnostic cu o rata de precizare mai mult de 90% al acestei patologii [4]. Totuși, standartul de aur, care stabilește definitiv diagnosticul de IMC este arteriografia mezenterică sau angiografia cu substrație digital [13].

Scopul principal al tratamentului ischemiei mezenterice cronice este revascularizarea patului arterial mezenteric [12]. Managementul endovascular și tratamentul ischemiei mezenterice cronice au un rol tot mai mare în ultimii ani [15]. Siguranța, eficacitatea și rentabilitatea acestora au fost validate în mai multe studii. Tratamentul chirurgical la fel este o metodă de tratament cu rezultate finale bune, și implică endarterectomie transaortică sau bypass-ul arterei mezenterice [14].

Principalele complicații ale ischemiei mezenterice cronice sunt infarctul intestinal sau/și malabsorbția. Mortalitatea asociată infarctului intestinal este de aproximativ 75%. Chiar și în cazul supraviețuirii unor rezecții intestinale extinse calitatea vieții este afectată, datorită malnutriției și a deshidratării [8].

Cu toate acestea, ischemia mezenterică cronică rămâne o entitate de boală subapreciată, subdiagnosticată și subtrată, în principal din cauza lipsei de cunoștințe și conștientizare în rândul medicilor.

Scopul este de a descrie anatomia, etiopatogenia, tabloul clinic al ischemiei abdominale cronice, pentru a descrie și a accentua importanța efectuării investigațiilor clinice și paraclinice de rutină (ECG, FEGDS, Colonoscopia și USG abdominal) și a celor complexe (CT, RMN abdominal și arteriografia cu substrație digitală) în momentul suspectării acestei patologii sub masca unei gastroduodenite, pancreatite, hepatopatii și enterocolite cronice, la etapa asistenței medicale primare, pentru a fi posibilă inițierea tratamentului medicamentos la timp.

Obiectivele

1. De a descrie anatomia patului sangvin a organelor abdominale, a posibilelor vase afectate care pot dezvolta Ischemia mezenterică cronică.
2. De a determina etiopatogenia, tabloul clinic și metodele de diagnostic a Ischemiei mezenterice cronice.
3. De a specifica factorii care contribuie la creșterea incidenței Ischemiei mezenterice cronice, pentru ca acești pacienți să fie investigați la timp pentru a preveni apariția bolii și/sau dezvoltarea complicațiilor acestei patologii.
4. De a preciza criteriile și recomandările pentru a stabili diagnosticul de Ischemia mezenterică cronică pentru a ușura lucrul medicilor la care primar se adresează acești pacienți.

Materialul și metode. Review-ul literaturii a fost realizat cercetând articolele în limba română și engleză care au fost publicate în perioada 2010-2024, folosind bazele de date PubMed, Z-library, NCIB, IBN, cu utilizarea cuvintelor-cheie: „ischemia mezenterică”, „anatomie”, „ischemia cronică”, „diagnostic”, „tabloul clinic”, precum și asocierea acestora, și în baza Ghidurile europene privind mezenterica cronică ischemie –în comun cu Uniunea Europeană de Gastroenterologie, Asociația Europeană pentru Gastroenterologie, Endoscopie și Nutriție, Societatea Europeană de Radiologie gastrointestinală și abdominală, Asociația Olandeză a Hepatogastroenterologi, Societatea de Gastroenterologie, Societatea de Cardiologie și radiologie intervențională din Europa și Grup de studiu clinic olandez al Ischemie mezenterice, care au direcții concrete pentru diagnostic și tratamentul pacienților cu ischemie mezenterică cronică din 2020.

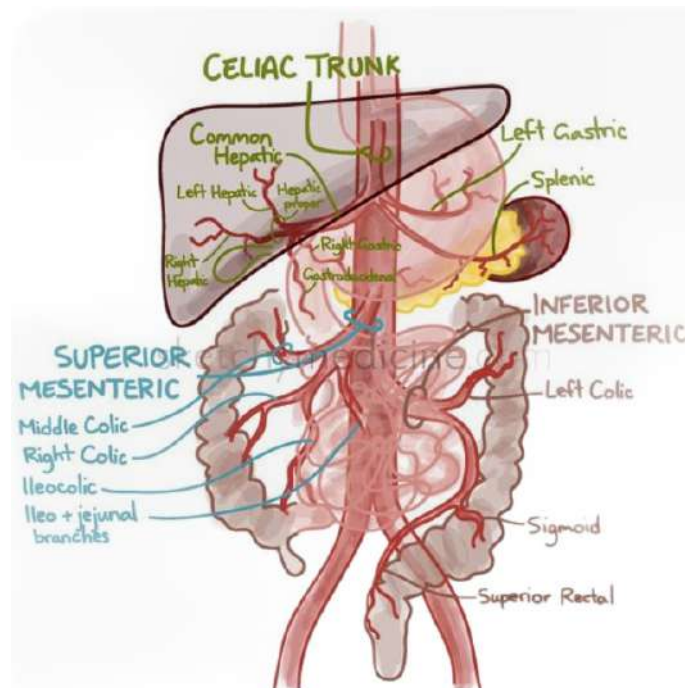
Rezultate și discuții. Ischemia abdominală cronică – este o afecțiune cronică cauzată de aportul sanguin scăzut la nivel intestinal, rezultat în urma îngustării sau blocării uneia dintre cele trei artere majore care furnizează sânge la intestine [11].

În 1869, Chiene a fost primul care a identificat și descris ischemia mezenterică cronică (IMC). Ulterior Councilman a oferit o descriere anatomică detaliată a ocluziilor din trunchiul celiac (TC) și artera mezenteric superioară (AMS) în 1894. Apoi, în 1936, Dunphy a făcut observația semnificativă că angina abdominală este o tulburare vasculară, indicând un potențial precursor al ocluziei fatale a vaselor de sânge intestinale [10]. În literatura această patologie este cunoscută sub diferite nume, precum: Boala ischemică a organelor digestive, Ischemia abdominală cronică, Sindromul de ischemie abdominală cronică; Boala ischemică mezenterică; Boala arterelor mezenterice; Boala ocluzivă a arterei mezenterice, Angina abdominală; Insuficiența vasculară mezenterică.

Anatomia

Vascularizarea organelor abdominale (stomac, ficat, vezica biliară, splină, intestin subțire și gros) își are originea din trei ramuri ale aortei abdominale: trunchiul celiac, artera mezenterică superioară și inferioară [7]. Trunchiul celiac prima ramură importantă care vascularizează organele din porțiunea superioară a abdomenului. Acest trunchi se împarte în trei ramuri: artera gastrică stângă cu rol în vascularizarea stomacului, artera hepatică comună pentru vascularizarea ficatului și artera lienală, care vascularizează splina [6]. De la artera hepatică comună. Care în hilul ficatului se ramifică în artera hepatică stângă și dreaptă din care pornește artera cistică cu rol în vascularizarea vezicii biliare. Vascularizarea intesinului subțire și o porțiune a intesinului gros este asigurată de artera mezenterică superioară (AMS), care pornește de la fața anterioară a aortei [12]. Porțiunile intestinului subțire vascularizate de aceasta arteră sunt: duoden, jejun, ilion, cec, colonul drept și colonul mediu. Intestinul gros este vascularizate de artera mezenterică inferioara (AMI), care asigură fluxul sangvin al colonului stâng, sigmoid și rect, porțiunea superioară. Toate aceste artere anastomozează între ele. Schematic vascularizarea este reprezentată în figura 1.

Figura 1. Anatomia vascularizării organelor abdominale



Etiopatogenie

Interconexiunile dintre trunchiul celiac, artera mezenterică superioară și artera mezenterică inferioară permit adesea o compensare ușoară dacă leziunile stenotice se dezvoltă în 1 din aceste 3 vase. De obicei, prin urmare, cel puțin 2 din cele 3 vase viscerale majore trebuie să fie ocluzate sau îngustate pentru a se dezvolta ischemia mezenterică cronică [1].

Ischemia abdominală cronică este adesea multifactorială în etiologie. Cea mai frecventă cauză este ateroscleroza care implică porțiunile proximale ale arterei celiace, arterei mezenterice superioare (AMS) sau ale arterei mezenterice inferioare (AMI). Cauzele nonaterosclerotice includ vasculita, displazia fibromusculară, medioliza arterială segmentară și sindromul ligamentului arcuat median [6].

Există trei faze progresive ale ischemiei abdominale [3]. Etapă hiperactivă, în care simptomele primare sunt dureri abdominale severe și eliminarea de scaune cu sânge. Mulți pacienți încep să se simtă mai bine și nu progresează dincolo de această fază. Fază paralică poate urma dacă ischemie continuă; în această fază, durerea abdominală devine tot extinsă, abdomenul devine mult mai sensibil la atingere, iar motilitatea intestinală scade, ceea ce duce la balonare, fără scaune cu sânge, iar sunete abdominale lipsesc la examen obiectiv. În cele din urmă, apare o fază de șoc prin scurgerea fluidelor prin mucoasa colonului deteriorat. Acest lucru poate duce la șoc și acidoză metabolică cu deshidratare, tensiune arterială scăzută, ritm cardiac rapid, și confuzie. Pacienții care progresează în această fază, sunt de multe ori în stare critică și necesită terapie intensivă [1].

Clasificare

În dependență de vasul afectat, Boala ischemică a organelor digestive se clasifică (după L. Lazebnic și coaut, 2003) în:

1. Gastroduodenopatia ischemică
 - a) Gastrita atrofica, duodenita atrofică
 - b) Gastrita erosivă, duodenita erozivă
 - c) Ulcere ischemice (gastrice, duodenale)
2. Pancreatopatia ischemică
 - a) Acută
 - b) Cronică
 - c) Lipomatoza pancreasului
3. Hepatopatia ischemică
 - a) Acută
 - b) Cronică
 - c) Steatohepatita nonalcoolică
4. Enterocolopatia ischemică
 - a) Enteropatia ischemică (ischemia mezenterială)
 - b) Enteropatia ischemică cu sindrom de malabsorbție
 - c) Ulcere ischemice cronice a intestinului subțire
 - d) Colopatii ischemice cu atrofia mucoasei
 - e) Colita ischemica
 - f) Ulcere ischemice a colonului

Boala Ischemica a organelor digestive (sau: Ischemia Abdominală Cronică) după clasa funcțională se clasifică:

1. CF I - simptomele clinice evidente des postprandial, după mese voluminoase. In repaos simptomele clinice – absente. După teste cu efort apar simptomele clinice.
2. CF II - a) Prezenta simptomelor clinice și in repaos
 - b) Intensificarea simptomelor clinice: dureri, dispepsie, pierdere ponderală
3. CF III - Simptomele dolor permanent, modificari organice in organele digestive
4. CF IV - Modificari destructive in organele digestive (infarct)

După evoluție Ischemia abdominală cronică se clasifică în următoarele stadii:

- St. 1 - Compensat (simptome clinice absente)
- St. 2 - Subcompensat (simptome clinice apar la abuz alimentar, de volum)
- St. 3 - Decompensat (simptome permanente, dar se intensifică la fiecare act alimentar)

Tabloul clinic

Pacienții cu ischemie mezenterică cronică prezintă de obicei antecedente de boală vasculară care implică alte organe (de exemplu, infarct miocardic, boală vasculară cerebrală sau boală vasculară periferică), diabet zaharat, dislipidemie familială [5]. Cele mai evidente constatări la examenul obiectiv al pacienților cu ischemie mezenterică cronică sunt pierderea progresivă în greutate și malnutriția, ceea ce duce la un aspect cașectic, semne ale bolii vasculare periferice (de exemplu, pulsații carotidiene, puls scăzut și ischemia membrelor inferioare). La examinarea sistemului abdominal se determină suflu sistolic în epigastru, sindrom dolor polimorf în dependență de segmentul afectat și gurguimente intestinale [7].

Pacienții cu boală arterială mezenterică se prezintă de obicei, cu angină abdominală: un sindrom clinic caracterizat prin crampe abdominale dureroase și colici. Durerea abdominală postprandială începe la 10–30 de minute după masă și durează 1–2 ore. Aceasta se întâmplă deoarece fluxul total de sânge către intestin poate varia de la 25% în timpul postului până la 35% după masă, astfel, simptomele sunt mai răspândite după masă [8]. Durerea poate deveni atât de severă încât pacientul poate dezvolta o teamă de a mânca și poate raporta pierderea recentă în greutate. Astfel, IMC este caracterizată de “Triada clasică” care constă din durere postprandială, cu localizare periumbicală, diareea și pierdere în greutate. Studiile recente consideră frica de a mânca (sitofobie) încă un simptom de bază al acestei patologii, care apare ca urmare a deciziei pacientului de a nu consuma alimente, chiar dacă este prezentă senzația de foame, pentru a nu provoca durerile abdominale [11]. Chiar dacă este prezentă, valoarea predictivă a triadei clasice este limitată. Pacienții mai pot suferi de gastropatie și pancreatopatie ischemică, o condiție caracterizată de frica de a mânca, greață, vomă, diaree, malabsorbție și scăderea în greutate neintenționată [3].

Diagnostic

Examinările de laborator sunt nespecifice. În prezent, nu există nici o analiză de laborator prin care se poate stabili diagnosticul de IMC. Rezultatele analizelor indicate de medicul de familie pot avea rezultate între valorile normei sau se pot determina modificări în metabolismul proteic, lipidic, glucidic și în ionograma. Din păcate nici valorile normale ale analizelor de laborator nu exclud posibilitatea acestei boli în plin scenariu clinic [11]. În sânge rareori se observă leucopenie sau leucocitoză, neutrofiloză, accelerarea VSH. În evoluțiile grave e posibilă anemie, în majoritatea cazurilor mixtă – feri-B12-folat deficitară. În analiza biochimică a sângelui se poate determina elevări ale valorilor glucozei, hipoproteinemie, creșterea fosfatazei alcaline, a lactatului, elevări ușoare ale transaminazelor hepatice (ALAT, ASAT), markerii sindromului colestatic și D-dimerii [5]. În lipidograma se determină creșterea nivelului de colesterol total, LDL-colesterol, a trigliceridelor și scăderea HDL-colesterolului. Proteina C reactivă, deși considerată nespecifică, se corelează bine cu prognosticul IMC. Posibil să se determine modificările ale ionogramei cu scaderea nivelului de Ca, Na și Cl și creșterea K. Masele fecale sunt abundente, neformate, frecvent de culoare galbenă-deschisă sau galbenă-verzuie, cu bucățele de alimente nedigerate, cu mucus, de consistență vâscoasă.

Electrocardiografie (ECG) pentru a exclude boala cardiacă, dereglări de ritm, etc.

Fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS) este esențială în evaluarea pacienților suspectați de ischemie mezenterică cronică, în principal pentru excluderea diagnosticelor alternative. Se determină edem, eritem, atrofia mucoasei gastrice și duodenale, gstraduodenopatie erosiv-hemoragică. Endoscopia gastrointestinală normală nu exclude diagnosticul de ischemie mezenterică cronică [2].

Colonoscopia este considerată obligatorie la pacienții cu diaree, pentru a exclude carcinomul colorectal și alte cauze ileale și colonice ale diareei și ar trebui luată în considerare la pacienții vârstnici cu simptome care indică boala colonică sau ischemie, precum modificări inflamatorii ale mucoasei, edem, eritem, eroziuni, desen vascular accentuat sau sărac, iar în proces inflamator de durată – atrofia mucoasei [2].

Ultrasonografia abdominală (USG) poate fi utilă pentru diagnosticarea unei stenoze semnificative hemodinamic care implică trunchiul celiac sau/și artera mezenterică superioară. Criteriile duplex de jeun pentru stenoza mezenterică semnificativă sugerează că o viteză sistolică de vârf a arterei mezenterice superioare de ≥ 275 cm/s și o viteză sistolică de vârf a arterei celiace de ≥ 200 cm/s sunt indicatori fiabili ai unei stenoze $\geq 70\%$ [11].

Tomografia computerizată (CT) și Rezonanța magnetică (RMN) abdominală în regim angiografic este o metodă de diagnostic mult mai precisă decât USG abdominală [4]. Constatările tipice la CT/RMN includ: stenoza vaselor mezenterice, îngroșarea peretelui intestinal, pneumatoza, prezența lichidului peritoneal liber, determinarea vaselor colaterale extinse. Acestea sunt de obicei recomandate în cazul în care diagnosticul nu este cert și alte afecțiuni sunt suspectate [13].

Standartul de aur este reprezentat de arteriografia mezenterică sau angiografia cu substrație digital. Acesta permite determinarea: stenoza la origine a ramurilor AMS, alternarea de segmente dilatate și stenozate la nivelul arterelor intestinale (semnul „șirului de crenvurști”), spasmul arcadei mezenterice, umplere deficitară a ramurilor intramurale, refluxul substanței de contrast în aorta abdominală [4].

Diagnosticul de ischemie mezenterică cronică se stabilește atunci când este prezent tabloul clinic caracteristic IMC și prezența stenozelor semnificative $>70\%$ a trunchiului celiac și arterei mezenterice superioare. Diagnosticul poate fi stabilit și la pacienții la care s-a stabilit o stenoză semnificativă $>70\%$ fie în trunchiul celiac, fie în artera mezenterică superioară asociate cu manifestările clinice [6].

Aceste evaluări nu numai că vor stabili diagnosticul, dar sunt esențiale și pentru managementul terapeutic. Așteptarea alterării tabloului clinic și a valorilor de laborator contribuie doar la întârzierea stabilirii diagnosticului, cu impact negativ asupra supraviețuirii globale.

Diagnostic diferențiar

1. Gastrită cronică – cauzele pot fi diverse, frecvent în patogenia acesteia este incriminat H. Pylori, dar sunt și alte cauze precum: medicamente antiinflamatoare, alcool, etc. Tabloul clinic este caracterizat de dureri periodice, inclusiv foame dureroasă, pirozis, eructații, constipații și încordare musculară la palparea în zona piloroduodenală. La fel pacientul poate prezenta acuze la eructații, grețuri, voma, constipații sau diaree.
2. Pancreatita cronică - Diagnosticul se stabilește pe următoarele criterii: clinic – în antecedente – etilism cronic (frecvent), malnutriție, leziuni inflamatorii ale sfincterului Oddi, etc. Durerea caracterizată prin: sediu epigastric, mai rar în hipocondrul stâng sau drept, "în centură", declanșare de mese bogate în grăsimi și alcoolizarea acută, caracter continuu de peste 24 ore, intensitate mare, atenuare de restricția alimentară. Scăderea ponderală. Inițial consecința sitofobiei, ulterior a malabsorbției. Și diaree grăsoasă (prin malabsorbție tardivă).
3. Colecistită cronică - este de obicei cauzată de calculi biliari care se blochează în ductul cistic, alte cauze pot fi infecțiile, traumele abdominale, etc. Cel mai frecvent simptom al colecistitei este durerea în partea superioară dreaptă a abdomenului, care poate iradia în spate sau în umarul drept. Alte simptome pot fi: greata sau varsăturile, sensibilitate în partea

- dreapta a abdomenului, febra, durere accentuată de o respirație adâncă, durere mai mult de 6 ore, în special după masă.
4. Hepatită cronică – etiologia este diversă, poate fi provocată de factorii virali (virusurile B, C, D), alcoolul, factorii autoimuni, factorii genetici (deficiența de $\alpha 1$ -antitripsină, boala Wilson), etc. Manifestări clinice sunt variate și puțin specifice, sistematizate în 3 grupuri: generale (anorexie, astenie, somnolență postprandială, nervozitate, subfebrilități nemotivate); digestive (dureri abdominale, hepatalgii de efort, sindrom dispeptic, meteorism, intoleranțe digestive selective, icter, hepatomegalie); și sistemice extrahepatice: (artralgii, artrite, osteoporoză, mialgii, miozite, hipotonie musculară, urini hiperchrome, glomerulonefrite, xantelasme, eritem palmar, steluțe vasculare, urticarie, vitiligo, vasculite).
 5. Enterita cronică – cauzele dezvoltării sunt multiple, precum influența asupra țesutului intestinului subțire a factorilor infecțioși, toxici, alimentari, medicamentoși și inclusiv o cauză poate fi ischemia pereților intestinului subțire în ateroscleroza arterelor mezenteriale. Se manifestă prin simptome generale precum: slăbiciuni, indispoziție, capacitate de muncă scăzută, hipoponderabilitate, iritabilitate, memorie scăzută, dureri de cap, vertijele și locale: senzații neplăcute, greutate, senzație de distensie, mai rar dureri în mezogastru, balonări. Uneori bolnavii atestă chemări furtunoase la defecație la scurt timp după masă, eliminare de mase fecale apoase abundente cu amestec de alimente nedigerate în cantități mari. Caracteristic pentru enterita cronică este uruitura cecului, durere la palparea segmentului terminal al ileonului și în regiunea paraombilicală, mai pronunțată din stânga mai sus de ombilic (simptomul Porghesa).
 6. Colita cronică - factorii etiologici ce conduc la colită cronică sunt multipli printre care și ischemia peretelui colonului în ateroscleroza arterelor mezenteriale, în insuficiența cardiacă. În linii generale, în tabloul clinic domină simptomele intestinale locale, simptomele generale sunt mult mai slab pronunțate decât în enterite. În egală măsură se atestă diaree și constipație. În diaree scaunul e lichid sau păstos în cantități neînsemnate, cu mucus. Scaunul e mai frecvent decât în enterite și e mai frecvent în 36 colitele distale. Uneori bolnavii se trezesc dimineața devreme din cauza chemărilor la defecație („diaree – deșteptător”). Durerile sunt localizate preponderent în hipogastru, mai frecvent în fosa iliacă stângă și mai des sunt monotone, însoțite de balonări și diminuează după scaun sau eliberarea gazelor.

Tratament

Managementul inițial pentru pacienții cu ischemie mezenterică cronică este modificarea factorilor de risc, în special renunțarea la fumat [15]. Deoarece ischemia mezenterică cronică este o complicație a aterosclerozei difuze a arborelui arterial, pacienții cu această afecțiune ar trebui să mențină o dietă săracă în grăsimi, similară cu cea a pacienților cu boli cardiace [5]. Unii pacienți raportează o creștere a durerii postprandiale după ce au mâncat mese mari sau grase. Prin urmare, dieta ar trebui modificată în mod corespunzător pentru a include mese mici, multiple sau mese cu conținut scăzut de grăsimi. Ca și la pacienții cu boli cardiace, exercițiile fizice regulate trebuie încurajate [10].

Tratamentul inițial constă în reechilibrarea și corectarea oricăror anomalii metabolice și a ionogramei. Medicamentele utilizate în gestionarea ischemiei mezenterice cronice includ heparina și warfarina pentru anticoagulare și papaverina sau/și nitrați și pentoxifilină intra-arterială pentru vasodilatație. Următorul pas este începerea terapiei cu statine pentru a

minimiza progresia bolii. Mulți pacienți vor avea, de asemenea, boli cardiovasculare concomitente, care vor necesita, de asemenea, un management medical adecvat cu preparate antiaritmice, antihipertensive, antianginoase [15]. La pacienții care prezintă maldigestie și malabsorbție se suspectă dereglarea funcției exocrine pancreatice, de aceea se indică enzimoterapia cu conținut mare de lipază cu 20-25 minute înainte de masă pentru a jugula durerile și a reduce simptomele insuficienței pancreatice. Se indică și inhibitorii pompei de protoni în gastroduodenita cronică cu scop de reducere intraductală și ameliorarea ușoară a durerii abdominale în regiunea epigastrică. Pentru ameliorarea endotoxicozei se indică cărbune activat, heptral (hepatoprotector, encefaloprotector), prebiotice și probiotice.

Scopul principal al tratamentului este restabilirea fluxului sangvin intestinal, excizia intestinului necrotic și minimizarea oricărei leziuni de reperfuzie [14]. Artera mezenterică superioară este ținta principală pentru revascularizare [12]. Revascularizarea trunchiului celiac și artera mezenterică inferioară sunt ținte secundare, care poate ajuta la ameliorarea simptomelor dacă abordul arterei mezenterice superioare nu este posibil sau rezultatul intervențional al acesteia nu este satisfăcător [13]. Frecvent sunt administrate antibiotice, precum macrolide, cefalosporine, metronidazol, meropenem, deoarece există o probabilitate mare de necroză intestinală [14].

Concluzii:

1. Tabloul clinic al IMC poate fi sugerat de triada: durere abdominală postprandială, diaree și pierdere ponderală și poate fi confirmat prin USG Doppler abdominal și Tomografie Computerizată abdominală în regim angiografic.
2. Ischemia mezenterică cronică este o boală cu evoluție de lungă durată, care poate evolua spre ischemie mezenterică acută (IMA), o complicație ce apare ca rezultat al stenozei critice arteriale și care adesea este letală.
3. Cu toate acestea, ischemia mezenterică cronică rămâne o entitate de boală subapreciată, subdiagnosticată și subtrată, în principal din cauza lipsei de cunoștințe și conștientizare în rândul medicilor. Incidența crescută a bolilor cardiovasculare, diabetului zaharat la populația în vârstă este probabil să contribuie la creșterea incidenței ischemiei mezenterice cronice.
4. Criteriile și recomandările pentru ischemia mezenterică cronică au fost formulate de către societățile de radiologie, radiologie intervențională și chirurgie vasculară, însă un ghid care acoperă întregul spectru multidisciplinar al ischemiei mezenterice cronice și potrivit nevoilor tuturor medicilor implicați în îngrijirea pacientii cu ischemie mezenterică cronică a fost elaborat abia în 2020, iar cerința unui astfel de ghid este și la noi în țară și necesită a fi urgentată pentru un management adecvat a acestei patologii.

Referințe

1. Abdelhamid, M., Davies, R., Vohra, R. Chronic mesenteric ischaemia. In: Bhattacharya V, Stansby G, eds. *Postgraduate Vascular Surgery: The Candidate's Guide to the FRCS*. Cambridge University Press. 2011, pp. 156-163.
2. Bakhtiar, A., Yousphi, A., et al. Weight loss: A significant cue to the diagnosis of chronic mesenteric ischemia. In: *Cureus*. 2019, vol. 11(8):e5335.

3. Barret, M., Martineau, C., Rahmi, G., et al. Chronic mesenteric ischemia: a rare cause of chronic abdominal pain. In: *Am J Med.* 2015, vol. 128(12):1363.e1-8.
4. Cademartiri, F., Palumbo, A., Maffei, E., et al. Noninvasive evaluation of the celiac trunk and superior mesenteric artery with multislice CT in patients with chronic mesenteric ischaemia. In: *Radiol Med.* 2008, vol. 113(8), pp. 1135-1142.
5. Hohenwarter, E. Chronic mesenteric ischemia: diagnosis and treatment. In: *Semin Intervent Radiol.* 2019, vol. 26(4), pp. 345-351.
6. Huber, T. S., Bjorck, M., Chandra, A., Clouse, W. D., Dalsing, M. C., Oderich, G. S., Murad, M. Chronic Mesenteric Ischemia Clinical Practice Guideline from the Society for Vascular Surgery. In: *Journal of Vascular Surgery.* 2020.
7. Jaster, A., Choudhery, S., Ahn, R., et al. Anatomic and radiologic review of chronic mesenteric ischemia and its treatment. In: *Clin Imaging.* 2016, vol. 40(5), pp. 961-969.
8. Moghadamyeghaneh, Z., Carmichael, J., Mills, S., et al. Early outcome of treatment of chronic mesenteric ischemia. In: *Am Surg.* 2015, vol. 81(11), pp. 1149-1156.
9. Patel, R., et al. Chronic mesenteric ischemia. In: *StatPearls.* 2019.
10. Pecoraro, F., Rancic, Z., Lachat, M., Mayer, D., Amann-Vesti, B., Pfammatter, T., Veith, F. J. Chronic Mesenteric Ischemia: Critical Review and Guidelines for Management. In: *Annals of Vascular Surgery.* 2013, vol. 27(1), pp. 113–122.
11. Terlouw, L., Moelker, A., Abrahamsen, J., et al. European guidelines on chronic mesenteric ischaemia - joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. In: *United European Gastroenterol J.* 2020, vol. 8(4), pp. 371-395.
12. Thomas, T., Kader, N., et al. Percutaneous transluminal angioplasty and stenting in the management of chronic mesenteric angina: A single center experience. In: *Indian J Radiol Imaging.* 2016, vol. 26(4), pp. 460-465.
13. Wilkins, L. R., Stone, J. R. Chronic Mesenteric Ischemia. In: *Techniques in Vascular and Interventional Radiology.* 2015, vol. 18(1), pp. 31–37.
14. Xhepa, G., Vanzulli, A. et al. Advancements in Treatment Strategies for Chronic Mesenteric Ischemia: A Comprehensive Review. In: *J. Clin. Med.* 2023, nr. 12, p. 7112.
15. Zeller, T., Macharzina, R. Management of chronic atherosclerotic mesenteric ischemia. In: *Vasa.* 2017, vol. 40(2), pp. 99-107.

ISCHEMIA ABDOMINALĂ CRONICĂ – DIAGNOSTICUL, TRATAMENTUL ȘI EVALUAREA PACIENTULUI ÎN DINAMICĂ – CAZ CLINIC

Stoica Mihaela¹, Istrati Valeriu¹, Scorpan Anatolie¹, Scurtu Alina²,
Karen Zaharian², Sârbu Oxana¹, Munteanu Ecaterina¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Spitalul Raional or. Râbnîța

Rezumat

Introducere. Ischemia abdominală este o afecțiune cronică cauzată de aportul sangvin scăzut la nivel intestinal, rezultat în urma îngustării sau blocării uneia dintre cele trei artere majore care furnizează sânge la intestine. Ischemia abdominală cronică este o afecțiune rară, reprezentând mai puțin de 5% din toate evenimentele ischemice intestinale. **Material și metode.** Au fost colectate cu acordul pacientului din cartela medicală a acestuia datele anamnestice, clinice și paraclinice efectuate pe parcursul anului 2022-2024. Pacientul a fost investigat prin FEGDS, FCS, USG abdominal, Duplex scan abdominal, CT în regim angiografic a abdomenului și angiografie cu substrație digitală. **Scopul.** Prezentarea unui caz clinic de ischemie mezenterică cronică, care putea fi fatală pentru pacient, fiind subdiagnosticat și subtratată din cauza lipsei de cunoștințe și conștientizare în rândul medicilor. **Rezultate.** Bărbat de 48 ani, a fost internat secția terapie cu acuze la dureri abdominale în regiunea ombilicală, de intensitate moderată, postprandial indiferent de caracterul meselor, diaree 4-6 ori/zi și sitofobie. În ultimele 6 luni, pacientul a slăbit neintenționat cu 32 kg (H-182cm, G-48kg). A fost investigat în SR, în secția terapie prin Duplex scan și Doppler abdominal și CT spiralată a abdomenului în regim angiografic unde s-a determinat: Subocluzia trunchiului celiac, Ocluzie arterei Mezenterica superior, arterei Mezenterica inferior, arterei Iliace comună pe stânga și a arterei Femurale pe stânga. A fost consultat de medicul chirurg vascular și s-a efectuat revascularizarea organelor abdominale prin angioplastie cu balon și implantarea de stenturi în arterele afectate, în 2 etape, cu rezultat final bun. Pacientul a urmat tratamentul medicamentos cu: aspirină 100 mg, clopidogrel 75 mg și rosuvastatină 20 mg. Peste 10 luni, pacientul nu prezintă acuze la dureri abdominale, a dispărut sitofobia, are poftă de mâncare, a adăugat în greutate mai mult de 30 kg și s-a normalizat scaunul. **Concluzii.** Diagnosticul ischemiei abdominale cronice poate fi sugerat de triada: durere abdominală postprandială, diaree și pierdere ponderală, la care se asociază ulterior sitofobia, ce poate fi confirmată prin Doppler și Angio CT abdominal. Implicarea medicilor de familie, terapeuți, gastroenterologi și chirurghi vascolari în diagnosticul și tratamentul precoce a acestei patologii, reprezintă o soluție de reducere a consecințelor ischemiei și de reconvalescență a acestor pacienți.

Cuvinte-cheie: IMC, ischemie mezenterică, ischemie cronică.

Introducere. Ischemia abdominală cronică – este o afecțiune cronică cauzată de aportul sangvin scăzut la nivel intestinal, rezultat în urma îngustării sau blocării uneia dintre cele trei artere majore care furnizează sânge la intestine [1].

Ateroscleroza arterelor mezenterice este cea mai frecventă cauză a ischemiei abdominale cronice [2]. Principalii factori de risc pentru ischemia mezenterica cronica sunt fumatul, hipertensiunea arteriala, diabetul zaharat si hipercolesterolemia. Pacienții cu boală aterosclerotică în vasele mezenterice sunt adesea asimptomatici, aceștea prezintă de obicei

durere postprandială, diaree, frică de mâncare și pierdere în greutate. Tratamentului de elecție a ischemiei abdominale cronice este revascularizarea patului arterial afectat [3].

Descrierea de caz. Domnul X, sex M, născut în 1974, cu domiciliu în TDS Nistrului, or. Dubăsari se prezintă din 05.2022 cu acuzele: dureri în hipocondrul drept, sting, periombelical (mezogastriu) și hipogastriu postprandiale, imediat după ingerarea hrăni, violente, permanente, preponderant periombelical. Durerile nu se ameliorează după mâncare, uneori dispar după Nitroglicerină. La fel prezintă acuze la sitofobie (avansată), diaree (3 – 5 ori/zi), pierdere ponderala (25 kg în 4 luni) neintenționată, claudicațiile intermitente la nivelul membrelor inferioare.

Din istoricul bolii, pacientul se consideră bolnav din 2020 când s-au declanșat durerile abdominale, în epigastriu și hipocondrul stâng, garguiment postprandial, meteorism și scaun, nestabil: constipații alterate cu diaree, 3 – 4 ori/zi. S-a adresat la medical de familie, a fost stabilit diagnosticul: Pancreatită cronică recidivantă. Litiază biliară. Starea s-a agravat după infecția cu COVID -19, decembrie 2021. După tratamentul infecției COVID-19 s-au intensificat durerile, a apărut diareea, inapetența, fatigabilitatea. În mai 2022 s-a adresat la medical de familie. A urmat tratament în secția boli contagioase, unde a fost exclusă infecția cu Clostridium difficile, care era considerată precum cauză a scaunelor diareice. A fost investigat prin USG abdominal (05.2022) – Concluzie: Litiază biliară, schimbări difuze în parenchimul ficatului și pancreasului și testat la marcheri HIV/SIDA – rezultatul negativ. Pacientul a fost externat cu recomandările pentru administrarea periodică a probioticelor și enterosorbenților.

Efectuează ambulator în luna iunie 2022:

- FEGDS (Iulie 2022) – Concluzie: Gastroduodenită erozivă. Papilită. Pilonospasm. Esofagită erosivă (în 1/3 inferioară).
- FCS (Iunie 2022) – Concluzie: Sigmoidită erosivă (fără afectarea rectului) și
- USG organelor abdominale (Iulie 2022) Concluzie: Litiază biliară, schimbări difuze în parenchimul ficatului și pancreasului.
- A efectuat testarea Marcherilor Oncologici cu rezultatul negativ. Negative

Starea cu agravare în dinamică, pacientul se adresează pe 09.2024 la medicul gastroenterolog și se decide internarea pacientului în secția terapie din SR Râbnița pentru investigații și tratament. În timpul colectării anamnezelor de către medical curant s-a determinat următoarele modificări:

În anamneza vieții: deprinderi nocive - Fumător cu stagi (aprox. 20 țigari/zi), IF -20 p/an. Consum de alcool – rare ori și boli concomitente: CPI. Angină pectorală de efort CF II. HTA gr II. IC II NYHA, urmează tratament cu tab. nebivolol 5 mg, monosan 20 mg, Valsartan 160 mg, Cardiomagnil 75 mg, Bronșita fumătorului, Pancreatită cronică și colecistită cronică calculoasă, pentru care periodic administreaza tab. pancreatin, papaverină și espumizan.

În examenul obiectiv se determină modificări ale tipului constituțional: Astenic, Subponderal: H – 182 cm, greutatea 48 kg. IMC – 16,3, cașectic. Tegumentele și mucoasele vizibile: Roz-pale, uscate, curate, turgor scăzut. Hemodinamic cu tendință spre hipotensiune – TA 100/70 mmHg, FCC 78 b/min, Pulsul – 78 b/min.

Modificările determinate la examinarea aparatul digestive sunt: Abdomenul moale, dureros în mezz - și hipogastru la palpare. Suflu sistolic 2 cm supraumbilical și 1,0 cm la stânga de linia mediană. Palparea intestinului subțire – dureros în regiunea periombilicală. Palparea colonului – dureros difuz, pe tot traiectul. Palparea pancreasului- sensibilă. Ficatul și splina nu se palpează. Scaun neregulat 4-5 ori pe zi, neformat.

S-a stabilit diagnosticul prezumtiv: Litiază biliară. Colicistita cronică calculoasă. Pancreatita cronică recidivantă, cu insuficiență extrinsecă. Sindrom de maldigestie și malabsorbție. Gastroduodenită erosivă, sigmoidită erosivă. Sindrom de ischemie abdominală cronică? CPI. Angină pectorală de efort, cl. f II. HTA es. gr. II, risc additional înalt. IC I NYHA.

În SR Râbnita pacientul i s-a efectuat următoarele examene paraclinice:

- Duplex Scan abdominal (01.09.2022)- Concluzie: Ao abdominala 17-19 mm pereții ecogeni, ușor îngroșați. Arterele iliace comune: dr. - st. – 20 - 25 mm.
- Doppler Duplex a vaselor abdominale (09.09.22) - Concluzie: Stenoză a trunchiului Celiac cca 90%. Ocluzie a arterei mezenterice superioare.

Având în vedere acuzele pacientului, istoricul bolii, investigațiile efectuate, datele la Doppler Duplex a vaselor abdominale s-a indicat T.C spiralată a abdomenului în regim angiografic - Concluzie:

1. Subocluzia trunchiului celiac.
2. Ocluzie arterei Mezenterica superior.
3. Ocluzie arterei Mezenterica inferior.
4. Ocluzie arterei Iliace comună pe stânga.
5. Ocluzie arterei Femurale pe stânga

Astfel s-a confirmat diagnosticul de Ischemie abdominală cronică cu gastropatie (Gastroduodenită erosivă), pancreatopatie (Pancreatita cronică recidivantă, cu insuficiență extrinsecă), enteropatie (Enteropatia ischemică cu sindrom de malabsorbție și maldigestie), colopatie (Sigmoidită erosivă), decompensată, CF II-III. Diagnosticul a fost confirmat în baza investigațiilor paraclinice efectuate conform Ghidului european privind ischemia mezenterică cronică din 2020, iar formulat în baza clasificărilor pentru Ischemia abdominală cronică (după vasul afectat, clasa funcțională și evoluție). Luând în considerare stenoza severă a trunchiului celiac, pacientul a fost îndreptat la IMSP Spitalul Clinic Republican “Timofei Moșneaga” cu scopul efectuării consultului medicului chirurg vascular. După consultul medicului chirurg vascular s-a stabilit diagnosticul definitiv:

Diagnosticul clinic final:

1. Ateroscleroza generalizată cu afectarea vaselor coronariene (clinica pentru AP de efort CF II), mezenterice, (CT abdominal), periferice (claudicație intermitentă + CT abdominal). (I 7.08)
2. Ischemie abdominală cronică cu gastropatie (Esofagită erozivă. Gastroduodenită erosivă), pancreatopatie (Pancreatopatie ischemică cu insuficiență extrinsecă), enteropatie (Enteropatie ischemică), colopatie (Colonopatie ischemică, Sigmoidită erosivă), decompensată, CF II-III.
3. Sindromul maldigestie și malabsorbție. Cașexie.
4. CPI. Angină pectorală de efort, cl. f II. HTA es. gr. II, risc additional înalt. IC I NYHA.
5. Litiază biliară, colicistită cronică calculoasă.

Prima etapă a tratamentului chirurgical. Pe 10.10.2022, pacientul se internează în Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” în secția Chirurgie Vasculară cu indicație pentru tratament chirurgical endovascular în volum de angioplastie, stentarea trunchiului celiac, arterei mezenterice superioare și arterei mezenterice inferioare. A fost investigat paraclinic unde se determină în analiza biochimică a sângelui Albumina:34.83 g/l; Proteina C reactiva: 59.90 mg/l; Proteina totala: 62.06 g/l; D-dimeri Calitativ: Pozitiv; INR: 1.64; Protrombina după Quick: 59 %;– hipoproteinemie, valori crescute de aproximativ 10 ori a Proteinei C reactive, D-dimerii calitativ pozitiv și modificări în cuagulogramă cu scăderea IP și creșterea INR, probabil pe fundal de tratament anticoagulant administrat anterior; în hemoleucograma se determină WBC:16.70 103/uL, RBC:3.83 106/uL, HGB:11.8 g/dl, HCT:33.9 %, PLT:319 103/uL, NEUT%:84.0 %, LYMPH%: 10.8 %, VSH:25 mm/h – anemie, leucocitoză pe contul granulocitelor și limfopenie.

Pacientul fost investigat prin Angiografia cu substracție digitală(DSA) a abdomenului, 7-9 cicluri de achiziție de date - Concluzie: Stenoza critică a trunchiului celiac cca 99%. Ocluzia art. Mezentrice superioare. Ocluzia art. Mezentrice inferioare. S-a efectuat revascularizarea organelor abdominale prin angioplastie percutană cu balon și stentare multiplă a trunchiului celiac. În timpul intervenției chirurgicale s-a efectuat Aortografie și s-a determinat Ocluzia art.iliace comune pe stînga. Ocluzia art.femorale comune pe stînga gr. IIB-III. S-a efectuat în timpul aceleiași intervenții Angiografie DSA a arterelor membrului inferior sting. Ulterior s-a efectuat revascularizarea arterei iliace comune stîngi, care a fost efectuată prin angioplastie cu balon și implantare de stent.

Diagnosticul postoperator stabilit a fost - Ateroscleroza. Stenoza critica a trunchiului celiac. Ocluzia art.mezenterice superioare si inferioara. Ocluzia art. iliace comune pe stînga. Ocluzia art.femorale comune pe stînga gr. IIB-III. S-a indicat Angiografia cu substracție digitală (DSA) a aortei și membrului inferior, unilateral, 4-5 cicluri de achiziții de date - Concluzie: Pe stînga ocluzia art. iliace comune. Colateral se reîncarcă art. Iliacă internă și externă. Ocluzia art. Femurale comune. Colateral se reîncarcă art. Femurală superficială și profundă. S-au efectuat în dinamică analizele, se menține leucocitoza la 16,000 /l, iar Proteina C reactivă s-a micșorat la 28 mg/l.

Starea generală cu ameliorare pe fundal de tratament intervențional și medicamentos. Pacientul este externat cu următoarele recomandări:

1. Tab. Aspirin Cardio 100 mg, cate o pastila pe zi, per os, după masă, permanent;
2. Tab. Clopidogrel 75 mg, cate o pastila pe zi, per os, permanent;
3. Tab. Rozuvastatina 10 mg, cate o pastila pe zi, per os, permanent;
4. Continuă tratamentul antihipertensiv.
5. Control in dinamica la chirurg vascular;
6. Evidenta la medic gastroenterolog, medic de familie.

După intervenția chirurgicală din luna a 10.2022 până în luna 06.2023, în dinamică s-au ameliorat durerile abdominale, prezintă periodic dureri abdominale în regiunea epigastrică de intensitate moderată, s-a determinat normalizarea scaunului, periodic prezintă scaune de tip diareic până la 2 pe zi, zilnic, omogene, normocrome. A adăugat în greutate 17 kg, în total

masa - 65 kg, senzația de sitofobie s-a ameliorat, însă pacientul se limitează la alimente precum: carnea, cartofii, orezul și alte alimente pe care el le consideră trigger pentru durerile abdominale. Pacientul nu prezintă necesitatea în administrarea preparatelor antidolore și a NTG.

A continuat tratamentul indicat de medicul chirurg vascular și recomandările medicului gastroenterolog: Dieta nr. 5p. Alimentație bogată în proteine, reducerea grăsimilor și a carbohidraților. Efort fizic moderat regulat câte 30 minute pe zi. Evitarea ridicării greutăților și a stresului.

1. Tab. Pantoprazol 20 mg 1p/zi cu 30 de minute înainte de mâncare pe parcursul la toată terapia antiagregantă dublă
2. Tab. Creon 25000 UI 1tab de 3 ori pe zi în timpul meselor, permanent
3. Tab. Heptral 500 mg 1 tab de 2-3 ori/zi – 6 luni
4. Tab. Florbionic 1 caps. De 2 ori pe zi – 6 luni
5. Tab. Mildronat 250 mg 1 tab de 2 ori pe zi – 3 luni
6. Continuă tratamentul antihipertensiv cu administrarea la necesitate a nitraților (doar la durerile din timpul efortului fizic).

Toate acestea fiind asociate cure periodice de vitaminoterapie și enterosorbenți. La fel ambulator a efectuat Doppler Duplex a vaselor intra și extracraniene (12.2023) – Concluzie: Modificări hemodinamice importante ca urmare a arterelor stenoizante nu se determină.

Etapele 2-a a tratamentului chirurgical. Pe 28.06.2023, pacientul se reinternează în Spitalul Clinic Republican „Timofei Moșneaga” în secția Chirurgie Vasculară cu acuze la claudicație intermitentă la nivelul membrelor inferioare. La examinarea membrului inferior stâng se determină semne de ischemie plantară pe stânga. Puls pe artera femurală și distal absent. Astfel pacientul se prezintă cu indicație pentru tratament chirurgical endovascular în volum de angioplastie percutană cu balon și stentare unică a arterei iliace externe pe stânga. S-a efectuat revascularizarea prin angioplastia a arterei iliace externe cu implantare cu balon și implantare de stent. S-a indicat Angiografia cu substrație digitală (DSA) a aortei și membrului inferior, unilateral - Concluzie: Pe stânga: se determină stent funcțional la nivelul a.iliace comune. Stenoza a.iliace externe la origine cca 90%. Ocluzia a.femurale comună. În rest artera femurală superficială, poplitee, tibiale cu flux magistral. Diagnosticul postoperator - Ateroscleroza. Stenoza a.iliace externe pe stânga. Bypass femuro-femural funcțional, pe stânga. Ocluzia a.femurale comună pe stânga gr. IIB. S-au colectat investigațiile în dinamică unde se determină normalizarea valorilor indicilor biochimici și a hemoleucogramei comparativ cu internarea din luna a 10.2022. Starea pacientului cu ameliorare după intervenție, se externează cu aceleași recomandări:

1. Tab. Aspirin Cardio 100 mg, câte o pastilă pe zi, per os, după masă, permanent;
2. Tab. Clopidogrel 75 mg, câte o pastilă pe zi, per os, permanent;
3. Tab. Rozuvastatina 10 mg, câte o pastilă pe zi, per os, permanent;
4. Continuă tratamentul antihipertensiv.
5. Controlul în dinamică la chirurgul vascular;
6. Evidența la medicul gastroenterolog și medicul de familie.

După intervenția chirurgicală din luna a 06.2023 până în prezent, pacientul:

- Nu prezintă acuze la dureri abdominale.
- Nu necesită antidolore sau/și NTG
- Nu prezintă sitofobie
- Are poftă de mâncare
- A adăugat în greutate 19 kg
- Scaun normal 1/zi, oformat, normocrom
- Nu prezintă claudicație intermitentă
- Nu prezintă modificări trofice ale membrilor inferioare

Pacientul nu prezintă indicații pentru nitrați, Angina pectorală de efort stabilizată la CF I, valorile TA s-au normalizat, doza de tab. Valsartan a fost redusă la 80 mg 1 tab. pe zi.

Pacientul pe fundal de administrare a clopidogrelului prezintă acuze la dureri abdominale în regiunea epigastrică. Efectuează FEGDS (03.2024) Concluzie: Esofagită eritematoasă. Gastrită eritematoasă erozivă. S-a adresat la medicu gastroenterolog și s-a mărit doza de tab. pantoprazol la 40 mg, cu dispariția durerilor abdominale în 2 săptămâni. In dinamică a efectuat Doppler Duplex a vaselor abdominale (03.2024) – Concluzie: Fără semne de stenoză a trunchiului celiac, arterei mezenterice superioare și inferioare, a arterei iliace comune pe stânga și femurale pe stânga și Doppler Duplex a vaselor intra și extracraniene (03.2024) – Concluzie: Modificări hemodinamice importante ca urmare a arterelor stenozante nu se determină. Pacientul continuie să fie supravegheat de medicul gastroenterolog și de medicul de familie. Continuie tratamentul de până la operație cu pantoprazol, creon, probiotice, vitaminoterapie, enterosorbenși periodic, o dată la 3-6 luni și tratamentul antihipertensiv fără administrarea nitraților.

Prognosticul este favorabil: s-a ameliorat starea pacientului, nu prezintă acuze la dureri abdominale, a adăugat în greutate, scaunul s-a normalizat, la investigațiile paraclinice efectuate în dinamică fără semne de agravare, pacientul este bine dispus și activ. La moment putem afirma că are loc reconvalescența pacientului.

Discuții. Ischemia mezenterică cronică (IMC) este o afecțiune rară, reprezentând mai puțin de 5% din toate evenimentele ischemice intestinale. Incidența reală a IMC rămâne incertă [3]. Aceasta apare mai ales la cei peste 60 de ani și este de trei ori mai frecventă la femei decât la bărbați. Ateroscleroza arterelor mezenterice este cea mai frecventă cauză a IMC. Pacienții prezintă de obicei durere postprandială, pierdere în greutate, diaree însoțită în multe cazuri de sitofobie [2].

Metoda de diagnostic neinvazivă utilizată ca screening este Duplex scan abdominal, iar rolul confirmării și determinării nivelului de stenoză cu precizare maximă îi revine CT abdominală în regim angiografic. Totuși Angiografia DSA (cu substrație digitală) rămâne a fi standardul de aur – metoda de diagnostic invazivă, pentru stabilirea definitivă a diagnosticului de ischemie mezenterică acută [3].

Prognosticul Ischemiei abdominale cronice este nefavorabil în cazul în care ocluzia uneia dintre artere a dus la necroza țesutului și favorabil dacă s-a reușit revascularizarea organelor abdominale [1] până la necroza acestora cu restabilirea funcțiilor complet sau aproape complet în dependență de durata ischemiei.

Concluzii.

1. Diagnosticul IMC poate fi sugerat de triada: durere abdominală postprandială, diaree și pierdere ponderală, la care se asociază ulterior sitofobia, ce poate fi confirmată prin Doppler și Angio CT abdominal.
2. Scopul principal al tratamentului este restabilirea fluxului sangvin intestinal, prin angioplastia cu balon sau/și implantare de stent arterei ocluzate cu minimizarea oricărei leziuni de reperfuzie și tratamentul medicamentos conservator cu IPP, enzime pancreatice, probiotice, enterosorbenți și altele.

Bibliografie.

1. Abdelhamid, M., Davies, R., Vohra, R. Chronic mesenteric ischaemia. In: Bhattacharya V, Stansby G, eds. Postgraduate Vascular Surgery: The Candidate's Guide to the FRCS. Cambridge University Press. 2011, pp. 156-163.
2. Barret, M., Martineau, C., Rahmi, G., et al. Chronic mesenteric ischemia: a rare cause of chronic abdominal pain. In: Am J Med. 2015, vol. 128(12):1363.e1-8.
3. Terlouw, L., Moelker, A., Abrahamsen, J., et al. European guidelines on chronic mesenteric ischaemia - joint United European Gastroenterology, European Association for Gastroenterology, Endoscopy and Nutrition, European Society of Gastrointestinal and Abdominal Radiology, Netherlands Association of Hepatogastroenterologists, Hellenic Society of Gastroenterology, Cardiovascular and Interventional Radiological Society of Europe, and Dutch Mesenteric Ischemia Study group clinical guidelines on the diagnosis and treatment of patients with chronic mesenteric ischaemia. In: United European Gastroenterol J. 2020, vol. 8(4), pp. 371-395.

POVARA ÎNGRIJITORILOR PACIENȚILOR CU MULTIMORBIDITATE

Virginia Șalaru¹, Liliana Țurcan¹, Ghenadie Curocichin¹

¹ Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Rezumat

Actualitatea temei. Creșterea speranței de viață determină sporirea numărului persoanelor care trăiesc cu multimorbiditate, transformând acest fenomen vast într-o problemă de sănătate publică. Prezența mai multor afecțiuni cronice sporește complexitatea conduitei terapeutice atât din perspectiva îngrijitorilor, cât și a pacienților. **Scopul** cercetării a fost de a evalua povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate pentru identificarea modalităților de suport a acestora. **Materiale și metode:** A fost realizat un studiu calitativ în baza interviurilor semi-structurate pe un eșantion de 33 de îngrijitori ce au în grija lor pacienți cu multimorbiditate. Perioada de colectare a datelor a fost septembrie 2023- decembrie 2023. **Rezultate:** În cercetare au participat 33 de îngrijitori, dintre care 23 (69,7%) - femei și 10 (30,3%) bărbați. Vârsta medie a acestora a fost de $52,45 \pm 2,14$ ani. În 32 (96,9%) cazuri, îngrijitorii au preluat acest rol non-formal fiind membri ai familie pacientului îngrijit. Îngrijitorii au menționat un nivel moderat de stres și următoarele provocări în procesul de îngrijire a pacientului cu multimorbiditate: epuizarea emoțională și fizică, stres legat de lipsa resurselor financiare, tratamente complexe, gestionarea simultană a multiplelor afecțiuni și aici putem alipi lipsa de cunoștințe medicale în cadrul acestor probleme, alte dificultăți precum lipsa timpului îndeajuns pentru putea acorda o îngrijire adecvată, lipsa transportului necesar în legătură cu distanța dintre locul de trai dar și oportunitatea de a transporta pacientul către diverse procedee medicale din cadrul instituțiilor medicale. **Concluzie.** Îngrijirea unui pacient cu multimorbiditate constituie o povară pentru îngrijitori, aceștia se confruntă cu diferite obstacole și necesită suport suplimentar pentru menținerea propriei bunăstări și realizarea sarcinilor de îngrijire formale și non-formale. **Cuvinte cheie:** povară, multimorbiditate, îngrijitori.

Actualitatea temei. Fenomenul de multimorbiditate a devenit o problemă de sănătate publică, constituind o provocare pentru sistemele de sănătate, dar și pentru familiile pacienților. Managementul de caz al pacientului cu multimorbiditate necesită implicarea specialiștilor din domeniul sănătate și asistență socială, servicii comunitare și de suport. Domeniul îngrijirii acestor pacienți este caracterizat de eforturile ce sunt depuse atât de prestatorii de servicii medicale, cât și de aparținătorii în grija cărora sunt lăsați [1]. Activitatea îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate devine una extrem de solicitantă, dificilă și extenuantă [2].

Pacienții cu multimorbiditate au nevoie de o abordare de îngrijire mai complexă și personalizată pentru a putea gestiona cu multiplele afecțiuni cronice cu care se confruntă aceștia. Aspectele esențiale ale nevoilor lor de îngrijire sunt [3]:

- Evaluarea comprehensivă: fiind o evaluare detaliată a istoricului medical, a simptomelor și a funcționalității pacientului pentru a înțelege în profunzime fiecare afecțiune și posibilele interacțiuni dintre ele.

- Managementul medicamentelor: pacienții cu multimorbiditate pot avea multiple medicamente prescrise. Este important ca acestea să fie administrate în mod corespunzător și

să nu existe interacțiuni medicamentoase negative, iar acest fapt necesită o monitorizare cât mai riguroasă.

- Coordonarea îngrijirii: pentru a asigura o îngrijire integrată și coerentă, coordonarea între diferiți prestatori de îngrijire și specialități medicale este crucială. Comunicarea eficientă între medici, asistenți medicali, farmaciști și alte cadre medicale implicate în îngrijirea pacienților cu multimorbiditate.

- Educarea pacienților: pacienții cu multimorbiditate trebuie să fie bine informați cu privire la afecțiunile lor, planul de tratament prescris și obiectivele terapeutice propuse. Educația pacienților cu privire la gestionarea afecțiunilor existente, importanța menținerii unui stil de viață sănătos, alimentație adecvată, exerciții fizice și monitorizarea simptomelor poate contribui semnificativ la îmbunătățirea calității vieții și a rezultatelor clinice.

- Suportul psihologic și social: pacienții cu multimorbiditate pot prezenta dificultăți psihologice și sociale, cum ar fi depresia, anxietatea sau izolarea socială. Iar o abordare holistică a îngrijirii ar trebui să includă sprijinul emoțional și social, lucrul cu asistenți sociali și consilieri pentru a gestiona aceste probleme.

- Promovarea unui stil de viață sănătos: elaborarea unui stil de viață sănătos, inclusiv alimentația echilibrată, exercițiile fizice regulate și renunțarea la obiceiurile nesănătoase, cum ar fi fumatul sau consumul excesiv de alcool, poate juca un rol semnificativ în gestionarea și prevenirea complicațiilor asociate cu multimorbiditatea.

Astfel gestionarea multimorbidității necesită o abordare individualizată și multidisciplinară pentru a satisface nevoile specifice ale fiecărui pacient în parte, iar colaborarea între pacienți, familiile lor și profesioniștii din domeniul sănătății este esențială pentru a asigura un management eficient și o îmbunătățire a calității vieții ulterioare.

Îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate se confruntă cu provocări care sunt deosebit de împovărătoare ca urmare a nevoii de a oferi îngrijiri legate de două sau mai multe boli cronice. Deși în mod tradițional concentrat pe pacient, cercetarea multimorbidității recunoaște din ce în ce mai mult sarcina importantă, dar anevoioasă, de a îngriji pe cei cu afecțiuni cronice multiple [4]. Majoritatea cercetărilor publicate s-au focusat în special pe determinarea impactului multimorbidității asupra pacientului sau sistemului de sănătate, mai puțin fiind reflectată povara resimțită de îngrijitorii pacienților cu multimorbiditate.

Reieșind din cele expuse scopul cercetării a fost de a evalua povara îngrijitorilor pacienților cu multimorbiditate pentru identificarea modalităților de suport a acestora.

Materiale și metode: A fost realizat un studiu calitativ în baza interviurilor semi-structurate pe un eșantion de 33 de îngrijitori ce au în grija lor pacienți cu multimorbiditate. Perioada de colectare a datelor a fost septembrie 2023- decembrie 2023. Îngrijitorii în cadrul interviurilor au răspuns întrebărilor grupate în 4 domenii: date generale despre îngrijitor (vârsta, genul, mediu de trai, ani de studii, profesia, nivelul de pregătire); datele despre pacientul îngrijit (cât timp îngrijește de pacient, câți pacienți are în grija sa, vârsta pacientului, afecțiuni cronice concomitente persistente, gradul de dependență a acestuia); cunoștințe (instruire în domeniu, nivelul de experiență, nivelul de pregătire a îngrijitorului) și starea emoțională a îngrijitorilor (nivelul de satisfacție, nivelul de stres, provocările și dificultățile întâmpinate). Ulterior răspunsurile au fost analizate cu identificarea nivelului de stres, îngrijorare și dificultățile experimentate de îngrijitori, inclusiv impactul psihologic, social și emoțional.

Rezultat: În cercetare au participat 33 de îngrijitori, dintre care 23 (69,7%) - femei și 10 (30,3%) bărbați. În cercetare au predominat respondenții din mediul urban 19 (57,6%) versus 14 (42,4%) din mediul rural. Vârsta medie a acestora a fost de $52,45 \pm 2,14$ ani, cu intervale variaționale largi de la 30 la 75 ani. În 32 (96,9%) cazuri, îngrijitorii au preluat acest rol non-formal fiind membri ai familie pacientului îngrijit. Doar 17 (51,51%) au menționat că au beneficiat de instruire în domeniul îngrijirii unui pacient, aceștia preponderent s-au informat modul de îngrijire din tutoriale disponibile online (11, 33,3%), cărți de specialitate (8, 24,2%), articole științifice (5, 15,1%), 10 au menționat că au fost instruiți de un lucrător medical pentru a putea îngriji corespunzător pacientul cu multimorbiditate, doar 1 din ei a lucrat în calitate de îngrijitor peste hotarele țării. De notat că 6 din cei 33 de îngrijitori ai pacienților cu multimorbiditate aveau instruire formală în domeniu și erau deținători de diplome de studii medicale. Nivelul autoapreciat de pregătire în domeniul îngrijirilor medicale a fost satisfăcător în 16 cazuri, înalt și foarte înalt în 4 cazuri și jos și foarte jos în 13 cazuri respectiv.

Pentru a putea estima povara cu care se confruntă îngrijitorii am continuat cercetarea prin evaluarea profilului pacientului îngrijit și durata perioadei de îngrijire. Vârsta medie a pacienților îngrijiiți a constituit $69,29 \pm 2,29$ ani cu intervale variaționale largi de la 32 la 86 ani. Perioada de îngrijire a pacienților cu multimorbiditate a variat de la 1 la 5 ani în 18 (55%) cazuri, 13 (39%) îngrijesc o persoană cu multimorbiditate cu o durată de peste 5 ani și doar 2 (6%) au acest statut de mai puțin de 1 an. Spectrul patologiilor diagnosticate la pacienții îngrijiiți a fost divers și a inclus diabetul zaharat în 15 cazuri, hipertensiune arterială în 26 de cazuri, tumori în 9 cazuri, probleme de sănătate mintală -9 cazuri și traume - 1 caz. De notat că numărul și tipul patologiilor concomitente, este doar un indicator, povara de îngrijire rezidă în gradul de decompensare și gravitatea evoluției acestora, precum gradul de dependență al pacientului. Astfel ne-am propus să folosim ca instrument indicele Katz, pentru a determina gradul de dependență al pacienților. Astfel conform răspunsurilor evaluate 14 pacienți conform indicelui Katz erau independenți, 4 cu nivel de dependență moderată, 7 cu dependență înaltă și 8 cu dependență totală.

Ulterior am continuat cercetarea prin evaluarea gradului de stres din perspectiva îngrijitorilor conform criteriului 0 - nu au stres și 10 - insuportabil de dificil. Conform analizei datelor am obținut un scor mediu $5,94 \pm 2,85$ puncte ceea ce indică un nivel moderat de stres. Distribuția acestora pe nivele „foarte satisfăcut”, „satisfăcut”, „neutru”, „nesatisfăcut” și „foarte nesatisfăcut”, a identificat că nu am primit răspunsuri de „foarte satisfăcut”, dar nici de „foarte nesatisfăcut”. Îngrijitorii evaluați resimt anumite niveluri de presiune și neliniște, dar nu se află într-o stare de stres extrem. Asocierea bolilor mintale sau patologiilor cu declin cognitiv semnificativ, determină un impact mai mare asupra îngrijitorilor

Este important să se acorde atenție nivelului de stres și aplicarea de strategii eficiente pentru gestionarea și reducerea stresului, precum activități relaxante, exerciții de respirație, meditații sau alte tehnici de reducere a stresului precum hobby-uri, terapii, sprijin familial și chiar acces la sprijin psihologic sau consiliere în caz de necesitate. La întrebarea despre sprijinul psihologic, doar 3 îngrijitori au răspuns că dispun de astfel de ajutor.

La fel am ținut cont să evaluăm principalele provocări cu care se întâlnesc îngrijitorii, iar conform studiului realizat, acestea fiind cel mai adesea: epuizarea emoțională și fizică, stres legat de lipsa resurselor financiare, tratamente complexe, gestionarea simultană a multiplelor afecțiuni și aici putem alipi lipsa de cunoștințe medicale în cadrul acestor probleme, alte

dificultăți precum lipsa timpului îndeajuns pentru putea acorda o îngrijire adecvată, lipsa transportului necesar în legătură cu distanța dintre locul de trai dar și oportunitatea de a transporta pacientul către diverse procedee medicale din cadrul instituțiilor medicale.

În ceea ce privește viața personală, îngrijitorii au menționat dificultăți în menținerea echilibrului între îngrijirea pacienților și propriile lor nevoi și dorințe. Activitățile plăcute și timpul liber pot fi limitate sau chiar eliminate complet, ceea ce poate la fel influența satisfacția și fericirea generală a îngrijitorilor. Relațiile sociale pot suferi, de asemenea, din cauza îngrijirii constante. Îngrijitorii pot simți că nu mai au timp pentru a-și menține legăturile cu prietenii și familia, ceea ce poate conduce la izolare socială și sentimente de singurătate. Aspectul financiar, costurile asociate cu îngrijirea pacienților cu multimorbiditate pot fi la fel considerabile. Medicamentele, vizitele la medici sau spitalizările pot avea un impact semnificativ asupra situației financiare a îngrijitorilor.

O altă provocare este dezechilibrul dintre capacitatea îngrijitorului și volumul sarcinilor care este determinat de complexitatea tratamentului, a îngrijirilor și modificările stilului de viață în general. Îngrijitorii participanți în evaluare au raportat necesitatea de sprijin suplimentar în diverse domenii, așa ca: evaluarea pacientului, managementul urgențelor și reacțiilor adverse, comunicarea și coordonarea îngrijirilor cu profesioniștii în domeniul sănătății. Pentru depășirea acestor provocări este menționată necesitatea îmbunătățirii cooperării multidisciplinare, implicarea profesioniștilor în domeniul sănătății și oferirea de momente de respiro pentru îngrijitori. Astfel, este necesară o coordonare a serviciilor inclusiv cu nevoile îngrijitorilor, apartenența lor cotidiană și necesitatea echilibrării numărului de sarcini și competențele îngrijitorilor.

Concluzie. Îngrijirea unui pacient cu multimorbiditate constituie o povară pentru îngrijitori, aceștia se confruntă cu diferite obstacole și necesită suport suplimentar pentru menținerea propriei bunăstări și realizarea sarcinilor de îngrijire formale și non-formale.

Cuvinte cheie: povară, multimorbiditate, îngrijitori.

Bibliografie

1. Smith SM, Wallace E, O'Dowd T, Fortin M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings. *Cochrane Database Syst Rev.* 2016 Mar 14;3(3):CD006560. doi: 10.1002/14651858.CD006560.
2. Schmaderer M, Struwe L, Pozehl B, Loecker C, Zimmerman L. Health Status and Burden in Caregivers of Patients With Multimorbidity. *Gerontol Geriatr Med.* 2020 Sep 23;6:2333721420959228. doi: 10.1177/2333721420959228. PMC8762485.
3. World Health Organization, Technical Series on Safer Primary Care: Multimorbidity, 13 December 2016 Technical document, number of pages 28.
4. Alemi F., Levy CR, Kheirbek RE (2016). The Multimorbidity Index: A Tool for Assessing the Prognosis of Patients from Their History of Illness. *EGEMS*, p.1235–1235. 10.13063/2327-9214.1235.

ABORDAREA PACIENȚILOR CU MALADII REUMATICE AUTOIMUNE PRIN PRISMA SINDROMULUI METABOLIC LA NIVEL DE ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Garabajiu Maria¹, Loghin-Oprea Natalia¹, Șalaru Virginia¹, Mazur-Nicorici Lucia¹, Sadovici-Bobeica Victoria¹, Cebanu Mariana¹, Rotaru Tatiana², Mazur Minodora¹

¹ Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² IMSP Institutul de Cardiologie, Chișinău

Abstract

Introducere. Sindromului metabolic (MetS) are prevalența crescută la pacienții cu maladii autoimune, ceea ce reprezintă un factor adițional de influență asupra manifestărilor și consecințelor bolii de bază. Screening-ul acestuia este important pentru scăderea riscului cardiovascular total și diminuarea poverii asupra pacientului cu maladie cronică. **Scopul:** determinarea particularităților sindromului metabolic la pacienții cu maladii reumatice autoimune, cu scopul aprecierii necesității screening-ului precoce la nivel de asistență medicală primară (AMP). **Material și metode.** În studiu au fost incluși pacienți cu maladii autoimune reumatice (MAR), divizați în 3 loturi: Lotul I - 102 pacienți cu Lupus Eritematos Sistemic (L I- LES), Lotul II - 97 de pacienți cu Artrită Psoriazică (LII – APs), Lotul III - 67 pacienți cu Miopatii Inflamatorii Idiopatice (L III – MII). Loturile au fost evaluate pentru prezența MetS prin criteriile AHA/NHLBI/IDF. **Rezultate.** MetS a fost stabilit la 49 (48,03%) pacienți din lotul I, 20 (21,50%) pacienți din lotul II, și 18 (26,81%) pacienți din lotul III. Valorile crescute ale circumferinței abdominale au fost identificate la majoritatea pacienților din cele 3 loturi de cercetare. Valorile majorate ale trigliceridelor și a tensiunii arteriale au fost frecvent depistate în toate 3 loturi. Valorile HDL-C au fost scăzute mai mult la pacienții cu LES și APs, atunci când 55% din pacienții cu miopatii au avut valori normale ale HDL-C. De altfel, pacienții cu miopatii și APs au avut valori crescute ale glicemiei a jeun în 40% și 50%, respectiv. **Concluzie.** Sindromul metabolic are o frecvență crescută la pacienții cu maladii autoimune reumatice și necesită evaluare prin screening și monitoare în dinamică. Echipa de AMP are un rol semnificativ în evaluarea, educarea și monitorizarea acestor pacienți. **Cuvinte cheie.** Sindromul metabolic, maladii reumatice autoimune, asistență medicală primară.

Introducere. Pacienții cu maladii autoimune reumatice au un risc crescut de boli cardiovasculare (CV), în comparație cu populația generală. Estimările privind incidența evenimentelor CV variază în funcție de diferite grupuri de afecțiuni. Multipli factori de risc tradiționali și netradiționali contribuie la dezvoltarea patologiei cardiovasculare. Riscul CV mai mare la pacienții cu boli reumatice comparativ cu populația generală nu este suficient explicat prin diferențele în prevalența factorilor tradiționali, ceea ce sugerează că sunt necesare recomandări de evaluare și tratament specific adaptate pacienților cu aceste afecțiuni. Inflamația cronică este considerată un element cheie în patogeneza bolilor CV la pacienții cu MAR. Acest fapt a fost demonstrat în populația generală prin asocieri cu nivelurile serice ale proteinei C reactive (PCR) și eficacitatea medicamentelor care vizează căile inflamatorii, în timp ce noi legături între inflamație, imunitate și factorii cardiometabolici sunt în curs de cercetare [1,2].

Sindromul metabolic este un grup de factori de risc metabolic și cardiovascular care include obezitatea și adipozitatea viscerală, rezistența la insulină, dislipidemia și hipertensiunea arterială (HTA). MetS este asociat cu creșterea consecințelor CV și a mortalității de 2 și, respectiv, de 1,5 ori [2]. Riscul crescut de boală CV la pacienții cu artrită reumatoidă (AR) a fost bine studiat, astfel încât *Alianța Europeană a Asociațiilor pentru Reumatologie (EULAR)* recomandă ca screening-ul și managementul riscului CV la acești pacienți să fie efectuate regulat [3].

Sindromul metabolic este o constelație de factori de risc CV și a fost definit de diferite organizații prin criterii de diagnostic. Trei dintre cele mai cunoscute definiții utilizate pentru cercetări sunt:

Prima definiția a fost propusă de OMS în 1999 [4] și presupune prezența rezistenței la insulină sau glicemia a jeun $> 6,1$ mmol/L (110 mg/dl), glucoza la 2 h $> 7,8$ mmol (140 mg/dl) (obligatoriu) împreună cu oricare două sau mai multe dintre următoarele:

- HDL colesterol $< 0,9$ mmol/L (35 mg/dl) la bărbați, $< 1,0$ mmol/L (40 mg/dl) la femei
- Trigliceride $> 1,7$ mmol/L (150 mg/dl)
- Raport talie/șold $> 0,9$ (bărbați) sau $> 0,85$ (femei) sau IMC > 30 kg/m²
- Tensiune arterială $> 140/90$ mmHg

Definiția Federației Internaționale de Diabet propusă în 2005 [5] include circumferința abdominală > 94 cm (bărbați) sau > 80 cm (femei) împreună cu prezența a două sau mai multe dintre următoarele:

- Glicemie în sânge $> 5,6$ mmol/L (100 mg/dl) sau diabet diagnosticat
- Colesterol HDL $< 1,0$ mmol/L (40 mg/dl) la bărbați, $< 1,3$ mmol/L (50 mg/dl) la femei sau tratament medicamentos pentru HDL-C scăzut
- Trigliceride în sânge $> 1,7$ mmol/L (150 mg/dl) sau tratament medicamentos pentru hipertrigliceridemie
- Tensiune arterială $> 130/85$ mmHg sau tratament medicamentos pentru hipertensiune arterială

În 2009 a fost elaborată și aprobată definiția de consens a Asociației Americane a Inimii/ Institutul Național al Inimii, Plămânilor și Sângelui și Federația Internațională a Diabetului (American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute-AHA/NHLBI și International Diabetes Federation- IDF)[6]. Pentru clasificarea sindromului metabolic este necesară îndeplinirea a cel puțin 3 din următoarele elemente:

- Circumferință abdominală ridicată, în conformitate cu definițiile specifice populației și ale țării.
- Trigliceride $\geq 1,7$ mmol/L (150 mg/dl)
- HDL-colesterol $\leq 1,0$ mmol/L (40 mg/dl) la bărbați, $\leq 1,3$ mmol/L (50 mg/dl) la femei
- TA $\geq 130/85$ mmHg
- Glicemie a jeun $\geq 5,6$ mmol/L (100 mg/dl)

Astfel, datele referitor la incidența și prevalența MetS diferă în dependența de populația studiată și criteriile de clasificare utilizate de către cercetători. De exemplu, prevalența MetS în Statele Unite este estimată la 24% și crește la 44% la persoanele de peste 60 de ani [7].

Datele referitor la incidența a diabetului zaharat, obezității sau dislipidemiei arată că aceste patologii sunt în creștere, în pofida faptului că sunt aplicate măsuri de prevenție și tratament la nivel global. Astfel de la definirea termenului de sindrom metabolic, prevalența acestuia este în continuă creștere în populație globului.

Prevalența MetS în MAR diferă în dependență de maladia studiată, fiind 36% în sclerodermie, variază între 34 și 42% la pacienții cu dermatopolimiozită, 34% în arterita Takayasu, 35% în boala Behcet și 35% în sindromul antifosfolipidic. Așadar, pacienții cu MAR, ce includ lupusul eritematos sistemic (LES), AR, spondilita anchilozantă (AS) și vasculitele sistemice au o prevalență crescută a MetS. În consecință, ultimele decenii se caracterizează prin ateroscleroza accelerată și majorarea prevalenței bolilor CV la pacienții cu MAR [8,9,10]

Evaluarea MetS de facto, în condițiile de Asistență medicală primară (AMP) în Republica Moldova, nu se regăsește în ghidurile naționale, din considerente că este o constelație de patologii, de altfel, evaluarea individuală a acestor patologii, precum: screening-ul pentru riscul CV și diabet zaharat este inclus în protocolul PEN 1 (package of essential noncommunicable disease interventions) „Prevenirea atacului de cord, accidentului vascular cerebral și bolilor renale prin intermediul managementului integrat al DZ și HTA”. Totodată, sunt prezente recomandări în Protocoalele Clinice Naționale (PCN): „Diabet Zaharat necomplicat”, „Hipertensiunea arterială”, „Prevenția bolilor cardiovasculare”, „Obezitatea la adult”, „Dislipidemiile”, unde figurează diagnosticul și managementul MetS în populația generală. De notat că în PCN pentru MAR nu au fost determinate recomandări specifice pentru screening-ul și managementul MetS.

Scopul studiului. Eterminarea particularităților sindromului metabolic la pacienții cu maladii reumatice, cu scopul aprecierii necesității screeningul-ui precoce la nivel de asistența medicală primară.

Material și metode. A fost efectuat un studiu descriptiv pe 3 loturi de pacienți, internați în secția reumatologie a Institutului de Cardiologie în perioada ianuarie 2018 - iunie 2020. Toți pacienții și-au exprimat acordul benevol de participa în cercetare prin semnarea acordului informat. Lotul I – pacienții cu diagnosticul de Lupus Eritemos Sistemic (LES) stabilit conform criteriilor de clasificare SLICC, 2012, a inclus 102 pacienți. Lotul II – 93 pacienți cu Artrita Psoriazică (APs), cu prezența criteriilor de clasificare CASPAR. Lotul III – 67 pacienții cu Miopatii Inflamatorii Idiopatice (MII), conform criteriilor EULAR/ACR 2017. Pentru stabilirea diagnosticului de MetS au fost utilizate criteriile de clasificare (AHA/NHLBI/IDF), cu specificarea circumferinței abdominale normale: ≤ 94 cm la bărbați și ≤ 80 cm la femei, criteriul care se utilizează actual în practica națională. Au fost colectate datele anamnestice, clinice, paraclinice ale pacienților. Pentru prelucrarea statistică a datelor au fost utilizate programele de calcul EXCEL și MedCalc.

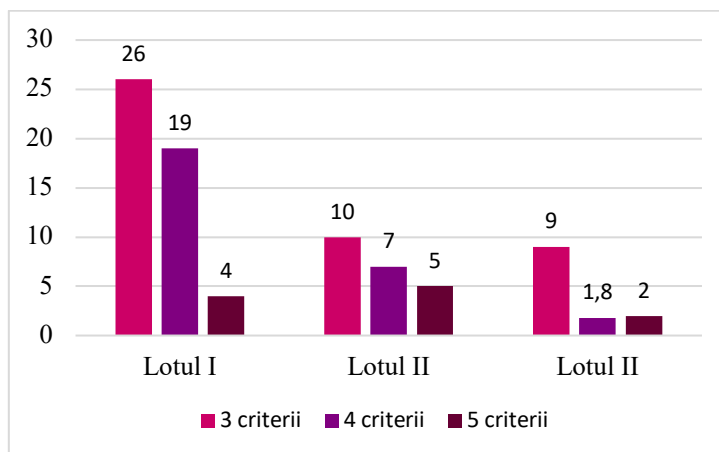
Rezultate. Eșantionul integral de studiu a inclus 3 grupuri de pacienți. Repartizarea neuniformă a pacienților în loturile de studiu este argumentată prin incidență redusă a cazurilor de MII în Republica Moldova (lotul III), totodată repartizarea în LI și LII este echilibrată. Vârsta medie a pacienților în loturi este în mediu 43,52 ani LI, 48,53ani LII și 53,12 ani LIII, cu intervale variaționale similare (tabelul 1).

Tabelul 1. Caracteristica generală a lotului de studiu

Variabilă	LES n - 102	APs n - 93	MII n - 67
Vârsta (ani) mean±SD, i.v.	43,52±13,28 18-73	48,53±11,42 18-70	53,12±12,49 25-78
Vârsta la debutul bolii (ani) mean±SD, i.v.	34,99±13,95 13-72	31,17±11,74 17-53	55,01±13,43 18-67
Durata bolii (luni) mean±SD, i.v.	101,31±92,05 1-442	189,78±137,87 18-522	98,11±72,94 6-324

Reieșind din scopul studiului, loturile au fost evaluate pentru prezența criteriilor de clasificare a MetS. În urma examinării pacienților conform criteriilor AHA/NHLBI/IDF s-a determinat prezența a mai multor criterii pozitive în loturi generale, dar minimum 3 criterii, necesare pentru clasificarea sindromului metabolic au fost notate la 49 (48,03%) pacienți din lotul I, 20 (21,50%) pacienți din lotul II și 18 (26,81%) pacienți din lotul III. Astfel, aproape jumătate din pacienți cu LES au avut drept criterii pentru MetS și o pătrime din pacienții cu APs și MII au întrunit criteriile pentru acest sindrom. Numărul criteriilor a variat în cele 3 loturi de la 3 la 5 criterii. Datele despre pacienții care nu au întrunit cel puțin 3 criterii de clasificare nu au fost incluși în discuție.

Figura 1. Repartizarea pacienților conform numărului criteriilor sindromului metabolic



Caracteristica criteriilor regăsite la pacienți este afișată în tabelul 2. Reieșind din criteriile de clasificare, s-au determinat valorile crescute a circumferinței abdominale la majoritatea pacienților. Valori majorate ale trigliceridelor și a tensiunii arteriale au fost frecvent depistate în toate 3 loturi. Totodată, valorile HDL colesterol au fost scăzute mai mult la pacienții cu LES și APs, atunci când 55% din pacienții cu miopatii au avut valori normale ale HDL-C. De altfel, pacienții cu miopatii și APs au avut valori crescute ale glicemiei a jeun în 40% și 50% cazuri, respectiv. Doar 14% pacienți din lotul I au avut valori ridicate ale glicemiei.

Tabelul 2. Criteriile sindromului metabolic la pacienții în loturile de studiu

Criterii	LES n - 49	APs n - 20	MII n - 18
Circumferința abdominală mărită, n	45 (91,83%)	20 (100%)	17 (94,44%)
Trigliceride crescute, n	41 (83,67%)	19 (95,0%)	15 (83,33%)
HDL scăzut, n	42 (85,71%)	13 (65,0%)	8 (44,44%)
TA crescută, n	39 (79,59%)	15 (75,0%)	15 (83,33%)
Glucoza a jeun majorată, n	7 (14,28%)	8 (40,0%)	9 (50,0%)

Au fost evaluate și alte criterii, care nu sunt incluse în criteriile de clasificare ale MetS, dar reprezintă factorii de risc CV și necesită atenție și evaluare din partea medicului de familie, precum, valorile indicelui masei corporale (IMC), colesterol total și LDL-C, după care se monitorizează ținta terapeutică a tratamentului dislipidemie. IMC reprezintă un parametru de bază calculat la pacienții în sala de triaj la nivel de AMP, în comun cu circumferința abdominală. Astfel, am fost interesați dacă acest parametru este crescut la pacienții incluși în cercetare. În corespundere cu criteriile MetS din 1999, unde se regăsește criteriul pe bază de IMC, am luat în considerare valorile crescute – diagnosticul de obezitate, deci 30 kg/m². În urma evaluării am determinat că 23 (46,93%) din pacienții cu LES, 15 (75,0%) cu APs și 8 (11,94%) cu MII și diagnosticul de MetS au avut obezitate.

Valoarea crescută a LDL-C a fost considerată fiind 2,5 mmol/l, valoarea maximă recomandată de Asociația Europeană a Cardiologilor pentru pacienții cu risc CV moderat. Astfel, a fost determinat că valorile crescute ale LDL-C au fost la 39 (79,59%), 12 (60%) și 11 (16,41%) pacienților din lotul I, II și III, respectiv. În pofida faptului că valorile colesterolului total nu se specifică nici pentru stabilirea diagnosticului de dislipidemie, nici pentru țintele terapeutice, acesta este important pentru calcularea riscului CV. Medicii de familie din Republica Moldova utilizează colesterolul total pentru calcularea non-HDL în evaluarea riscului CV prin intermediul instrumentului SCORE 2 („Systematic COronary Risk Evaluation”, vârsta 40–69 ani) și SCORE2-OP („Older Persons”, vârsta 70–89 ani). În studiul nostru noi am considerat valoarea crescută a colesterolului total fiind de 5 mmol/l. De notat că în toate trei loturi MetS valorile crescute ale colesterolului total s-au determinat în mai mult de 75% pacienți (37 (75,51%) - LES, 17 (85,0%) - APs, 15 (83,33%) – MII), ce reprezintă un criteriu important care necesită monitorizare.

Discuții. Maladiile autoimune reumatice sunt asociate cu sindrom inflamator cronic, care activează procesele de aterogeneză. Răspunsul imun inflamator și căile metabolice din țesutul adipos sunt strâns legate între ele. Astfel, celulele sistemului imunitar adaptativ, inclusiv limfocitele T și B contribuie în mod semnificativ la inflamația țesutului adipos. Limfocitele reglează recrutarea celulelor imune în țesutul adipos și produc citokine care influențează echilibrul inflamator [7]. Citokinele pro-inflamatorii implicate în MetS, constau în diferite familii de citokine: familia IL-1, care include următoarele citochine: IL-1 α și IL-1 β , IL-18, IL-33, IL-37, IL-38 și mai multe izoforme ale IL-36, care sunt implicate în reglarea răspunsurilor imune ce participă la ateroscleroza, infarct miocardic, accident vascular cerebral și alte boli

cardiovasculare. Totodată, se cunoaște că unele tipuri de citokine sunt mediatori importanți în patologiile autoimune, precum LES, APs, AR, sindromul Sjogren, sclerodermia și altele.

Așadar, efectul proinflamator a MetS, corelat cu rezistența la insulină și disfuncția endotelială, explică relația dintre inflamație și procesele metabolice. Prin urmare, MAR și MetS au mediatori și mecanisme de bază comune, inflamația fiind elementul de bază.

De altfel, factorii de risc prezenți în comun la pacienții cu MAR necesită o evaluare atentă la nivel de AMP pentru recunoașterea promptă a condițiilor ce necesită abordare terapeutică. Medicul de familie și echipa acestuia au un rol decisiv în recunoașterea pacienților care vor fi evaluați și stratificați conform riscului CV. Protocoalele naționale în vigoare pentru LES, Spondiloartrite sau alte maladii autoimune nu specifică condițiile clare pentru monitorizarea pacienților în vederea identificării riscului CV sau MetS. Documentul PEN pentru medicii de familie stipulează clar persoanele pentru aplicarea intervențiilor de screening bolilor cardiovasculare și diabet zaharat, dar nu exclude și alte categorii de persoane.

Luând în vedere o prevalența crescută a MetS la pacienții cu MAR, atât în literatura de specialitate, cât și în cercetarea noastră, considerăm necesară evaluarea la nivel de AMP a parametrilor ce se includ în criteriile sindromului metabolic, precum și a altor factori importanți în procesul inflamator.

Echipa de AMP reprezintă prima etapă de evaluarea a pacientului. Determinarea MetS în populația generală, dar în special la pacienții cu MAR presupune aplicarea instrumentelor de bază, simple, care nu necesită eforturi și costuri semnificative, dar care au rezultate importante pentru ameliorarea pronosticului și speranței la viață a pacientului, împreună cu o calitate mai bună a acesteia.

Concluzii. Sindromul metabolic are o frecvență crescută la pacienții cu maladii reumatice autoimune și necesită evaluare prin screening și monitorizare în dinamică. Echipa de AMP are un rol semnificativ în evaluarea, educarea și monitorizarea acestor pacienți.

Bibliografie.

1. Kurmann RD, Sandhu A, Crowson CS., et al . Cardiovascular risk factors and atherosclerotic cardiovascular events among incident cases of systemic sclerosis: results from a population-based cohort (1980-2016). *Mayo Clin Proc.* 2020;95:1369–78.
2. Geovanini GR, Libby P. Atherosclerosis and inflammation: overview and updates. *Clin Sci* 2018;132:1243–52.
3. Drosos GC, Vedder D, Houben E, et al. EULAR recommendations for cardiovascular risk management in rheumatic and musculoskeletal diseases, including systemic lupus erythematosus and antiphospholipid syndrome. *Ann. Rheum. Dis.* 2022;81:768-779.
4. Smolen JS, Landewé RBM, Bijlsma JWJ, et al . EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2019 update. *Ann. Rheum. Dis.* 2020;79:685–99.
5. Alberti KG, Zimmet P, Shaw J, et.al. The metabolic syndrome--a new worldwide definition. *Lancet.* 2005;366:1059–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67402-8.
6. Alberti KG, Eckel RH, Grundy SM, et.al. Harmonizing the metabolic syndrome: a joint interim statement of the International Diabetes Federation Task Force on Epidemiology

- and Prevention; National Heart, Lung, and Blood Institute; American Heart Association; World Heart Federation; International Atherosclerosis Society; and International Association for the Study of Obesity. *Circulation*. 2009;120:1640–1645.
7. Medina G, Vera-Lastra O, Peralta-Amaro A, et al. Metabolic syndrome, autoimmunity and rheumatic diseases. *Pharmacological Research*. 2018. 133, 277–288.
 8. Berti A, Matteson EL, Crowson CS, et al . Risk of cardiovascular disease and venous thromboembolism among patients with incident ANCA-associated vasculitis: a 20-year population-based cohort study. *Mayo Clin Proc* 2018;93:597–606. pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29588079>
 9. Magder LS, Petri M. Incidence of and risk factors for adverse cardiovascular events among patients with systemic lupus erythematosus. *Am J Epidemiol* 2012;176:708–19.
 10. Urowitz MB, Ibañez D, Su J, et al . Modified Framingham risk factor score for systemic lupus erythematosus. *J Rheumatol* 2016;43:875–9.

TIROIDITA SUBACUTĂ – CAUZĂ DE ÎNTÂRZIERE DE DIAGNOSTIC, ABUZ DE INVESTIGAȚII ȘI UTILIZARE INADECVATĂ DE ANTIBIOTICE

Virtosu Ana¹, Harea Dumitru²

¹ Spital Internațional Medpark, Chișinău

² Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Rezumat

Tiroidita subacută este o afecțiune inflamatorie acută a glandei tiroide de cauză virală. Diagnosticul de tiroidită subacută încă este o provocare pentru medici generaliști, având uneori tablou nespecific. Febra, durerea în zona cervicală anterioară, anamneza de viroză recent suportată, creșterea proteinei C reactive și vitezei de sedimentare a hematiilor sunt tipice atât pentru tiroidita subacută, cât și pentru o infecție respiratorie. Diagnosticul de tiroidită subacută este stabilit deseori tardiv, după investigații costisitoare, consultații la alți medici specialiști decât endocrinologul, tratamente nejustificate inclusiv cu antibiotice. Deși se crede că evoluția naturală a bolii este adesea autolimitată, pacienții suferă frecvent de simptome severe care persistă chiar și luni de zile și nu rareori se rezolvă numai după tratamentul cu glucocorticoizi. Scopul acestui articol este creșterea gradului de conștientizare privind diagnosticul la timp a tiroiditei subacute pentru a se evita investigații costisitoare, dar inutile și tratamente neargumentate cu antibiotic. Se prezintă două cazuri clinice la care diagnosticul de tiroidită subacută a fost stabilit tardiv, după diverse investigații imagistice, consultații la mai mulți medici specialiști și după tratamente nejustificate. Diagnosticul de tiroidită subacută nu presupune resurse financiare majore, dar necesită atenția medicului în diferențierea la timp de alte stări patologice. După aproximativ 1 – 2 luni de la apariția manifestărilor, deși diagnosticul a fost întârziat, tratamentul adecvat cu Prednizolon a rezolvat starea acută a pacienților. Dar includerea în algoritmul de diagnostic al pacienților cu manifestări de febră, istoric de infecție virală, din start, și a tiroiditei subacute ar fi evitat cheltuielile financiare, expunerea la tratamente inutile cu riscuri și rezolvarea mai rapidă a problemei de sănătate. În concluzie, diagnosticul de tiroidită subacută este încă o provocare, fiind deseori întârziat. Medicii trebuie să fie mai vigilenți privind diagnosticul de tiroidită subacută. Tiroidita subacută trebuie inclusă în algoritmul de diagnostic diferențial al febrei și al durerii în gât. Cuvinte cheie: tiroidita subacută, febră, durere în gât, întârziere de diagnostic.

Introducere. Tiroidita subacută (TSA) este o afecțiune inflamatorie acută a glandei tiroide de cauză virală. O serie de viruși, în special care afectează sistemul respirator superior, inclusiv virusul oreionului, virusul Coxsackie și adenovirusurile și recentul SARS CoV 2, dar și virusul HIV și alții sunt implicați în etiologia bolii. [7, 3] Mulți pacienți au antecedente recente de infecție respiratorie superioară (de obicei 2 – 8 săptămâni anterior). Nu s-a constatat o incidență sezonieră mai mare. [2] Actual se consideră că boala apare la pacienți cu un anumit fond genetic, 70% dintre pacienți cu TSA prezentând antigenul HLA-B35. [4, 2] Tiroidita subacută este una din cauzele de tireotoxicoză și cea mai frecventă cauză de durere tiroidiană. [4, 2]

TSA este de obicei o boală autolimitantă. Evoluția bolii este în 3 faze: tireotoxică, eutiroidiană, hipotiroidiană. Faza de tireotoxicoză durează 2-8 săptămâni cu manifestări specifice tireotoxicozei (scădere ponderală, tahicardie, transpirații) asociată cu durere specifică

în partea cervicală anterioară care poate iradia, poate cuprinde unul sau ambii lobi tiroidieni sau poate fi migratorie. Durerea poate iradia spre mandibulă, urechi, torace și poate fi agravată de tuse sau mișcări ale capului. Uneori mimează afecțiuni în sfera otorinolaringologică (ORL) și pacienții consultă întâi un medic ORL-ist. Glanda tiroidă la palpate este mărită difuz sau asimetric și fermă, dureroasă, dar mobilă. În această fază pacientul prezintă și stare generală alterată (astenie, mialgii), subfebrilitate. Uneori febra este unica manifestare a bolii. De fapt, TSA atipică nedureroasă poate evolua ca o febră de etiologie necunoscută. Debutul bolii este acut sau lent și poate fi precedat de o infecție a căilor respiratorii superioare. În rare cazuri tireotxicoza cauzează tulburări de ritm severe. Inflamația și hipertiroidismul diminuează în 2 – 8 săptămâni, chiar dacă pacientul nu este tratat și este urmată de o fază tranzitorie de hipotiroidie asimptomatică care durează 2 – 8 săptămâni. În unele cazuri, ar putea fi necesar un tratament cu Levotiroxină, dacă persistă hipotiroidia. La majoritatea pacienților recuperarea funcției tiroidiene este aproape întotdeauna completă. [4, 2]

Tabloul paraclinic caracteristic constă în nivelul majorat al vitezei de sedimentare a hematiilor (VSH) și al proteinei C reactive (PCR). De asemenea ar putea fi majorate leucocitele, 50% dintre pacienți prezentând neutrofilie. [4, 2] Profilul hormonal tiroidian în faza de tireoticoză a TSA înregistrează majorarea freeT3, freeT4 și scăderea TSH. În comparație cu gușa difuză toxică, în TSA raportul T3/T4 este mai mic de 20. Unii pacienți pot avea valori normale hormonale, dar cu manifestări clinice și ecografice tipice pentru TSA. Durerea ar putea preceda modificările hormonale cu până la 3 săptămâni. [4, 2] Faza de tireoticoză este în general urmată de hipotiroidism subclinic tranzitoriu cu niveluri ușor crescute de TSH și freeT3, freeT4 în limitele normale.

Ecografic tiroidă este de dimensiuni normale sau mărită și difuz sau focal hipoecogenă. După recuperare, aspectul tiroidei revine la normal. Scintigrafia tiroidiană relevă captare redusă. [4, 2]

Deși se crede că evoluția naturală a bolii este adesea autolimitată, pacienții suferă frecvent de simptome severe care persistă chiar și luni de zile și nu rareori se rezolvă numai după tratamentul cu glucocorticoizi.

Deși se consideră că tabloul clinic și paraclinic tipic este sugestiv pentru TSA, diagnosticul este deseori tardiv. Medicii generalişti uneori nu iau în considerare TSA în diagnosticul diferențial al durerii în zona cervicală, ceea ce se soldează cu investigații inutile și cu tratament cu antibiotice nejustificate, deoarece simptomele și rezultatele de laborator ale pacienților pot fi ușor confundate cu diferite procese infecțioase.

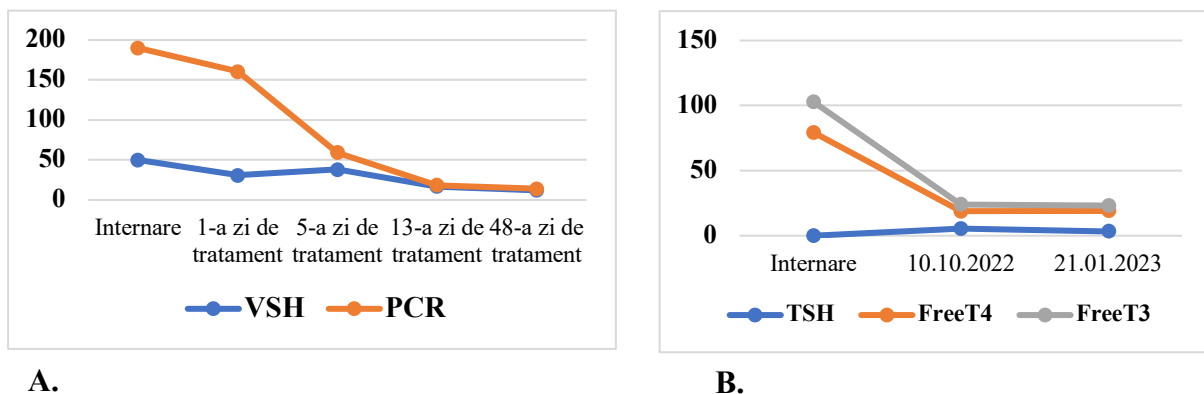
Scopul este creșterea gradului de conștientizare privind diagnosticul la timp a tiroiditei subacute pentru a se evita investigații costisitoare, dar inutile și tratamente neargumentate cu antibiotic.

Materialul și metodele. Se prezintă două cazuri clinice de tiroidită subacută, cu diagnostic stabilit tardiv. În cazul unui pacient s-au efectuat investigații multiple costisitoare inutile, iar în cazul celui de al doilea pacient s-a indicat tratament cu antibiotic nejustificat, absolut fără indicație.

Rezultate obținute. Caz clinic 1. În 22 august 2022 se internează în spitalul Medpark pacient de 69 ani cu acuzele: disfonie periodică, disconfort periodic în gât pe stânga, subfebrilitate 37.2 – 37.8°C, astenie, transpirații nocturne, pierdere ponderală de 10 kg în ultimele 3 săptămâni. Manifestările au debutat cu subfebrilitate, astenie 3 săptămâni anterior internării în timpul aflării în vacanță. La o săptămână de la primele manifestări apar dureri în gât, mărirea ganglionilor limfatici și disfonia. Durerea în gât a cedat peste 4 zile, dar au apărut alte simptome enumerate mai sus. Până la internare este consultat de medic ORL-ist în 18 august 2022 care nu depistează patologie, diagnosticul fiind de disfonie funcțională de cauză nedeterminată posibil postinfecțioasă. Este indicat tratament simptomatic cu Paracetamol 500 mg de 3 ori pe zi pe 5 zile, inhibitori de pompă de protoni pe 1 luna, antihistaminice pe 10 zile, tratament local și sunt recomandate investigații suplimentare (ecografie de tiroidă, țesuturi moi ale gâtului, fibroesofagogastroduodenoscopia (FEGDS), rezonanța magnetică nucleară a zonei cervicale). Tratamentul aplicat nu a fost eficient, simptomele persistând. Până la internare pacientul a efectuat Radiografia pulmonară fără a se depista modificări. De asemenea deoarece unele simptome erau suspecte pentru cancer, de către medic terapeut pe locul de trai este recomandată efectuare de FEGDS, colonoscopie, ecografie abdomen pe care pacientul le-a realizat fără a se depista leziuni suspecte. Concomitent pacientul este cu anamneză de Hipertensiune arterială, Cardiopatie ischemică cu angioplastie coronariană în 2019, Fibrilație atrială paroxistică și Diabet zaharat tip 2 tratat cu hipoglicemizante orale. Pe durata internării în context de VSH 50 mm/h (2 - 15), PCR 140 mg/l (0 – 5.0) majorate asociate cu scădere ponderală, astenie se efectuează pentru a exclude cauza cardiacă și neoplazică a tabloului clinic și paraclinic ecocardiografia, tomografie computerizată cervicală, torace, abdomen, bazin mic, fără a se depista patologie. De asemenea, s-au efectuat multiple investigații de laborator pentru a exclude alte cauze ale manifestărilor (cancer). Pentru management diabet zaharat pe durata internării pacientul a fost consultat de medic endocrinolog, care suspectă tireotxicoză (la interviu activ se constată tahicardie până la 100 bătăi /minut, palpitații, apetit redus la debutul simptomelor, dar apoi recuperat, pierdere ponderală) determinată de tiroidită subacută (subfebrilitate persistentă, durere în proiecția tiroidei o scurtă perioadă de câteva zile, care a cedat spontan - 3 săptămâni anterior internării). În plus, la interviu pacientul susține că posibil a suportat infecția COVID în iulie 2022. Palpator glanda tiroidă era de grad 0 (după OMS), moale, neomogenă, indolră, mobilă, fără ganglioni regionali. Analizele hormonale au confirmat suspiciunea clinică de tireotxicoză (TSH 0,008 mIU/l (0,5 – 4,78), freeT4 79.4 pmol/l (11.5 – 22.7), freeT3 23.48 pmol/l (3.5 – 6.5), Anticorpi antiTPO (antitireoperoxidază) 158.9 IU/ml (0-60)); pentru excluderea gușii difuze toxice drept cauză de tireotxicoză s-au dozat Anticorpii anti-receptor TSH, care au fost în limite normale – 0,01 U/l (0-1). Ecografia tiroidei a relevat volum sumar 24,6 ml (normă până la 18 ml), capsula indurată, structura neomogenă difuz (cu tendința spre pseudonodularizare), desen vascular accentuat. Asocierea simptomelor suspecte pentru tiroidita subacută (deși lipsea simptomul cheie – durerea la momentul examinării) cu tireotxicoza clinică și paraclinică indica prezența unei tiroidite subacute. Scintigrafia tiroidei a confirmat suspiciunea de tiroidită subacută (lipsa captării preparatului radiofarmaceutic). Analiza Coronavirus SARS CoV 2 anticopri IgG confirmă suportarea infecției – pozitiv 31,57. S-a decis efectuarea testului terapeutic cu Prednizolon cu reevaluarea clinică și a probelor inflamatorii. Peste 1 zi de la începutul tratamentului cu tablete Prednizolon 30 mg pe zi, în 24 august 2022 VSH este 31 mm/h și PCR 129.44 mg/l, iar pe 28

august 2022 (a 5-a zi de tratament): VSH 38 mm/h, PCR 21,37 mg/l. De la inițierea Prednizolonului temperatura a fost normală, starea de astenie a cedat, durerea în gât, disfonia au dispărut. Se consideră pozitiv testul, confirmând diagnosticul de tiroidită subacută. S-a continuat terapia cu Prednizolon cu titrare în regresie a dozelor. În dinamică în 5 septembrie 2022 (a 13-a zi de tratament) VSH a fost 17 mm/h, iar PCR 1.47 mg/l; în 10 octombrie 2022 (a 48-a zi de tratament) VSH 12 mm/h, PCR 2.11 mg/l; în 21 ianuarie 2023 VSH 10 mm/h, PCR 1.26 mg/l. Dinamica parametrilor hormonalni a fost pozitivă, dar cu ușoară tendință de hipotiroidie subclinică (în 10 octombrie 2022: TSH 5.47 mIU/l, freeT3 5.25 pmol/l, freeT4 13.4 pmol/l; în 12 decembrie 2022 TSH 6.1 mIU/ml (0.27 – 4.2), T3 total 1,99 nmol/l (1.27 – 3.07), T4 total 111 nmol/l (66 - 181)). Deoarece după o tiroidită subacută poate apare hipotiroidie tranzitorie, s-a decis tactica expectativă, fără tratament de substituție (pacientul fiind și cu patologie cardiacă). În 21 ianuarie 2023 se constată recuperarea funcției tiroidei cu TSH 3.47 mIU/l, freeT3 4.1 pmol/l, freeT4 15.6 pmol/l. Pe durata terapiei cu Prednizolon a fost necesară optimizarea nutrițională și ajustarea terapiei pentru diabet zaharat pentru control glicemic adecvat (asociere de Sitagliptină 100 mg pe zi la Metformină 2 g pe zi și Empagliflozină 25 mg pe zi). Necătând la terapia cu Prednizolon controlul glicemic a fost optimal cu Hemoglobina glicozilată 6.81% în 12 decembrie 2022.

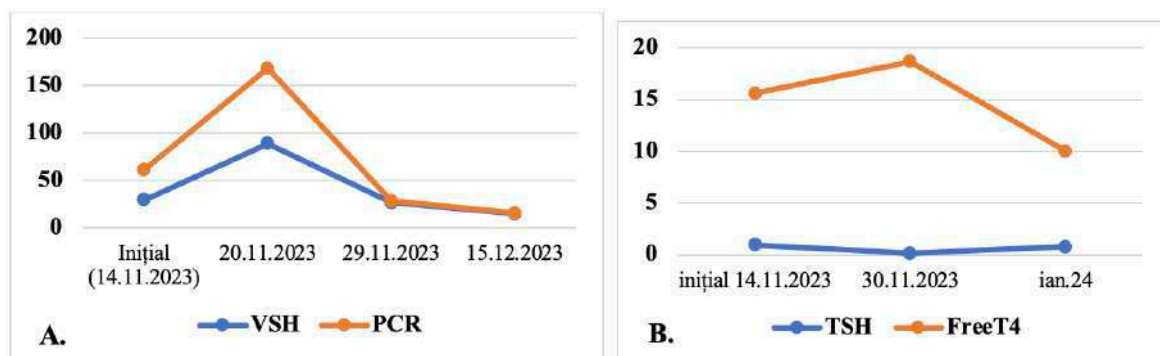
Figura 1. Dinamica markerilor inflamației (A) și hormonilor tiroideieni (B)



Caz clinic 2. În 15 noiembrie 2023 în Policlinica Medpark la endocrinolog se adresează pacienta de 47 ani cu acuzele: de 10 zile febră 37.3 – 38.0°C, de 2 zile – dureri în zona tiroidei cu iradiere spre mandibulă, urechi, torace și accentuare la mișcarea capului. De asemenea menționează, că de 2 ani, are senzație de dificultate la înghițirea apei, tabletelor, uneori senzație de lipsă de aer. Din anamneză merită subliniat suportarea cu 2 săptămâni anterior adresării a unei infecții respiratorii virale acute. La a 5-a zi de febră inițiază administrare de Ibuprofen 200 – 400 mg pe zi pe care le-a continuat pana la vizita la endocrinolog. Pe fondal de Ibuprofen durerea a diminuat. Concomitent pacienta este cu anamneza de bazaliom operat în anul 2020, hiperplazie de endocmetru. Investigațiile din 14 noiembrie prezentate la vizită relevau la ecografie de tiroidă – tiroidă marită (volum 39 ml, normă pînă la 18 ml), parenchim neomogen, hipervascularizat, zone hipoecogene, neuniforme. In analiza generală de sânge se constată leucocite 12.43 x10³/μl, nesegmentate 5%, VSH 30 mm/h (2 - 15) și PCR 31.41 mg/l (0 – 5.0), iar aprecierea funcției tiroidei constată valori normale ale hormonilor, dar cu TSH la limita inferioară a valorilor de referință - freeT4 15.36 pmol/l (11.5 – 22.7), TSH 0,98 mIU/l (0,5 –

4,78), ATPO 28 IU/ml (0-60). Pentru a exclude patologie pulmonară la locul de trai s-a efectuat radiografia toracelui fără a se constata modificări. La examinare se constată glandă tiroidă gradul I (OMS), moale, neomogenă, dură la palpare, mobilă, ganglioni laterocervicali pe stânga de 1 cm doli. Deoarece tabloul paraclinic nu era exprimat s-a decis continuare de Ibuprofen 400 mg la fiecare 8 ore cu determinare în 3 zile a VSH, PCR, hemoleucogramă și reevaluare necesitate de steroizi dacă dinamica va fi progresivă. În 20 noiembrie 2023 la analize se constată PCR în creștere – 89.2 mg/l și în hemoleucogramă – leucocite $14,57 \times 10^3/\mu\text{l}$ cu neutrofile $12,16 \times 10^3/\mu\text{l}$, iar VSH 79 mm/h. Se comunică pacientei telefonic că este necesar tratament cu Prednizolon, diagnosticul fiind de Tiroidita subacută. De către medic de familie este internată pe locul de trai în secție terapeutică. Pe durata internării se administrează Ceftriaxon 1 g pe zi, Dexametazona 4 mg pe zi, cu relativă ameliorare a stării. În timpul internării la ecografie de tiroidă este descris nodul hipoecogen de 2 cm. La externare este recomandat Prednizolon 5 mg pe zi, 7 zile, consultație la chirurg pentru formațiunea tiroidiană. După externare în 29 noiembrie 2023 în analize se constată leucocitoza $16.31 \times 10^3/\mu\text{l}$ și VSH 27 mm/h, PCR 1.4. În 30 noiembrie 2023 reapare febra până la 38.2°C și durerea în proiecția tiroidei. Pacienta efectuează în 30 noiembrie 2023 analize hormonale: TSH 0.15 mIU/ml (0.4 – 3.6), freeT4 18,66 pmol/l (11.5 – 22.7), AntiTG (antitireoglobulină) 20.31 IU/ml (0-13.6), calcitonina 4.49 pg/ml (4.49 – 41.83). Din 30 noiembrie 2023 se majorează doza de Prednizolon la 30 mg pe zi, cu recomandare de reducere treptată a dozei sub controlul probelor inflamatorii. În 6 decembrie 2023 pacienta relatează starea generală cu semnificativă ameliorare clinică, dispariția durerii și a febrei. În 8 decembrie 2023 este recomandată pacientei de la locul de trai efectuarea scintigrafiei tiroidei, dar după comunicare cu endocrinologul s-a recomandat să nu se efectueze, investigația nefiind relevantă la această etapă. În 15 decembrie 2023 VSH este 15 mm/h, PCR 1 mg/l. În 26 decembrie 2023 apar simptome de viroză respiratorie cu cefalee, rinoreie, tuse seacă. În analiza de sânge se constată doar leucocitoză $15.69 \times 10^3/\mu\text{l}$. De către medic de familie este indicat Amoxicilina și acid clavulanic. Se decide totuși a se temporiza administrarea antibioticului și a se administra doar tratament simptomatic. Viroza respiratorie s-a rezolvat. La control în dinamică în ianuarie 2024 pe fondalul a 1 tabletă de Prednizolon 5 mg starea generală este satisfăcătoare. Funcția tiroidei este recuperată: freeT4 10,0 pmol/l (11.5 – 22.7), TSH 2.58 mIU/ml, iar la ecografia glandei tiroidei tabloul este cu ameliorare fără nodulul suspect pentru care s-a recomandat tratament chirurgical (volum sumar tiroidian 18.9 ml. In LD formațiune avasculară, izoecegnă 11x7 mm TIRADS II).

Figura 2. Dinamica markerilor inflamației (A) și hormonilor tiroidieni (B)



Discuții

În ciuda disponibilității instrumentelor de diagnostic (markeri de laborator, ecografie, scintigrafie), diagnosticul de TSA este încă întârziat frecvent. Pacientul vizitează adesea mulți medici, începând de la medicii de familie, ORL și alți specialiști, înainte de a fi stabilit diagnosticul de TSA. Conform Bostan H. până la confirmarea diagnosticului de TSA pacientul este consultat de cel puțin 2 medici de diferite specialități. [1] În cazul ambilor pacienți raportați de noi de la primele manifestări până la stabilirea diagnosticului a trecut aproximativ 1 lună și pacienții au fost consultați de medic de familie, medic internist, medic ORL-ist, medic cardiolog. Conform Stasiak M. perioada de întârziere a diagnosticului de TSA constituie de la 2 săptămâni până la 6 luni. [7]

În cazul 2 manifestările de tireotoxicoză fiind minore cu predominarea semnelor de infecție (febră, markeri inflamatori pozitivi, hormoni tiroidieni în limite normale) pacienta a administrat tratament cu antibiotice și din cauza reparației febrei se intenționa repetarea antibioticoterapiei. Conform Stasiak M. și Bostan H., antibioticele se indică la aproape 50% din pacienții cu TSA, ineficacitatea unui antibiotic ducând frecvent la utilizarea altuia. [7, 1]

Ambii pacienți raportați au menționat suportarea unei infecții virale recente (în primul caz cu aproximativ 6 săptămâni înainte de adresare și în al 2-lea caz - 2 săptămâni). Relația cu infecția virală este raportată în literatură (de obicei 2 – 8 săptămâni anterior TSA). [2]

TSA s-a manifestat la primul pacient în timpul verii, ceea ce susține lipsa caracterului sezonier al bolii menționat în literatură în ultimii ani. [2]

În timpul pandemiei cu infecția SARS CoV 2, TSA a fost raportată ca o complicație care poate apărea la pacienții fără nici o afecțiune tiroidiană anterioară. [5] În primul caz raportat de noi la pacient a fost identificat nivel pozitiv de anticorpi IgG pentru SARS CoV2, ceea ce sugerează etiologia TSA.

În ambele cazuri raportate în articol pentru a se stabili cauza tireotoxicozei s-au determinat anticorpii antitiroidieni și în primul caz a fost detectat titru crescut pentru AntiTPO, iar în cazul 2 – pentru AntiTG, ceea ce impune diagnostic diferențial al TSA cu tiroidita autoimună. Cu mulți ani în urmă, absența anticorpilor antitiroidieni era considerată tipică pentru TSA. Însă, conform datelor din literatură, unii pacienți cu TSA pot prezenta anticorpi AntiTPO și AntiTG pozitivi într-o primă fază, ulterior negativându-se. [4] Astfel, în ambele cazuri a fost necesar de repetat în dinamică AntiTPO, AntiTG, însă pacienții nu au revenit la control.

Particularitatea primului caz raportat de noi este apariția TSA la bărbat cu vârsta 69 ani. Conform datelor literaturii, TSA apare de 3-4 ori mai frecvent la femei decât la bărbați; afectează persoane de vârstă 25 – 50 ani, incidența scăzând o dată cu înaintarea în vârstă. [4, 2]

Este de menționat durata scurtă a durerii în zona cervicală în primul caz, ceea ce poate fi una din cauzele întârzierii diagnosticului. Caracteristicile clinice ale bolii s-au schimbat semnificativ în ultimii ani, fiind raportate multe cazuri de TSA nedureroasă. [6]

În cazul 2 lipsa tireotxicozei manifeste a făcut dificilă stabilirea timpurie a diagnosticului de TSA, iar febra persistentă, recidivantă asociată markerilor inflamatori s-a atribuit unei infecții microbiene cu localizare neidentificată, ceea ce a condus la indicație de antibiotic. De fapt, administrarea Dexametazonei concomitent cu antibioticul a fost cauza ameliorării stării pacientei pe parcursul spitalizării (dispariția febrei, a sindromului algic, normalizarea PCR, scăderea VSH). Eficiența Dexametazonei și diagnosticul de TSA este confirmată și de reapariția febrei după micșorarea dozei de corticosteroizi la externare. Conform Bostan H., la jumătate dintre pacienți cu TSA se observă absența simptomelor tireotoxice și teste normale ale funcției tiroidiene în stadiile incipiente, factori care duc la întârzieri în diagnosticul TSA. [1]

În ambele cazuri se constată ameliorarea bruscă a stării generale (cu normalizarea temperaturii, dispariția durerii) din prima zi de tratament cu corticosteroizi. La fel, este de menționat și reducerea semnificativă a markerilor inflamatori la 3 – 4 zile de la inițierea terapiei cu corticosteroizi. Ambele aspecte sunt caracteristice pentru TSA.

În primul caz întârzierea diagnosticului de TSA a fost cauzat și de alte aspecte. Scăderea ponderală la pacient de 69 ani în asocieră cu majorarea markerilor nespecifici ai inflamației (VSH, PCR) au direcționat acțiunile medicilor spre necesitatea de a exclude un proces neoplazic, fiind efectuate multiple investigații specifice (gastroscopie, colonoscopie, tomografie computerizată). Iar manifestările cardio-vasculare ale tireotxicozei au fost atribuite cardiopatiei ischemice și istoricului personal de fibrilație paroxistică.

Deoarece diagnosticul de TSA e deseori întârziat, soldat cu investigații și tratament nejustificate, creșterea cheltuielilor de asistență medicală și scăderea capacității funcționale a pacientului pe o perioadă îndelungată, au fost propuse criterii de diagnostic a TSA (Tabel 1). [6]

Tabelul 1. Criterii de diagnostic a TSA [6]

Criterii principale (toate trebuie să fie prezente)	Criterii adiționale (cel puțin unul trebuie să fie prezent)
1. Criterii de laborator: VSH și / sau PCR majorate 2. Criterii ecografice: zonă/zone hipocogene cu margine neclară și vascularizație scăzută	1. Tiroida mărită și fermă la palpare 2. Tiroida dureroasă la palpare 3. FreeT4 crescut și TSH suprimat 4. Lipsa captării la scintigrafia tiroidei 5. Tablou specific pentru TSA la biopsia cu ac fin tiroidiană

Ambele cazuri sugerează necesitatea consultului medicului endocrinolog în cazurile de asocieră a sindromului febril, sindromului algic localizat în regiunea anterioară a gâtului și sindromului tireotoxic însoțite de markeri inflamatori pozitivi.

Concluzii

1. Diagnosticul de tiroidită subacută este încă o provocare, fiind deseori întârziat.
2. Medicii trebuie să fie mai vigilenți privind diagnosticul de tiroidită subacută. Tiroidita subacută trebuie inclusă în algoritmul de diagnostic diferențial al febrei și al durerii în gât.

Referințe

1. BOSTAN, H., SENCAR M.E., CALAPKULU M., et al. Two Important Issues in Subacute Thyroiditis Management: Delayed Diagnosis and Inappropriate Use of Antibiotics. *Eur Thyroid J.* 2021 Jul;10(4):323-329. doi: 10.1159/000513745. Epub 2021 Mar 18. PMID: 34395304; PMCID: PMC8314756.
2. BURMAN K. D. Subacute thyroiditis. UpToDate. Last updated: Nov 07, 2023.
3. GREENSPAN'S Basic & Clinical Endocrinology. Tenth Edition. Edited by Gardner D. G., Shoback D.. Copyright 2018 by McGraw-Hill Education, Chapter 7, The thyroid gland, 320 p.
4. LANZO N., PATERA B., FAZZINO G. F et al. The Old and the New in Subacute Thyroiditis: An Integrative Review. *Endocrines* 2022, 3, pp. 391–410. <https://doi.org/10.3390/endocrines3030031>.
5. MATTAR S.A.M., KOH S.J.Q., RAMA CHANDRAN S., CHERNG B.P.Z. Subacute thyroiditis associated with COVID-19. *BMJ Case Rep.* 2020; 13(8):e237336. doi:10.1136/bcr-2020-237336.
6. STASIAK M, LEWIŃSKI A. New aspects in the pathogenesis and management of subacute thyroiditis. *Rev Endocr Metab Disord.* 2021 Dec;22(4):1027-1039. doi: 10.1007/s11154-021-09648-y. Epub 2021 May 5. PMID: 33950404; PMCID: PMC8096888.
7. STASIAK M., MICHALAK R., STASIAK B., LEWIŃSKI A. time-lag between symptom onset and diagnosis of subacute thyroiditis - how to avoid the delay of diagnosis and unnecessary overuse of antibiotics. *Horm Metab Res.* 2020;52:32–8. <https://doi.org/10.1055/a-1033-7524>.

EVALUAREA PROTEINEI C REACTIVE DE ÎNALTĂ SENSIBILITATE LA PACIENȚII VÂRSTNICI CU SARCOPENIE

Negară Anatolie¹, Șoric Gabriela¹, Popescu Ana¹, Lupașcu-Volentir Felicia¹, Popa Ana¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere. Sarcopenia este un sindrom caracterizat prin pierdere progresivă și generalizată a masei, forței și funcției musculare scheletice, crescând riscul dependenței fizice, dereglării calității vieții și creșterea mortalității. În plus față de pierderea musculară și disfuncția contractilă, sarcopenia include și inflamația sistemică legată de înaintarea în vârstă. Unul din markerii infamatori studiați este proteina C reactivă de înaltă sensibilitate (hs-CRP) care conform rapoartelor din ultimii ani, joacă un rol crucial atât în sarcopenia primară, cât și în cea secundară, unde nivelul circulant al hs-CRP se corelează pozitiv cu sarcopenia și obezitatea sarcopenică.

Scopul studiului. Evaluarea proteinei C reactive de înaltă sensibilitate la persoanele vârstnice cu sarcopenie.

Material și metode. Studiul perspectiv a fost efectuat pe un lot de 73 de pacienți (vârsta medie 75,72 ± 9,5 ani), cu predominarea femeilor, internați în secțiile de geriatrie ale IMSP Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale. Pacienții au fost divizați în subgrupul pacienților cu sarcopenie și un subgrup fără sarcopenie, definite conform criteriilor scorului SARC-F. Proteina C reactivă de înaltă sensibilitate a fost măsurată prin metoda latex–imunoturbidimetrie. Datele au fost prelucrate statistic în programul Statistica 10.

Rezultate. Din cei 73 de pacienți, 55 (75,3%) au fost femei, iar 18 (24,7%) au fost bărbați. Sarcopenia a fost diagnosticată la 28 (38,35%) pacienți, cu o vârstă medie de 80,26 ± 9,9 ani. Din cei 45 (61,65%) pacienți fără sarcopenie, 15 erau bărbați și 30 femei, cu o vârstă medie de 71,18 ± 8,12 ani. Pacienții cu sarcopenie erau semnificativ mai în vârstă și aveau valori mai scăzute ale indicelui de masă corporală (IMC). S-a dovedit că hs-CRP a corelat pozitiv semnificativ ($p < 0,01$) cu IMC, (coeficientul de corelație spearman = 0,34). Valorile hs-CRP au fost crescute la toți pacienții din studiu (40,99 mg/l) dar la cei cu sarcopenie au fost semnificativ mai mari în comparație cu cei fără sarcopenie (46,78 vs 37,2 mg/l, $p < 0,01$). În subgrupul pacienților cu sarcopenie, hs-CRP nu a fost observată să crească odată cu vârsta ($p = 0,249$).

Concluzii. Valorile hs-CRP au fost crescute la toți pacienții din studiu, dar la cei cu sarcopenie au fost semnificativ mai mari comparativ cu cei fără sarcopenie și poate constitui un factor predictiv al declinului neuromuscular la pacienții cu sarcopenie.

Cuvinte cheie: sarcopenie, inflamație, citokină, proteina C reactivă de înaltă sensibilitate.

OBEZITATEA – O PROBLEMĂ DE SĂNĂTATE PUBLICĂ

Diana Loreta Păun¹

¹ UMF “Carol Davila”, București, România

Abstract

Obezitatea este o boală larg răspândită cu o prevalență în creștere și care a devenit rapid o problemă majoră de sănătate publică în societatea modernă. Obezitatea poate fi considerată o boală pentru că pune în pericol bunăstarea psihică, somatică și socială a persoanei. Obezitatea se poate clasifica după valoarea BMI (body mass index) care, la rândul său se corelează pozitiv cu riscul de apariție a unor asocieri morbide. Patogenic, obezitatea este consecința unui cumul de energie depozitat sub formă de lipide, cumul rezultat din dezechilibrul dintre aportul și consumul de energie.

Obezitatea centrală (androidă) are o valoare predictivă mult mai mare pentru riscurile viitoare de sănătate decât obezitatea ginoidă. Pacienții cu obezitate centrală au secreție crescută de cortizol, care este însoțită de scăderea secreției de GH și hormoni sexuali (progesteron la femei și testosteron la bărbați) - această anomalie hormonală afectează distribuția țesutului adipos și dezvoltarea insulinorezistentei. Stimularea cronică a axei hipotalamo-hipofizo-adrenale (prin stress cronic, alcool, fumat, depresie sau anxietate), alături de predispoziția genetică spre creșterea în greutate pot duce la dezvoltarea obezității centrale.

Îngrijirea persoanelor cu obezitate presupune un management integrat, de la depistare timpurie, la diagnostic și evaluare, de la stabilirea obiectivelor terapeutice și strategiilor, la scăderea ponderală și menținerea noii greutăți, controlul co-morbidităților, suportul psihologic și suportul socio-economic. Recidivele frecvente impun monitorizare pe termen lung și adaptare terapeutică corespunzătoare iar prezența comorbidităților impune colaborări multidisciplinare, inclusiv implicarea pacientului în propria îngrijire.

DIAGNOSTICAREA LA TIMP A DIABETULUI ZAHARAT SALVEAZĂ VIETI

Cecan Ana¹, Cernelev Olga¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Diabetul zaharat este o problemă globală de sănătate publică care afectează peste 500 de milioane de persoane cu vârsta între 20 și 79 de ani. Circa 239,7 milioane de persoane sunt nediagnosticsate la timp. În Republica Moldova, sunt 190 de mii de persoane suferinde, din care ½ rămân nediagnosticsate. Experții în domeniu estimează faptul că, până în 2045, această cifră va crește esențial.

Scopul este analiza datelor statistice privind diabetul zaharat pentru propunerea soluțiilor orientate spre reducerea nivelului de morbiditate și mortalitate la nivel național.

Materialul și metodele: Pentru a realiza sinteza narativă a literaturii au fost analizate datele statistice publicate în ultimii cinci ani, utilizând platforma STATISTICA și politicile Organizației Mondiale a Sănătății la subiect.

Rezultate: În Republica Moldova, cota diabetului zaharat din toate bolile endocrine, de nutriție și metabolice constituie 47%. Rata mortalității prin această boală netransmisibilă a crescut de la 11,3 cazuri la 100000 locuitori pentru anul 2017 la 16,5 cazuri de decese la 100 mii locuitori în anul 2022. În ultimii ani, se atestă o creștere de 1,5 ori a cazurilor noi de boală. Incidența prin diabet zaharat a sporit de la 280,8 cazuri la 100000 locuitori pentru anul 2020 până la 409,9 cazuri la 100 mii locuitori pentru anul 2022. Cu toate acestea, aproape 44% din persoane cu diabet rămân nediagnosticsate, iar acest fapt îngreunează funcționarea sistemului medical. Dacă nu este diagnosticat la timp, diabetul poate duce la o serie de complicații precum: retinopatia, neuropatia, piciorul diabetic, boala renală cronică, boala cardiovasculară aterosclerotică, etc. În acest context, medicii de familie sunt profesioniștii din prima linie care pot contribui la un diagnostic rapid, la evaluarea corectă a riscului de diabet, la prevenția diabetului și pot crește nivelul de aderență al pacienților la tratament contribuind la implementarea Strategiei “Global Diabetes Compact” dezvoltate de Organizația Mondială a Sănătății.

Concluzii: Nivelul de morbiditate și mortalitate prin diabet zaharat este în creștere. În acest sens, se conturează necesitatea atingerii țintelor naționale referitor la diabetul zaharat aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 129/2023 “Cu privire la aprobarea Programului național de prevenire și control al bolilor netransmisibile prioritare în Republica Moldova pentru anii 2023-2027”.

Cuvinte cheie: Diabet zaharat, incidența, mortalitatea, țintă globală.

FROM PRIMARY HEALTH CARE FOR THYROID NODULES TO REDO THYROIDECTOMY AMID THE DIAGNOSIS OF PAPILLARY THYROID CARCINOMA

Luminita Suveica¹, Oana-Claudia Sima², Ana-Maria Gheorghe³, Alexandra-Ioana Trandafir³, Eugenia Petrova⁴, Adina Ghemigian³, Anda Dumitrascu³, Dana Manda³, Adina Dragomir³, Anca-Pati Cucu⁴, Mara Carsote⁴, Claudiu Nistor⁴

¹. The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

². PhD Doctoral School of “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

³. “C.I. Parhon” National Institute of Endocrinology, Bucharest, Romania

⁴. “Carol Davila” University of Medicine and Pharmacy, Bucharest, Romania

Introduction. Thyroid nodules affect 5-20% of the population and associated public health issues are described. Compressive symptoms caused by a large multinodular goiter indicate the necessity of surgical intervention.

Aim. We aim was to present a patient accidentally detected with thyroid nodules and underwent subtotal thyroidectomy followed by a diagnosis of papillary thyroid carcinoma requiring a second intervention.

Material and methods. This was a case report. The patient agreed for the anonymous presentation of her medical data.

Results. This was a 41-year-old female patient admitted for nonspecific compression symptoms, such as dyspnea and progressive dysphonia following the identification of a thyroid nodule amid her primary care assessment. On admission, thyroid panel evaluation showed normal thyroid function with TSH of 1.3 μ IU/mL, FT4 of 11.3 pmol/L, negative thyroid antibodies TPOAb of 0.65 IU/mL and normal serum calcitonin of 0.84 pg/mL. Mineral metabolism assays revealed a normal total serum calcium of 9.65 mg/dL and 25-OHD of 30.2 ng/mL. Neck ultrasound showed an enlarged right thyroid lobe of 2 by 2 by 5 cm and left thyroid lobe of 2 by 3 by 5 cm with hypoechoic, multinodular pattern; the right lobe had a spongiform nodule of <1 cm and 5 cysts with diameters between 0.3 and 0.7 cm, while the left lobe contained a macronodule of 2.9 by 1.85 by 2.8 cm with predominantly cystic structure and 3 other cysts of 0.5-0.8 cm.

Blood assays normal revealed TSH of 4.06 μ IU/mL, TG was very high of 30 ng/mL and normal TgAb of 22.35 IU/mL. Postsurgical neck ultrasound revealed a residual tissue at the right thyroid lobe of by 2 by 1 by 3 cm and at the left thyroid lobe with a similar structure, having a hypoechoic, inhomogeneous pattern, with a micro-calcifications and persistent postsurgical edema. After two months following redo thyroidectomy, the patient came back for check-up and normal TSH of 1.1 μ IU/mL, and reduced TG of 3.9 ng/mL and negative TgAb of 20.75 IU/mL. Due to high TG and considering the pathological report, 30mCi of radioactive iodine was recommended.

Conclusions. Redo thyroidectomy should be recommended when thyroid differentiated malignancy is detected after subtotal procedure in order to adequately use TG as marker for residual or recurrent disease. Moreover, the second intervention comes with more difficulties regarding surgical technique due to local edema, fibrosis and tissue fragility that persist.

Key words: thyroid nodule, goiter, thyroidectomy, papillary thyroid carcinoma, thyroglobulin

ÎNGRIJIRI PALIATIVE ÎN ASISTENȚA MEDICALĂ PRIMARĂ

Ludmila Postica¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Întroducere: Accesul la îngrijiri paliative este esențial în cadrul asistenței medicale primare, prevenirea și ameliorarea suferinței cauzate de probleme de sănătate grave sau care pun viața în pericol este datorată etică a profesioniștilor din domeniul sănătății de a atenua durerea și suferința, fie că este fizică, psihosocială sau spirituală.

Scop: Evidențierea practicilor îngrijirii paliative prestate pacienților cu boli incurabile în cadrul echipei de asistență medicală primară.

Material și metode: Am efectuat o căutare în bazele de date PubMed, Scopus și Medscape folosind cuvintele cheie „îngrijiri paliative”, „echipa”, „asistență medicală primară”. Am analizat articole scrise în limba engleză. Perioada de timp acoperită a fost anii 2019-2022. Din 28 de surse identificate, au fost selectate pentru analiza 16 articole, conținutul cărora corespundea cu scopul cercetării și textul integral al acestora era disponibil în mod gratuit.

Rezultate: Analiza studiilor relevă o serie de practici de îngrijire paliativă în cadrul asistenței medicale primare: alinarea durerii și a altor simptome care provoacă disconfortul pacientului; integrarea aspectelor spirituale și psihosociale în îngrijirea pacientului; oferirea familiei un sistem de sprijin pentru adaptarea cu boala, precum și pregătirea pentru doliu. Membrii echipei interdisciplinare contribuie la împlinirea nevoilor și necesităților pacienților și familiilor acestora și, în mare parte influențează în mod pozitiv parcursul bolii. Echipa de îngrijire comprehensivă este compusă din diverși profesioniști: asistent social, asistent medical, farmacist, psiholog, preot/sau alt reprezentant al cultelor, voluntari și medici de diferite specialități. În unele țări se practică formatul de „nursing home”, „unități de îngrijiri paliative” pentru ajutorarea pacienților, dar și sunt prezente echipe mobile de îngrijire/consult la domiciliu.

Concluzie: Serviciile paliative prestate de furnizorii de asistență medicală primară sunt importante pentru a asigura controlul simptomelor și pentru a reda confortul pacientului pe tot parcursul bolii incurabile. Totodată, abordarea interdisciplinară fortifică acțiunile echipei de asistență medicală primară în oferirea serviciilor paliative pentru pacient și familia sa.

Cuvinte cheie: Îngrijiri paliative, echipă, asistență medicală primară.

INSTRUMENT DE EFICIENTIZARE A SERVICIILOR DE ÎNGRIJIRI PALIATIVE

Galina Buta¹, Raisa Puia¹, Natalia Carafizi², Olga Svetco²

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Asociația Națională de Tratament Paliativ, Chișinău

Întroducerea: În Republica Moldova serviciul de îngrijiri paliative (ÎP) s-a inițiat de către ONG în a. 1998 cu servicii de îngrijiri la domiciliu, contractarea acestora de către CNAM s-a inițiat în a. 2010. În prezent sunt opt prestatori de ÎP la domiciliu și două Centre de zi. Începând cu a. 2008, serviciul de ÎP s-a integrat în gama serviciilor medicale ale IMSP de tip spitalicesc.

Scopul: Evaluarea nivelului prestării serviciilor de ÎP la domiciliu, centrul de zi și unități cu paturi prin prisma completării fișei medicale a pacientului.

Materialul și metode: S-au analizat actele normative și legislative în vigoare pentru ÎP în RM și fișele medicale din: IMSP de tip spitalicesc cu paturi paliatice în mun. Chișinău; Centrele de zi și opt prestatori de ÎP la domiciliu.

Rezultate: În fișele medicale ale pacienților paliatici din RM se atestă o reflectare incompletă a serviciilor medicale prestate. Acestea se documentează într-o fișă medicală format A4, suplinită cu anexe preluate din fișele medicale ale pacienților paliativi din România, Polonia, Marea Britanie. Indiferent de tipul instituției medicale, serviciile de ÎP necesită să fie documentate, conform Standardului Național de ÎP, într-o fișă medicală, care ar reflecta amplitudinea specificului ÎP. Prestatorii de servicii de ÎP s-au expus, că validarea cazurilor de IP de către CNAM nu poate fi efectuată după caz tratat. De asemenea, CNEAS a semnalat neconformități referitoare la conținutul fișei medicale a pacienților paliatici. Nici o instituție, abilitată cu drepturi de prestare a serviciilor de ÎP din RM, nu dispune de fișă medicală electronică. Prestatorii de ÎP la domiciliu și centrele de zi nu au acces la sistemul informațional al CNAM pentru verificarea statutului pacientului paliatic în sistemul de AOAM. Este insuficientă colaborarea între AMP, AMSpitalicească și prestatorii de ÎP la domiciliu, din unitățile cu paturi în aspect clinic, paraclinic și de îngrijire. Nu există mecanisme de evaluare a eficienței în paliativitate. Aprobarea fișei medicale unificate pentru pacienții paliatici este o imperativă a timpului, care va contribui la eficientizarea serviciilor și la promovarea interesului pentru știință și inovare în domeniu.

Concluzii: Eficientizarea serviciilor de ÎP și îmbunătățirea calității acestora, poate fi realizată prin implementarea fișei medicale unificate a pacientului paliatic și al sistemului informațional în acest domeniu, compatibil cu SIA de tip ambulatoriu și de tip spitalicesc.

Cuvinte cheie: Îngrijiri paliative, fișă medicală, sistem informațional, pacient.

ANALIZA BOLILOR APARATULUI CIRCULATOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA

Rotaru Virginia¹, Cernelev Olga¹

¹ Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducere: Maladiile aparatului circulator reprezintă una dintre problemele majore pentru sănătatea și bunăstarea populației la nivel global. Bolile cardiovasculare ocupă locul I atât în Republica Moldova, cât și în lume, numărând peste 18 milioane de decese anual. Experții afirmă că bolile circulatorii au anticipat, întâlnindu-se tot mai des la persoanele tinere. Iar prognosticul poate fi nefavorabil dacă nu vom întreprinde urgent măsuri de prevenție.

Scopul lucrării: Analiza indicatorilor statistici privind morbiditatea și mortalitatea prin bolile aparatului circulator în rândul populației adulte din Republica Moldova.

Materiale și metode: Studiul a fost efectuat conform datelor curente prezentate de Biroul Național de Statistică al Republicii Moldova și Agenția Națională pentru Sănătate Publică. Privind indicii morbidității și mortalității prin bolile aparatului circulator, am întreprins un studiu descriptiv cu evaluarea datelor pentru perioada anilor 2019-2022. Metodele aplicate: statistică, analitică comparativă, observațională, studiului descriptiv.

Rezultate: În Republica Moldova, maladiile aparatului circulator reprezintă peste 58% din decesele cauzate de bolile netransmisibile. Cele mai afectate sunt persoanele de genul feminin (12541 de cazuri la 100000 locuitori) în comparație cu bărbații (10388 de cazuri la 100000 locuitori). Boala cardiacă ischemică la femei a constituit 7707 de cazuri la 100000 locuitori versus 6087 de cazuri la 100 mii populație pentru bărbați, anual. Totodată, s-a înregistrat o ușoară accelerare a cazurilor de AVC (femei – 3275 de cazuri versus bărbați – 2992 cazuri la 100 mii populație). Mortalitatea femeilor (62,8%) prin bolile aparatului circulator este cu 12,4% mai înaltă decât cea înregistrată pentru bărbați (50,4%).

Concluzii: Studiul dat pune în evidență problema majoră a morbidității și mortalității cauzate de maladiile cardiovasculare în rândul populației adulte din Republica Moldova. Conform datelor statistice se determină o tendință de creștere a morbidității și a mortalității din cauza maladiilor aparatului circulator la femei comparativ cu bărbați pe parcursul ultimilor ani.

Cuvinte cheie: Bolile aparatului circulator, morbiditate, sex.

MULTIMORBIDITATEA PRIN PRISMA SINDROMULUI DE FRAGILITATE LA POPULAȚIA VÂRSTNICĂ DIN REPUBLICA MOLDOVA

Ana Popescu¹, Gabriela Șoric¹, Ana Popa¹, Felicia Lupașcu-Volentir², Anatolie Negară¹

¹ Universitate de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

² Secția geriatrie nr.1, Spitalul Clinic al Ministerului Sănătății, Chișinău

Introducerea. Procesul de îmbătrânire antrenează a multitudine de schimbări, fiziologice de vârstă și fiziopatologice, inclusiv polipatologia, care reprezintă un marker important al stării de sănătate, cu impact semnificativ asupra statutului fizic și cognitiv.

Scopul. Evaluarea multimorbidității la pacientul vârstnic pe fundalul sindromului de fragilitate și stabilirea impactului asupra autonomiei vârstnicului.

Materialul și metodele. Studiul descriptiv a inclus 530 vârstnici ($72,76 \pm 0,26$ ani), respondenții au fost examinați conform examinării clinice, evaluării geriatrice complexe (EGC) – autonomie (Katz, Lawton), mers și echilibru (Tinetti), statut cognitive (MMSE), statut emotional (Hamilton), screening sindrom fragilitate (SF) - Criterii Fried, performanța fizică - SPPB, multimorbiditatea - Indexul de comorbiditate *Charlson* (CCI).

Rezultate. Datele studiului au relevat următoarele rezultate, conform criteriilor screening SF – vârstnici fragili-47,53%, vârstnici pre-fragili-29,39%, vârstnici robuști-23,07%; conform EGC – scorul Katz – $10,50 \pm 0,09$, Lawton – $12,70 \pm 0,16$, Tinetti – $20,62 \pm 0,27$, MMSE – $25,14 \pm 0,16$, indexul de comorbiditate Charlson - $4,22 \pm 0,08$, SPPB - $7,77 \pm 0,14$ puncte. Datele examinării clinice au evidențiat următoarele patologii, în lotul general de studiu a prevalat patologia cardiovasculară – 96,25%, osteoarticulară - 74,25% și digestivă – 41,61%; în grupul de vârstnici fragili - patologia osteoarticulară 89,21% și neurologică 95,43%; în grupul pre-fragil - patologia cardiovasculară – 97,31% și neurologică – 96,64%; în grupul de vârstnici robuști - patologia cardiovasculară – 93,38% și neurologică – 91,73%. Numărul mediu al maladiilor concomitente a fost de $4,62 \pm 0,12$ maladii, iar conform CCI - lot general – $4,19 \pm 0,08$, CCI grup fragili – $4,71 \pm 0,12$, CCI grup pre-fragili – $3,83 \pm 0,12$, CCI grup robuști – $3,57 \pm 0,18$. Valorile medii ale CCI au avut corelații cu autonomia scăzută – Katz ($R_r=0,65$; $p<0,05$), Lawton ($r=-0,54$; $p<0,05$); performanța fizică scăzută – SPPB ($r=-0,47$; $p<0,05$); s-au stabilit corelații între Charlson și criteriile screening de fragilitate Fried: slăbiciune generală ($R_r=0,64$; $p<0,05$), viteza mersului redusă ($R_r=0,49$; $p<0,05$), scădere ponderală ($R_r=0,51$; $p<0,05$).

Concluzii. Rezultatele studiului dezvăluie statutul funcțional ca fiind unul dintre cele mai afectate aspecte pe fundalul condiției fizice alterate, cum ar fi sindromul de fragilitate și comorbiditățile asociate.

Cuvinte-cheie: sindrom de fragilitate, vârstnic, multimorbiditate.

ROLUL ALIMENTAȚIEI ÎN PATOLOGIA ONCOLOGICĂ

Sofia Aramă¹, Luminița Suveică¹

¹ Universitatea de Stat de Medicina și Farmacie „Nicolae Testemițanu”, Chișinău

Introducerea evidențiază importanța și actualitatea temei, remarcându-se că alimentația joacă un rol crucial în prevenirea și gestionarea cancerului. Este subliniată relația complexă între dietă și cancer, precum și nevoia de a înțelege mai bine impactul nutriției asupra patologiei oncologice.

Scopul studiului este analiza profundă a influenței alimentației asupra riscului de cancer, evoluției bolii, și modul în care anumite alimente sau nutrienți pot afecta procesele celulare și moleculare implicate în oncogeneză.

Materialul și metodele se bazează pe o metodologie analitică, prin care au fost studiate publicații recente și ghiduri internaționale privind nutriția în contextul cancerului, folosindu-se baze de date prestigioase precum PUBMED și HINARI.

Rezultatele: Un studiu din Franța, pe o durată de 35 de ani și efectuat pe 500.000 de subiecți, a dovedit că alimentația vegetariană reduce apariția cancerului. Hrana joacă un rol decisiv în dezvoltarea tumorilor canceroase. Studiul EPIC este cea mai mare anchetă realizată pentru determinarea relației dintre nutriție și cancer, și compară alimentația și modul de viață a 500.000 de indivizi din țările nordice și sudice ale Europei. Acest studiu demonstrează importanța unei diete bogate în antioxidanți, polifenoli, acizi grași omega-3, fibre alimentare și fitochimicale în prevenirea și tratamentul cancerului. Sunt evidențiate efectele benefice ale unor alimente specifice și recomandări nutriționale pentru gestionarea simptomelor frecvente în patologia oncologică. Alte studii mai mici specifică importanța consumului regulat a fructelor și legumelor, altor surse de fibră alimentară, leguminoaselor, dar și scăderea consumului cărnii roșii.

Concluzie. Alimentație adecvată poate avea un impact semnificativ asupra reducerii riscului de cancer, a gestionării efectelor secundare ale tratamentelor oncologice și a îmbunătățirii calității vieții pacienților.

Cuvinte cheie: alimentație, cancer, nutriție oncologică.

PRIMARY HEALTH CARE TEAM IN EDUCATION AND SELF-CARE PRACTICES PROMOTION IN PATIENTS WITH ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION

Harshitha Koorliyil¹, Garabajiu Maria¹

¹. The State University of Medicine and Pharmacy “Nicolae Testemitanu”, Chisinau

Introduction: Implementing effective management strategies for arterial hypertension, notably through self-care practices is imperative for mitigating its impact and enhancing patient outcomes.

Aim: To appreciate the interventions of primary healthcare (PHC) team in education and self-care practices promotion in patients with arterial hypertension.

Material and Methods: The literature review study was performed by scrutinizing 114 articles in the timeframe of 2018 to 2023, sourced from PubMed and Google Scholar database. The keywords used for search: arterial hypertension, primary health care, self-care, education. After applying inclusion criteria (full article available in English), 55 articles were reviewed.

Results: Detailed education about lifestyle adjustment and medication regimens with close supervision are recommended by the PHC team as the means of obtaining targeted blood pressure. The most of the studies emphasizes the importance of a multifaceted approach to managing arterial hypertension, focusing on non-pharmacological interventions as well as home monitoring, regular check-ups with appointment reminder, the use of telehealth and digital health tools for empowering patients and achieving optimal blood pressure control. Patient centred approach, patient’s support, tailored strategies and continuous care is important for better adherence to doctor/nurse’s recommendations. Some of the studies shows the importance of pharmacist-led interventions like patient education for correct blood pressure measurements, diet or treatment adherence promotion.

Conclusion: The primary health care team is the basic level of patient’s education and support in lifestyle changes and self-care practices implementation due to continuity of care and holistic approach. The family physician plays the crucial role in promoting this activities, but nurse or pharmacist-led interventions are also important for patient’s support.

Keywords: “education and self-care”, “arterial hypertension”, “primary health care”

CALITATEA VIEȚII PROFESIONALE ȘI ECOSISTEMUL PSIHOEMOȚIONAL A LUCRĂTORILOR MEDICALI DIN SERVICIUL DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ URGENTĂ PRESPITALICEASCĂ

Kristina Stîncă¹

¹ Agenția Națională pentru Sănătate Publică, Chișinău

Introducere: Activitatea echipelor de asistență medicală urgentă prespitalicească se caracterizează prin ture de 24 de ore, acordarea asistenței în timp scurt în locuri neergonomic amenajate (stradă, câmp, șantier etc.), manipularea nesigură a pacientului, în condiții imprevizibile, inclusiv meteorologice, cu o epuizare rapidă a organismului și impact asupra sănătății fizice, psihoemoționale.

Scopul: Evaluarea stării psihoemoționale și calitatea vieții profesionale a lucrătorilor medicali din serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească din Republica Moldova.

Materiale și metode: A fost realizat un studiu transversal prin aplicarea metodei de evaluare a condițiilor de muncă și a stării de sănătate a lucrătorilor medicali din serviciul de asistență medicală urgentă prespitalicească.

Rezultate: În studiu au participat 500 de lucrători medicali, inclusiv 77% asistenți medicali și 23% medici. Satisfăcuți de actualul loc de muncă au constituit 71% lucrători, parțial mulțumiți 25% chestionați, iar 4% nesatisfăcuți ar dori să-și schimbe locul de muncă. Performanța profesională este motivul principal de satisfacție pentru 63% lucrători, totuși 1% au lipsă totală de atracție față de munca prestată. Factorii care provoacă insatisfacție sunt starea proastă a drumurilor, epuizarea la locul de muncă, violența pacienților, rudelor. În plus, 30% chestionați au menționat că, lucrul în ture afectează foarte mult starea de sănătate, 7% accentuând impactul major concomitent al turelor asupra capacității de muncă, calității muncii și stării de sănătate. În privința condițiilor de muncă, 2% din respondenți le atribuie la nefavorabile și periculoase pentru sănătate, iar pentru 21% din chestionați, condițiile de muncă frecvent influențează negativ relația cu familia. În perioada pandemică, 70% din personalul a fost infectat cu virusul SARS-CoV-2, dintre care 62% la locul de muncă, fiind în contact cu pacienți potențial infectați și insuficiență de echipament de protecție, la 6% starea sănătății post COVID-19 rămâne nesatisfăcătoare.

Concluzie: Condițiile de muncă și ecosistemul psihoemoțional au impact crucial asupra stării de sănătate a lucrătorilor medicali și satisfacției profesionale, care influențează calitatea asistenței medicale oferite. Este important evaluarea complexă a condițiilor de muncă și a stării de sănătate a personalului medical, întru stabilirea direcțiilor prioritare de intervenție.

Cuvinte cheie: calitatea vieții profesionale, condițiile de muncă, asistență medicală prespitalicească.