

104.2 d Performing prophylactic gynaecological examinations.

104.2 j Monitoring and evaluating the effects of the prophylactic activities.

Therefore, international recommendations clearly identify PHC providers as the foundation of cervical screening programmes while the relevant Moldovan regulations enable PHC providers to provide the required services.

Indeed, an organised cervical screening programme cannot function without the active involvement of PHC providers. However, to ensure PHC providers can effectively support the operation of the cervical screening programme, a number of actions must first be undertaken. The key actions include:

1. New cervical screening guidelines that are specifically for PHC providers need to be prepared by people who are PHC providers and who will therefore fully understand the realities of delivering these services within the Moldovan health system.

2. Based on the new PHC cervical screening guidelines, relevant curricula for family doctors and family nurses need to be updated to ensure they are coordinated with the guidelines.

3. Family doctors and family nurses need to be re-trained so everyone fully understands what their roles are within the cervical screening programme.

4. An effective quality assurance programme with regular feedback needs to be established so PHC providers will know what they are doing well and what needs to be improved.

Together, these actions will enable PHC providers to effectively support the implementation and operation of the cervical screening programme and thereby substantially reduce the burden of cervical cancer in Moldova.

References

1. International Agency for Research on Cancer, IARC. *Handbooks of Cancer Prevention*. Vol. 10: Cervix Cancer Screening. Lyon: IARC Press, France, 2005.
2. *National Cancer Registry of the Republic of Moldova*. Personal communication, September 2016.
3. Kramer B.S. *The science of early detection*. In: *Urologic Oncology*, vol. 22, no. 4, July-August, 2004, p. 344-347.
4. European Commission. *European Guidelines for Quality Assurance in Cervical Cancer Screening (Second Edition)*. Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, 2008.
5. *Gaining Health. The European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable Diseases*. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006.
6. *Action plan for implementation of the European Strategy for the Prevention and Control of Non-communicable*

Diseases 2012–2016. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2011.

7. *Better non-communicable disease outcomes: challenges and opportunities for health systems*. Republic of Moldova Country Assessment. Republic of Moldova Health Policy Paper Series, no. 14. WHO, 2014.
8. Ministry of Health Order no. 695 of 13.10.2010, on *Primary Health Care in the Republic of Moldova*. www.old2.ms.gov.md/sites/default/files/legislatie/ordin_no_695_din_13.10.2010.pdf

CZU: 614.253.1:616-053.2/.6(478)

REZULTATELE EVALUĂRII CUNOȘTINȚELOR ASISTENTELOR MEDICILOR DE FAMILIE PRIVIND STANDARDELE DE SUPRAVEGHERE A COPILULUI SĂNĂTOS ÎN CONDIȚII DE AMBULATORIU

Ninel REVENCO^{1,2}, Adela HORODIȘTEANU-BANUH¹, Marina ARAMĂ¹, Dorina SAVOSCHIN¹,

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului,

²IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu

Introducere

În ultima perioadă, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a întreprins un șir de măsuri pentru ameliorarea asistenței medicale acordate mamei și copilului, ultimii ani fiind cei mai fructuoși în acest context. Astfel, a fost aprobat și implementat *Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității infantile și a mortalității copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu* (Hotărârea Guvernului nr. 1182, din 22.12.2010); în anul 2012 au fost aprobate *Standardele de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu* (Ordinul MS nr. 1000 din 08.10.2012); a fost elaborat și implementat în toată țara *Carnetul de dezvoltare a copilului* (agenda familiei), formular 112/e/1; a fost actualizat *Carnetul de dezvoltare a copilului*, formular 112/e".

Standardele de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu au oferit medicului de familie obiective de activitate concrete, au structurat foarte bine procesul de examinări profilactice ale copilului sănătos, au scos în evidență perioadele cruciale de dezvoltare ale copilului și necesitatea unor examinări multilaterale de bilanț cu implicarea mai multor specialiști etc. Toate aceste activități realizate în acordarea asistenței copilului au adus rezultate pozitive în domeniul ocrotirii sănătății copiilor din țară. Tot-

odată, evaluarea standardelor respective, efectuată în 2014, a relevat că aproximativ 15% dintre copii cu vârsta sub un an nu sunt supravegheați suficient în cadrul vizitelor la domiciliu.

Scopul studiului

Scopul studiului efectuat a fost evaluarea cunoștințelor asistentelor medicilor de familie privind standardele de supraveghere a copilului sănătos.

Material și metode de cercetare

În perioada octombrie–noiembrie 2017, cu suportul UNICEF Moldova, în unele sectoare ale municipiilor Chișinău și Bălți și în 3 raioane ale republicii – Drochia, Hâncești și Cahul – a fost desfășurat un studiu de evaluare a cunoștințelor asistentelor medicilor de familie (AMF).

Studiul, prin aplicarea unor chestionare special elaborate, a cuprins un lot de 313 asistente ale medicilor de familie, inclusiv 37,1% AMF activau în CMF municipale; 5,7% – în CMF raionale; 39,6% – în centrele de sănătate, 17,6% – în OMF.

Rezultate obținute și discuții

Deși lucrătorii medicali realizează importanța respectării standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulatoriu, cunoștințele asistentelor medicilor de familie la compartimentul vizite profilactice la domiciliu relevă carențe la acest capitol. Astfel, la întrebarea „Câte vizite la domiciliu trebuie să efectueze asistentul medicului de familie în prima lună de viață a copilului, conform standardelor în vigoare?” doar 16,0% din lucrătorii medicali au răspuns corect – 2 vizite, 26,8% din AMF au răspuns 3 vizite, iar mai mult de ½ (57,2%) au răspuns că 4 vizite și mai multe, ceea ce corespundea standardelor precedente, abrogate prin Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1000 din 8.10.2012 *Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Cărnului de dezvoltare a copilului*. De cele mai multe ori au răspuns corect AMF din centrele medicilor de familie (CMF) municipale – 26,7%, față de 14,5% răspunsuri corecte ale AMF care activează în oficiile medicilor de familie (OMF), ($\chi^2=28,21$, $p=0,000$).

Referitor la vizitele la domiciliu (2 vizite lunare pe parcursul lunii a II-a și a III-a de viață a copilului, 41,03% din AMF cunoșteau prevederile standardelor, 42,6% au menționat 3 vizite și 12,5% – 4 și mai multe vizite.

Răspunsuri corecte la întrebarea „Câte vizite la domiciliu trebuie să efectueze, conform standardelor în vigoare, AMF la domiciliu lunar de la 3 până la 7 luni de viață ale copilului?” au dat doar 40,4% din AMF, 59,6% din lucrătorii medicali menționând mai

multe vizite. Totodată, rata AMF care cunosc standardele respective este mai mare în rândul lucrătorilor medicali din CMF municipale – 52,1%, comparativ cu 16,7% răspunsuri corecte date de cei care activează în CMF raionale ($\chi^2=14,12$, $p=0,028$).

Referitor la numărul de vizite lunare efectuate la domiciliu, conform standardelor în vigoare, de la 7 luni până la un an de viață al copilului au răspuns corect 75,1% din AMF, menținându-se aceeași tendință de cunoaștere mai bună a standardelor de către lucrătorii medicali din cadrul CMF municipale – 82,7%, comparativ cu 50% răspunsuri corecte date de AMF ce activau în CMF raionale ($\chi^2=21,11$, $p=0,012$).

În majoritatea cazurilor de răspunsuri incorecte, AMF au menționat mai multe vizite decât prevăd standardele actuale, dar care corespundeau standardelor precedente de supraveghere a copilului în condiții de ambulatoriu.

Cunosc că trebuie să efectueze vizite la domiciliu, pe parcursul anului II de viață al copilului, la 1 an și 3 luni și la 1 an și 9 luni 70,8% și, respectiv, 54,5% din asistenții medicilor de familie, rata răspunsurilor corecte fiind de asemenea mai mare în rândul AMF din municipii – 86,4%. Totodată, trebuie remarcat faptul că 7,4% din respondenții incluși în lotul general de studiu au recunoscut că nu cunosc când se efectuează vizitele la domiciliu pe parcursul anului II de viață al copilului.

Mai puțin de ½ din ASM cunosc că trebuie să efectueze vizita la domiciliu la vârsta copilului de 6-7 ani, în scopul evaluării reacției postvaccinale (DT, ROR), iar 2 AMF din 10 au recunoscut că în genere nu cunosc aceste standarde.

Concluzii

După cinci ani de la implementarea *Standardelor de supraveghere a copilului de 0-18 ani în condiții de ambulatoriu*, estimarea răspunsurilor lucrătorilor medicali referitor la cunoașterea standardelor a relevat necunoașterea acestora de către asistenții medicilor de familie și confundarea frecventă a standardelor actuale cu cele precedente: în medie, mai puțin de ½ din AMF cunosc cerințele standardelor de supraveghere a copiilor sănătoși cu privire la vizitele la domiciliu, cu o ușoară tendință de majorare în rândul AMF din CMF municipale.

Bibliografie

1. Burwick A., Zaveri H., Shang et al. *Costs of Early Childhood Home Visiting: An Analysis of Programs Implemented in the Supporting Evidence-Based Home Visiting to Prevent Child Maltreatment Initiative*. Final Report, January 30, 2014.
2. Hotărârea Guvernului Republicii Moldova nr. 1182 din 22.12.2010 *Pentru aprobarea Regulamentului privind mecanismul de colaborare intersectorială în domeniul medico-social, în vederea prevenirii și reducerii ratei mortalității materne infantile și a copiilor cu vârsta de până la 5 ani la domiciliu*.

3. Howard Kimberly S., Brooks-Gunn Jeanne. *The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child Abuse and Neglect*. In: *Future of Children*, vol. 19, no. 2, 2009, p. 119–146.
4. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1000 din 8.10.2012 *Cu privire la aprobarea Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu și a Carnetului de dezvoltare a copilului*.
5. Schmit Stephanie, Schott Liz, Pavetti La Donna, Matthews Hannah. *Effective, Evidence-Based Home Visiting Programs in Every State at Risk if Congress Does Not Extend Funding*. February 9, 2015.

CZU: 616-097-07:612.017.1(478)

ACTUALITĂȚI ȘI PERSPECTIVE PRIVIND DIAGNOSTICUL IMUNODEFICIENȚELOR PRIMARE ÎN REPUBLICA MOLDOVA

*Lucia ANDRIEȘ, Ninel REVENCO,
Olga SCHIȚCO, Victoria SACARĂ, Ina PALII,
Doina BARBĂ, Tamara ȚURCANU, Olga IARMALIUC,
Laboratorul de alergologie și imunologie clinică,
IP USMF Nicolae Testemițanu*

Introducere

Maladiile imunodeficitare (MID) se află la originea creșterii continue a incidenței și a prevalenței patologiei acute sau cronice a diferitor organe și sisteme. Variabilitatea mare a defectelor imune, cu imunodeficiențe structurale și/sau funcționaleacompaniate de mutații sau aberații cromozomiale, complică semnificativ diagnosticul și selectarea terapiei adecvate. Prin complexitatea clinică, dificultățile de diagnostic și prevalența lor tot mai mare în rândul populației (în majorare de la 1:10.000 la 8,5:10.000) maladiile imunodeficitare constituie o problemă de importanță majoră pentru medicina publică. Totodată, situația ecologică nefavorabilă datorată utilizării intensive și îndelungate a pesticidelor și a altor substanțe chimice habituale, acutizarea problemelor sociomedicale, creșterea morbidității somatice s-ar putea implica drept factori regionali importanți în geneza MID.

În contextul situației prezentate mai sus, în Republica Moldova a fost inițiat un proiect științific finanțat de AȘM (2015–2018), care și-a trasat drept obiectiv principal elucidarea particularităților epidemiologice, clinico-imunologice și molecular-genetice ale maladiilor imunodeficitare din spațiul țării.

Trebuie să constatăm că rapoartele statistice oficiale ale Centrului de Management în Sănătate

nu conțin informații cu referire la maladiile și stările imunodeficitare atât la copii, cât și la populația de adulți. Cercetările-pilot asupra fișelor de observație din unele instituții medico-sanitare publice atestă absența datelor despre MID ca entitate nosologică independentă sau asociată unei boli de bază.

Imunodeficiențele primare (IDP) se referă la maladiile rare (orfane), dar medicii de diferite specialități, în special cei care activează în instituțiile de asistență medicală primară, se pot confrunta cu acestea și au nevoie de cunoștințele necesare sub acest aspect, pentru a le repera. De altfel, anume *vigilența scăzută* a medicilor față de IDP conduce la invaliditatea nemotivată și letalitatea pacienților cu stări imunodeficitare. Tot aici sunt de consemnat și tergiversările admise în cursul stabilirii diagnosticului de IDP, ce pot fi depășite numai atunci când există un nivel înalt de *conștientizare* a afecțiunilor primare de către medicii care pot contacta cu pacienți cu imunodeficiențe primare.

Absența datelor privind morbiditatea și mortalitatea induse prin aceste forme nosologice denotă starea reală carențială privind diagnosticul și terapia MID la nivel național.

Pornind de la premisa că recunoașterea oportună și, deci, diagnosticul timpuriu al IDP este un criteriu important pentru îngrijiri optime și costuri justificate, ne-am proiectat un șir de sarcini de cercetare.

Obiectivele studiului

- Controlul clinico-imunologic al pacienților cu suspectare de maladie imunodeficitară primară, selectați în baza criteriilor elaborate de experții OMS.
- Aprecierea eficacității test-sistemului TREC/KREC în diagnosticul timpuriu al maladiilor imunodeficitare primare.
- Elaborarea unui protocol de diagnostic al IDP de tip umoral, acceptabil pentru instituțiile de asistență medicală primară din Republica Moldova.
- Modelarea unui algoritm de diagnostic al IDP de tip umoral, cu sugestii de implementare a acestuia la nivel de CMF, AMT etc.

Metode de cercetare

În vederea realizării obiectivelor preconizate, am apelat la următoarele metode și procedee:

- Controlul clinico-anamnestic și completarea cartelelor de investigare complexă a pacienților cu suspectare de IDP.
- Testarea statusului imun al pacienților suspecți de IDP, cu aprecierea populațiilor și subpopulațiilor limfocitare (CD3⁺, CD4⁺, CD8⁺, CD16⁺, CD19⁺) cu anticorpi monoclonali anti-CD, determinarea