

Concluzii

- Strategia de implementare în sistemul de sănătate include reforme esențiale, pentru a permite o dezvoltare durabilă a sistemului de sănătate în noile condiții și a asigura accesul populației la servicii de sănătate.
- Lansarea Politicii Naționale de Sănătate servește drept instrument de abordare sistematică a problemelor de sănătate și de integrare a eforturilor intersectoriale de ameliorare a calității vieții și sănătății populației pe parcursul întregii vieți..
- Asigurarea securității sociale, economice, ecologice, alimentarea și promovarea unui mod sănătos de viață au conturat o nouă viziune privind ocrotirea, fortificarea sănătății, reducerea discrepanțelor în termeni de sănătate dintre categorii de populație.

Bibliografie

1. Politica Națională de Sănătate a Republicii Moldova 2007-2021 (aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 886 din 06.08.2007).
2. Strategia de dezvoltare a Sistemului de Sănătate în perioada a.a. 2008-2017 (aprobată prin Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24.12.2007)
3. Основы Европейской стратегии ВОЗ по развитию систем здравоохранения. Усовершенствованные системы здравоохранения спасают жизни”. Европейское региональное бюро ВОЗ, а. 2005
4. Criza Sănătății. O soluție pentru Europa de Sud-Est. Centrul pentru Politici și Servicii de Sănătate, a.2003. London School of Hygiene. Tropical Medicine Open Society Institute, 2003
5. P. Ursu., Parteneriatul internațional în fortificarea Sistemului Sănătății din Republica Moldova. Sănătate publică, Economie și Management în Medicină, nr.6 Chișinău 2007.
6. C. Ețco., Management în sistemul de Sănătate, Chișinău 2006
7. D. Tintiuc., Sănătate Publică și Management, Chișinău 2007.

ACTUALITATEA, CAUZELE PRINCIPALE ȘI CONSECINȚELE NAȘTERII PREMATURE

Petru Erhan

IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii
Sănătății Mamei și Copilului, Școala de Management în Sănătate Publică

Summary

Premature birth: actuality, main causes and consequences

Premature birth is one of the most important problems of protection of mother and child's health, because it determines a high level of perinatal death and morbidity, in spite of the social and economic level of development of the country and the level of perinatal assistance.

The frequency of premature birth is various on the Earth, one statistic says 1,67% - 24,7% (with an average of 6, 85%), another 4,2% - 34,4% (with an average of 11,2%) and this indicators doesn't decrease last 20 years. Weight of premature born infants in Republic of Moldova differs from 1,9% to 7,2%, average consist in 2007 – 4,8%, thing caused by registration of premature born from 22 weeks in the world, but in Moldova from 28 weeks. In concordance to foresights of Action plan of Moldova – UE starting from 01.01.2008, RM will register in official statistics birth and children born with mass – 500g and 22 weeks of gestation.

Very often (55,3%) premature birth take place in period of 33-36 weeks of pregnancy, in period of 28-32 weeks in 39%, and in period of 22-28 weeks births takes place in 5,7% of cases. The mortality in premature birth is in 8-13 times usually and neonatal mortality among premature children consist 60-70%. The incidence of new born infants at premature is more than

6,5 times higher than at normal term and it differs from 1134,2 in 2002 till 1280,6 in 2006 and the incidence of new born infants at normal term differs from 221,7 in 2002 till 194,4 in 2006. This problem must be supposed to an detailed scientific and practice examination for proposing for all women in reproductive age, with reproductive loses in anamnesis to be examined for determining the causes of perinatal pathologies and preparation of couples for next pregnancy.

Nașterea prematură este una din cele mai importante probleme în ocrotirea sănătății mamei și copilului. Actualitatea problemei este determinată prin faptul că nașterea prematură cauzează nivelul mortalității perinatale și morbidității.

Indiferent de gradul dezvoltării socio-economice al țării și de nivelul de asistență în perinatologie, la un nivel înalt se menține numărul nașterilor premature. Cele menționate sunt motivate și explicate de procesele ce au loc în societate, așa cum sunt: industrializarea accelerată și nocivitatea sporită, urbanizarea și emigrarea în masă a populației, practicarea timpurie a sexului, răspândirea infecțiilor cu transmitere sexuală etc.

Prematuritatea fătului este considerată cea mai dificilă problemă din patologia obstetricală mondială, nu atât prin prisma incidenței, cât datorită imposibilității, cu actualele mijloace tehnice, de a o preveni sau combate integral și eficient. Impactul medico-social, demografic, familial, psiho-intelectual, cultural și educativ este la fel de important, prematurul ca un „veritabil amplificator de traumatisme și sechele” grevând bugetul fiecărei națiuni de cheltuieli impresionante (Sabina Berceanu și colab., 1998).

Între perioada de gestație și gradul de dezvoltare intrauterină a fătului există un paralelism, o concordanță, dar numai în 80 la sută. În 10% din cazuri, feții se nasc sub termenul cronologic de naștere, în alte 10% feții se nasc după termen (Liggins, 1980).

Frecvența prematurității este mult diferită pe glob. Discrepanța este datorată unei multitudini de factori și/sau circumstanțe: teritorii, zone geografice, rasă, standardul socio-economic, de civilizație, tipul de obstetrică practicat, obiceiuri, tradiții, etc.

Este discutabil întrebarea privind frecvența nașterilor premature. În literatura de specialitate frecvența medie a prematurității oscilează după unele statistici, între 1,67% - 24,7% (cu o medie de 6,85%), după altele între 4,2% - 34,4% (cu o medie de 11,2%) și acești indicatori nu au tendință spre micșorare pe parcursul ultimilor 20 ani. În SUA frecvența nașterilor premature în anul 2000 – 10,1%, Marea Britanie – 7,8%, Franța – 7,2%, Ungaria 10%, Germania 9-10%, Rusia 4,5-5% (Сидельникова, 1994, Кулаков и др., 2002). Frecvența nașterilor premature variază în funcție de calitatea asistenței obstetricale, a identificării gravidelor cu risc, a cauzelor variate ce fac posibilă o naștere prematură și a posibilităților de tratament (Vesternicianu, 2004).

După datele statistice în Republica Moldova ponderea născuților prematur variază de la 1,9% până la 7,2%, media constituind în anul 2007 - 4,8%. Acest fapt este cauzat din motivul că nașterile premature în lume se înregistrează de la 22 săptămâni, pe când în Moldova până la 01.01.2008 a fost de la 28 săptămâni.

Conform definiției OMS, dată în 1977, nașterea prematură este „...*expulzia și sau extragerea completă din corpul mamei a unui produs de concepție care cântărește cel puțin 500 g sau de o vârstă gestațională egală cu 22 săptămâni amenoree, cu talie de cel puțin 25 cm, care odată separat manifestă semne de viață/bătăi cardiace, pulsații ale cordonului ombilical, contractură musculară la stimulii externi, indiferent dacă placenta rămâne sau nu atașată, cordonul ombilical este sau nu secționat*”.

Această definiție nu poate fi aplicată peste tot în lume, deoarece există țări dezvoltate, care au ajuns la astfel de performanțe, însă există încă multe țări subdezvoltate, la care mai sunt valabile criteriile OMS din anii 1948/1961. Problema nașterii premature a devenit o actualitate stringentă și pentru Republica Moldova, dat fiind faptul că întru realizarea prevederilor Planului de acțiuni Republica Moldova – UE cu privire la implementarea standardelor și criteriilor europene privind înregistrarea în statistica oficială de stat a nașterii și copiilor nou-născuți cu masa de la 500 g și de la 22 săptămâni gestație în asigurarea în plan mondial a statisticii

mare decât a celor maturi. Mamele rămase fără copii suferă o traumă psihică, care le marchează pe toată viața (Serbenco, Moșin, Stratulat, 2001; Курьшова и др. 1991).

Prin nașterea unui făt imatur, prin mortalitatea și morbiditatea perinatală crescută, prin faptul că femeia însărcinată de multe ori rămâne fără copil, problema prematurității rămâne și în continuare actuală atât din punct de vedere medical, cât și social (Владимирова, Когут 1996; Голота 1990; Дуда, Вавилова 1994).

În morbiditatea neonatală a imaturilor se evidențiază encefalopatiile posthipoxice 43,6%, pneumopatiile 19,4%, infecțiile intrauterine 14,3%, boala hemolitică 4,3%, malformațiile fetale 1,4%, traumatismul craniocerebral 7,7%. Procentul înalt de encefalopatii posthipoxice, pneumopatii, infecții intrauterine, traumatismul neonatal se explică prin imaturitatea și fragilitatea structurilor sistemului nervos, vascular, pulmonar și perioada alichidiană îndelungă, ceea ce a permis infectarea pe cale ascendentă a fătului în uter (Владимирова, Когут 1996; Курьшова 1991)

După cauzele mortalității neonatale în Republica Moldova se constată că prematuritatea ca cauza de deces manifestă o dinamică de creștere: 46,4% - 2001, 50% -2004 și 52% -2005. Un copil născut prematur la termenul de 33-37 săptămâni are o probabilitate de deces de 6-20 ori mai mare, pe când un copil prematur până la termenul de 32 săptămâni are o probabilitate de deces de până la 100%. Decesele neonatale în lume sunt legate direct de nașterea prematură și constituie cca 28% (Stratulat, Țăruș 2006).

Cota parte a copiilor la termen în structura mortalității perinatale pe aa. 1989-2003 este de 51,4%, pe când prematurilor le revin 48,6%. Structura indicată diferă esențial de aceeași în țările economic dezvoltate, unde cota parte a copiilor la termen nu depășește 25%, ceea ce ne permite să constatăm o rezervă reală de diminuare a mortalității perinatale în perspectivă (Friptu, 2004). Prezicerea și prevenirea nașterii premature, precum și selectarea celei mai sigure metode de naștere sunt aspecte importante pentru reducerea numărului de nașteri premature și îmbunătățirea rezultatelor pentru mamă și copil (Dierdre J Murphy, Peter W. Fowlie, 2006).

Așadar, nașterile premature în Republica Moldova prezintă o problemă majoră. Incidența nou-născuților la prematuri este de peste 6,5 ori mai mare decât la nou-născuții la termen și variază de la 1134,2 în anul 2002 până la 1280,6 în anul 2006 pe când la nou-născuții la termen incidența variază de la 221,7 în 2002 până la 194,4 în 2006. Mortalitatea nou-născuților printre prematuri constituie 107,6% (2003) sau este de 16 ori mai mare decât mortalitatea perinatală printre maturi (6,7%).

Este necesar ca problema dată să fie supusă unui studiu științifico-practic aprofundat pentru care propunem ca toate femeile de vârstă reproductivă cu pierderi de sarcină în anamneză, să fie examinate în afara sarcinii, pentru determinarea cauzelor patologiei perinatale și pregătirii cuplurilor către viitoarea sarcină.

Bibliografie

1. Berceanu Sabina, Geogescu Brăilă Mihai. Obstetrica. Craiova, România. - 1998. - Vol.II. - P.80-143.
2. Dierdre J. Murphy, Peter W. Fowlie. ABC - nașterii premature. Problemele obstetricale în nașterea prematură. Buletin de perinatologie, 2006. №1. -P.72
3. Friptu V., Gaidău E., Roșca P. Pierderile reproductive în Republica Moldova. Buletin de perinatologie -2004. №2-3. -P.28-29.
4. Liggins G. Parturition: The beginning and the end. XXII-th British Congress of Obstetrics and Gynaecology, Edinburg, 8-11 Juli, 1980.
5. Munteanu I. Tratat de obstetrică. Editura Academiei Române. București, 2000.
6. Serbenco A., Moșin V., Stratulat P. Nașterea prematură //Indicații metodice. -Chișinău. - 2001. -53 p.
7. Stratulat P., Țăruș Maria, Curteanu Ala, Carauș Tatiana. Strategiile reducerii morbidității și mortalității perinatale și neonatale. Înțelegerea determinantelor sănătății perinatale.Ghidul B Național de Perinatologie.-Chișinău, -2006.-P.9.

8. Vesternicianu Viorica. Particularitățile sănătății reproducerii la femeile născute prematur. Buletin de perinatologie. –Chișinău, 2004- №2-3. -P.90.
9. Абрамченко В.В. Активное ведение родов. -Санкт-Петербург, 1997. -С. 496-498.
10. Владимирова Н.Ю., Когут Е.П. Исходы беременности и родов у женщин, страдающих привычным невынашиванием //Российский весник перинатологии и педиатрии. -1996.- №1. -С.21-24.
11. Голота В.Я. Антенатальная охрана плода при преждевременных родах //ПАГ. - 1990. -№3. С.46-48.
12. Дуда И.В., Вавилова Л.В. Современная тактика ведения преждевременных родов //Здравоохранение Беларуси. -1994. -№2. С.50-53.
13. Кулаков В.И., Мурашко Л. Е. Преждевременные роды. Москва, 2002. -С. 6-7.
14. Кулаков В.И., Серов В.Н., Сидельникова В.М. Преждевременные роды – тактика ведения с учетом сроков гестации. Журналь Акушерства и женскихъ бользней. Санкт-Петербург, 2002. -С.13-17.
15. Курьшова К.А., Красенков В.Л. и др. Перинатальная смертность при преждевременных родах и пути ее снижения //Здравоохранение Российской Федерации. -1991. -№1. -С.11-13.
16. Сидельникова В.М., Невынашивание беременности – современный взгляд на проблему. Акушерство и гинекология. Москва, -2007.- №5. С.26.

TUBERCULOZA LA COPII

Valentina Vilc

Catedra Pneumoftiziologie USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Tuberculosis in children

Tuberculosis is one of the major infections affecting children worldwide. It causes significant morbidity and mortality, especially in infants and young children. Diagnosis of tuberculosis in children is difficult and poses problems that are not present in adults. Children with tuberculosis respond well to and tolerate the same basic treatment regimens as used for adults. The best method to prevent cases of pediatric tuberculosis is to find, diagnose, and treat cases of active tuberculosis among adults. With BCG vaccination in neonatal period (even in infancy) can undoubtedly reduce serious forms of tuberculosis.

Key - words: tuberculosis, children.

Резюме

Туберкулез у детей

Туберкулез является одной из самых распространенных инфекций, затрагивающих детей во всем мире. Это вызывает значительную заболеваемость и смертность, особенно у новорожденных и детей раннего возраста. Диагностика туберкулеза у детей затруднительна и порождает проблемы, которые не возникают у взрослых. Дети с диагностированным туберкулезом хорошо переносят те же схемы лечения, что используются у взрослых. Наилучший способ предотвращения случаев туберкулеза у детей заключается в том, чтобы выявлять, диагностировать и лечить случаи активного туберкулеза среди взрослого населения. Вакцинация ВСГ в неонатальный период (даже в младенчестве), несомненно, может привести к снижению очень тяжелых форм туберкулеза.