

## Concluzii

1. Pacienții cu tiroidită autoimună prezintă valori mai înalte ale insulinei bazale și o sensibilitate la insulină mai scăzută față de persoanele sănătoase, ceea ce indică prezența insulinoresistenței relative.
2. Insulina plasmatică și modelul HOMA corelează pozitiv cu TSH-ul și negativ cu fracțiile libere ale triiodtironinei și tiroxinei, fapt ce confirmă aportul direct al insuficienței tiroidiene în stabilirea insulinoresistenței.

## Bibliografie selectivă

1. Bakker S.J.L., Ter Maaten J.C., Popp-Snijders C. et al., *The relationship between thyrotropin and low density lipoprotein cholesterol is modified by insulin sensitivity in healthy euthyroid subjects*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2001; 86:1206-1211.
2. Bakker S.J., ter Maaten J.C., Popp-Snijders C. et al., *Triiodothyronine: a link between the insulin resistance syndrome and blood pressure?* J. Hypertens., 1999; 17:1725-1730.
3. Cappola A.R., Ladenson P.W., *Hypothyroidism and atherosclerosis*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 88:2438-2444.
4. Chubb S.A., Davis W.A., Davis T.M., *Interactions between thyroid function, insulin sensitivity and serum lipid concentrations: The Fremantle Diabetes Study*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2005; 90:5317-5320.
5. Dimitriadis G., Mitrou P., Lambadiari V. et al., *Insulin action in adipose tissue and muscle in hypothyroidism*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2006; 91(2):4930-4937.
6. Fernandez-Real J.M., Lopez-Bermejo A., Casamitjana R. and Ricart W., *Thyroid function is intrinsically linked to insulin sensitivity and endothelium-dependent vasodilation in healthy euthyroid subjects*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2006; 91(9):3337-3343.
7. Grundy S.M., *Obesity, metabolic syndrome, and cardiovascular disease*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2004; 89:2595-2600.
8. Hak A.E., Pols H.A., Visser T.J. et al., *Subclinical hypothyroidism is an independent risk factor for atherosclerosis and myocardial infarction in elderly women: the Rotterdam Study*. Ann. Intern. Med., 2000; 132:270-278.
9. Iacobellis G., Ribaldo M.C., Zappaterreno A., Iannucci C.V., Leonetti F., *Relationship of thyroid function with body mass index, leptin, insulin sensitivity and adiponectin in euthyroid obese women*. Clin. Endocrinol., 2005; 2:487-491.
10. Klein I., Ojamaa K., *Thyroid hormone and the cardiovascular system*. N. Engl. J. Med., 2001; 344:501-509.
11. Matthews D.R., Hosker J.P., Rudenski A.S., Naylor B.A., Treacher D.F., Turner R.C., *Homeostasis model assessment: insulin resistance and  $\beta$ -cell function from fasting plasma glucose and insulin concentrations in man*. Diabetologia, 1985; 28:412-419.
12. Pearce E.N., Farwell A.P., Braverman M.D., *Thyroiditis*. N. Engl. J. Med., 2003; 348:2646-2655.
13. Richardson J.M., Pessin J.E., *Identification of a skeletal muscle-specific regulatory domain in the rat GLUT4/muscle-fat gene*. J. Biol. Chem., 1993; 268:21021-21027.
14. Roos A., Bakker S.J.L., Links Th.P., *Thyroid function is associated with components of the metabolic syndrome in euthyroid subjects*. J. Clin. Endocrinol. Metab., 2007; 92(2):491-496.
15. Torrance C.J., Usala S.J., Pessin J.E. and Dohm G.L., *Characterization of a Low Affinity Thyroid Hormone Receptor Binding Site within the Rat GLUT4 Gene Promoter*. Endocrinology, 1997; 138(3):1215-1223.
16. Torrance C.J., Devente J.E., Jones J.O., Dohm G.L., *Effects of thyroid hormone on GLUT 4 glucose transporter gene expression and NIDDM in rats*. Endocrinology, 1997; 138:1204-1214.

## Summary

Our study was designed to assess the hypothesis that insulin resistance might be present in thyroid dysfunction. Seventy women with different clinical manifestation of autoimmune thyroiditis were compared to twenty-seven female controls matched for age. In all participants we evaluated fasting glucose and insulin levels, and HOMA (*homeostasis model assessment*). In patients with autoimmune thyroiditis the fasting insulin and the insulin sensitivity assessment parameter HOMA positively correlated with TSH and negatively with triiodothyronine and thyroxine levels. In conclusions, thyroid dysfunction is associated with higher fasting insulin levels and relative insulin resistance that might contribute to the atherosclerotic dyslipidemia and the blood hypertension found in patients with hypothyroidism.

## ROLUL FAMILIEI ÎN CREȘTEREA ȘI DEZVOLTAREA ARMONIOASĂ A COPILULUI

**Irina Malanciuc**, competitor, USMF „Nicolae Testemițanu”

Părinții sunt creatorii mediului familial natural, iar influența lui asupra dezvoltării copilului este una fundamentală, diferită de la o familie la alta, în funcție de structura internă, valorile promovate, contextul socioprofesional existent, tradiție și modelul cultural internalizat. Ca mediu afectiv și protectiv, familia, prin dubla sa condiție, îl ajută pe copil să se edifice pe sine, să se raporteze la alții, să capete identitate de sex, să cunoască primele experiențe sociale, afective, psihosomatice și volitive, iar calitatea acestor oferte creează fie

siguranță, securitate și mediu favorizant, fie îl poate afecta negativ, generându-i nesiguranță, stres, insecuritate, reducându-i evoluția spre autonomie, spre activism școlar și experiență socială.

Conform Convenției ONU și legislației Republicii Moldova cu privire la drepturile copilului, din drepturile fundamentale ale copilului fac parte dreptul la supraviețuire și dezvoltare și dreptul la familie [1]. Totodată, unele familii defavorizate, confruntându-se cu multiple probleme complexe de ordin social și economic, recurg la abandonul și instituționalizarea propriilor copii.

Plecând de la priorități, considerăm că următoarele domenii ar trebui luate în considerare în abordarea problematicii copilului aflat în dificultate, în special al celui orfan și abandonat:

- respectarea dreptului copilului de a crește și a se dezvolta într-o familie, cu respectarea istoriei naturale a familiei și a culturii acesteia;
- respectarea dreptului copilului la non-discriminare și șanse egale;
- utilizarea resurselor societății civile și a comunității în soluționarea problemelor copiilor și familiilor în dificultate.

Problema cea mai dificilă a protecției copilului în Republica Moldova rămâne aceea a copiilor plasați în instituțiile publice de ocrotire de tip rezidențial clasice, precum și situația existentă care menține rata crescută a abandonului copilului în aceste instituții.

Cauza principală a instituționalizării copiilor este lipsa de venituri ale familiei, aceasta nu înseamnă însă lipsa de atașament față de copii. Există totuși situații în care părinții optează pentru instituționalizarea copiilor lor, neputându-le oferi condițiile minime necesare pentru dezvoltare. De aceea în țările dezvoltate familiile sunt sprijinite prin:

- diferite forme de suport financiar, în funcție de nevoile familiei;
- adăposturi pentru persoanele fără locuință;
- programe de tip educativ, de dezvoltare a competenței adultului în educarea copilului;
- programe de management al veniturilor, cheltuielilor, instruirii profesionale;
- grupuri de ajutor personal pentru persoanele dependente de droguri, alcool;
- grupuri de suport pentru mame solitare;
- forme de psihoterapii individuale, de grup, de familie, accesibile prin sistemul social.

Familiile beneficiază de credite, oportunități de angajare, asistență de urgență în situații speciale, consiliere în diferite probleme etc. Toate aceste servicii urmăresc oferirea sprijinului în îngrijirea copilului și oferirea de oportunități pentru educarea copilului, inclusiv a copilului mic. Se pune accentul pe asistența și educarea timpurie a copilului.

Există o continuitate în asistență, familiile fiind sprijinite și după ieșirea din criză. Școlarizarea e gratuită pentru copiii acestor familii. Educația oferită este completă, se asigură servicii de o foarte bună calitate. Acești copii din familii cu probleme sunt urmăriți și sprijiniți și mai târziu, ca tineri adulți, în integrarea lor socială.

Susținerea familiilor în creșterea și educarea copiilor este obiectivul principal al tuturor țărilor, pentru că în mijlocul familiei dezvoltarea copiilor este cea mai bună și completă, acoperind toate nevoile de dezvoltare a lor. Creșterea și educarea copiilor privați de mediul familial a constituit și constituie o problemă complicată a societății. De-a lungul timpului s-a recurs la diferite sisteme de ocrotire a copiilor rămași fără îngrijirea părintească, dintre care formele de protecție cel mai frecvent aplicate au fost încredințarea acestor copii unor instituții speciale-rezidențiale și plasamentul lor în familii substitutive. Aceste forme de protecție s-au menținut, cu unele modificări, mult timp. Asistența copiilor orfani și a celor abandonați implică aspecte pedagogice, psihologice, sociologice și medicale realizate în echipe multidisciplinare.

Separarea copilului de familie este o situație dificilă, generatoare de frustrare afectivă, ce are consecințe negative asupra maturizării psihosociale a acestuia. De aceea trebuie să se insiste asupra profilaxiei neglijării și abandonului copiilor prin acțiuni sistematice de consiliere și sprijin al familiilor.

Încadrarea copiilor în instituții de plasament de tip rezidențial trebuie să fie soluția de excepție, după ce se încearcă oferirea sprijinului și redresarea situației familiei biologice sau plasamentul în familii de tip substitutiv. Instituțiile rezidențiale nu pot oferi copiilor calitatea relațiilor umane din mediul familial.

În ultimii ani, politica de protecție socială în Republica Moldova este centrată pe protecția copilului și familiei ca o componentă prioritară a acesteia. Guvernul Republicii Moldova a adoptat un șir de documente strategice, printre care cele mai importante sunt: Strategia Națională privind protecția copilului și familiei [2]; Strategia și Planul Național cu privire la reforma sistemului rezidențial de îngrijire a copilului [3]; Strategia și Planul Național de acțiuni comunitare pentru susținerea copiilor aflați în dificultate [4].

Una dintre categoriile cele mai vulnerabile de copii este reprezentată de copiii cu dizabilități. În țară rămâne actuală problema copiilor cu nevoi speciale plasați în instituții rezidențiale preșcolare și de învățământ.

În conformitate cu datele statistice ale Ministerului Sănătății, pe parcursul ultimilor ani invaliditatea la

copiii în vârstă de la 0 la 16 ani are o tendință de creștere, fiind de 16,3 în anul 2002 și 18,0 la 1000 copii în 2007 sau în cifre absolute – 12 811 copii invalizi în anul 2008.

Datele cu privire la evaluarea copiilor instituționalizați efectuată în anul 2007 de către Ministerul Educației și Tineretului, cu sprijinul UNICEF, în cadrul proiectului UE „Dezvoltarea serviciilor sociale integrate pentru familii vulnerabile și copii în situații de risc” au arătat că în instituții rezidențiale sunt plasați circa 5000 de copii cu dizabilități de vâz, de auz, fizice și mintale. Astfel, se impune necesitatea de a dezvolta și diversifica servicii noi pentru a asigura implementarea politicii statului în acest domeniu. Acești copii, în virtutea necesităților de dezvoltare pe care le dictează dizabilitatea, solicită reabilitare medico-psihopedagogică și socială diversă și de lungă durată, de la cele mai timpurii perioade de diagnosticare, în conformitate cu standardele internaționale. .

Reabilitarea medico-psihopedagogică și socială necesită timp și resurse atât financiare, cât și umane, de asemenea, o importanță deosebită o are abordarea holistică a dezvoltării copilului și intervenției multidisciplinare a problemelor copilului și a familiei acestuia.

Rolul sistemului de sănătate, în acest sens, este identificarea precoce a problemelor de dezvoltare a acestor copii și oferirea serviciilor de reabilitare, ceea ce ar contribui la reducerea numărului copiilor cu grad de dizabilitate, precum și la prevenirea instituționalizării acestor copii.

Invaliditatea la copii reprezintă o problemă medico-socială importantă pentru Republica Moldova, fapt confirmat prin repercusiunile sale negative asupra încadrării în serviciu a părinților, în primul rând a mamelor, prin distorsionarea climatului psihologic în familie, condiționate de suferințele copilului, prin creșterea cheltuielilor suportate de stat pe contul pensiilor, subvențiilor, serviciilor medicale și sociale etc.

Multiplele bariere din societate împiedică adaptarea persoanelor cu dizabilitate la viața socială activă. Schimbările în societatea modernă trebuie să asigure integrarea școlară, socială, profesională a copiilor cu dizabilități prin crearea oportunităților și egalizarea șanselor de participare la viața activă, excluzând obstacolele de ordin material și social.

Un alt grup de risc în vederea instituționalizării îl reprezintă copiii de vârstă fragedă, abandonați de cele mai multe ori la naștere. Conform datelor Studiului „Evaluarea fenomenului abandonului copiilor în Republica Moldova”, realizat în perioada 2002 – 2003, care a cuprins toți copiii între 0 și 7 ani, separați de familii în această perioadă, se constată că anual în țară sunt abandonați circa 420 de copii. În 62,6% cazuri copiii sunt abandonați în instituțiile medicale: maternități și secții de copii, 57,4% sunt abandonați la vârsta de până la un an.

Datele științifice demonstrează că separarea copiilor de mamele lor în primii ani de viață are un impact negativ asupra copilului, influențând agresiv dezvoltarea lui psihoemoțională și provocându-i retard de creștere și de dezvoltare. Este afectată în primul rând formarea legăturii psihoemoționale și a atașamentului dintre mamă și copil. Nu poate fi realizată îngrijirea adecvată a copilului în vederea dezvoltării psihofizice armonioase. Conform definiției savantului Engle (1999), îngrijirea copilului presupune [5]:

- Activități cu scopul asigurării supraviețuirii, creșterii și dezvoltării copilului;
- Comportamente și practici corecte ale mamei (sau ale altei persoane ce îngrijește copilul) privind alimentația, stimularea psihoemoțională și ocrotirea sănătății copilului;
- Activități calitative care asigură formarea relației și atașamentului dintre mamă și copil.

Separarea copilului de mamă provoacă, în majoritatea cazurilor, ulterior:

- Timiditate;
- Pierderea încrederii;
- Agresivitate sau depresie;
- Închidere în sine;
- Probleme de comportament;
- Autoapreciere joasă;
- Greutăți în rezolvarea diverselor situații.

Cercetările în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului arată importanța incontestabilă a familiei pentru calitatea vieții copilului și bunăstării lui, aceasta fiind determinată, în mare măsură, de bunăstarea familiei sale. Implementarea politicilor statului prin dezvoltarea serviciilor de sprijin familial și a celor substitutive familiei va asigura respectarea dreptului copilului la familie, va exclude riscurile ce ar putea periclita dezvoltarea și creșterea armonioasă.

#### Bibliografie selectivă

1. Convenția Națiunilor Unite cu privire la Drepturile Copilului, adoptată în 1989.
2. Hotărârea Guvernului nr. 727, din 16 iunie 2003.

3. Hotărârea Guvernului nr. 784, din 9 iulie 2007.
4. Hotărârea Guvernului nr. 954, din 20 august 2007 și Hotărârea Guvernului nr. 995, din 3 septembrie 2007.
5. Seminarul tehnic „Îngrijirea pentru dezvoltare”, „Conduita Integrată a Maladiilor la Copii”, OMS, 1998.

### Summary

The family has a fundamental role for the harmonious development child. According Convention ONU considering the children rights and the legislation of the Republic of Moldova looking child right to family is some primordial.

The child separation of the family is an awkward situation, generated of affective frustration, which has negative consequences about psychosocial child maturation. The residential institutions can't offer to the children the quality of interpersonal relations from the natural family environment.

In last years the central authorities of the Republic of Moldova grant a large attention to the child and family protection. The support of the families in increasing and education of their children is the main objective for all the countries.

## CARCINOMUL MEDULAR TIROIDIAN. CONDUITE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT

**Rodica Mîndruța-Stratan**, cercetător științific, Institutul Oncologic

Cancerul medular tiroidian (CMT) provine din celulele C parafoliculare secretante de calcitonină, care fac parte din sistemul endocrin difuz sau cu origine în creasta neurală. Apartenența celulelor parafoliculare la sistemul APUD explică posibilitatea asocierii CMT cu alte tumori cu celule APUD sau de origine neuroectodermală, cu constituirea sindroamelor de neoplazie endocrină multiplă sau a unor sindroame neuroectodermale.

Din totalul tumorilor tiroidiene circa 5-10% apar obișnuit după vârsta de 50 de ani și predomină la femei. În circa 2/3 din cazuri, tumora apare sporadic, iar în 1/3 din cazuri este familială, anomalia fiind transmisă ca un caracter autosomal dominant. Cazurile familiale sunt prezente la vârste mai tinere, sunt adesea bilaterale, cu supraviețuiri mai lungi și prognostic mai bun.

CMT se dezvoltă în cele 2/3 superioare ale lobilor tiroidieni, sediul anatomic al celulelor C parafoliculare. Produsul de secreție al celulelor C și cel mai util marker circulant al activității acestora este calcitonina, peptid codificat de o genă multiexonică de pe cromozomul 11p, care dă naștere la 2 specii distincte de ARNm.

CMT secretă cantități foarte mari de calcitonină, în special în formele sporadice, din această cauză creșterile foarte mari ale concentrației plasmatică a hormonului reprezintă un marker pentru diagnostic și un indice, pe baza căruia se poate aprecia apariția unor recidive după tiroidectomia totală.

În CMT care fac parte din sindroamele MEN 2 nivelul plasmatic al calcitoninei este mai puțin crescut decât în formele sporadice, iar la un număr mic de bolnavi este chiar în limite normale, în stadii evolutive precoce, când există doar o hiperplazie a celulelor C sau o transformare neoplazică incipientă. În asemenea cazuri, dacă se presupune existența unui CMT, este necesar să se recurgă la teste care provoacă descărcări de calcitonină.

Studii recente, efectuate de mai multe grupuri de cercetători, au clarificat etiologia moleculară a formelor moștenite de CMT și au elucidat importante aspecte din patogenia formelor sporadice de CMT. Protooncogenă RET este o genă care codifică un receptor membranar tirozin-kinazic de 150–170 kd, asemănător cu receptorul EGF și al altor factori de creștere. Expresia normală a protooncogenei RET în cursul dezvoltării embrionare este limitată la derivatele creștei neurale, incluzând celulele C tiroidiene, celulele cromafine adrenale, ganglionii enterici, precum și situsuri de la nivelul creierului, măduvei spinării, rinichiului și tractului urinar. O serie de celule C tiroidiene calcitonin-pozitive și celule cromafine adrenale continuă să exprime gena RET și după naștere. În tumori, expresia RET pare a fi limitată la carcinomul medular tiroidian, feocromocitom și neuroblastom.

Înainte de descoperirea mutațiilor genei RET în formele moștenite de CMT, se știa deja că RET funcționează ca o protooncogenă, deci ca o genă cu potențial de a promova cancerul, când este activată prin mutații specifice, cu posibilitatea transformării maligne a celulelor normale. Utilizând o varietate de tehnici de genetică moleculară, au fost depistate mutații pentru fiecare din formele de CMT moștenite prezentate anterior. În MEN 2A au fost evidențiate la majoritatea rudelor studiate mutații germinative.

În CMT familial izolat, majoritatea, dar nu toți membrii familiei au mutații detectabile în același grup de reziduuri cisteinice alterate în MEN 2A. Mutații identice ale genei RET pot fi găsite atât la membrii familiilor cu CMT familial fără istoric de feocromocitom, cât și la membrii familiilor cu MEN 2A, cu un important istoric de feocromocitom. Mulligan și colab. au observat că mutații localizate în apropierea membranei – în