

Bibliografie

1. The American Board of Family Medicine, I. Definitions & Policies. [cited; Available from: <https://www.theabfm.org/about/policy.aspx>.
2. Physicians, A.A.o.F. Family Medicine, Scope and Philosophical Statement. 2012 [cited; Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/f/scopephil.html>.
3. Congresul I al Medicilor de Familie din Republica Moldova "Medicina de Familie - veriga primordială a reformării sistemului de sănătate", 14.09.2000.
4. Haq WV Cynthia, Hunt Vincent, Mull Dennis, et al. Family practice development around the world. *Family Practice*. 1996;13(4).
5. Enachescu V, Pirvulescu VN, Florea L, ș. a. Medicina de Familie, curs universitar. Craiova: E.M. Universitara. 2006;231.
6. Leck AL. What is a good GP? *British Medical Journal*. 1987;351-2.
7. Restian A. Bazele Medicinii de Familie. Bucuresti: Editura Medicală, 2001;536.
8. Practice. E.E.A.o.T.i.G. GP core competencies. 2012 [cited; Available from: http://gpcurriculum.co.uk/international/european_definition_gp.htm.
9. Larochelle R. Force de première ligne. Au fil des événements. 2006.
10. Kahn NB. The Future of Family Medicine: A Collaborative Project of the Family Medicine Community. *Annals of Family Medicine*. 2004;2.

Eficiența utilizării carnetului medical perinatal în serviciul de asistență perinatală

L. Bologan, *I. Bologan, V. Loghin, T. Roabeș, E. Mecineanu

Department of Obstetrics and Gynecology
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
20, Melestiu Street, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +373079665662. E-mail: ionbologan@mail.ru

Manuscript received March, 2012; revised April 30, 2012

The impact of using the medical perinatal card in perinatal care service

The Republic of Moldova's goal is to reduce the maternal and perinatal morbidity and mortality by improving the quality of care and by increasing accessibility to qualitative health care by the general population. The government of Moldova and the Ministry of Health has shown the responsibility of improving maternal and child health, as well as assuring pregnancy and birth without risk through implementation of new technological costs to be effective. Ministry of Health Order No 139 of May 28, 2002 "On the approval of medical records in primary evidence health care institutions" and implementing Form 113/e "Medical Perinatal Card" is one of the most important moments for reaching success. The Medical Perinatal Card is one of the basic sources of information about perinatology services in Moldova, which is an obligatory standard for antenatal care. After an analysis of 200 Perinatal Medical Cards (this is one of the important mechanisms for making a decision of treatment during pregnancy, birth, and the period of confinement) of four main components: perinatal counseling service, obligatory and optional programs of investigation, and gravidogram compartment and collecting data of birth, newborn, breast feeding, postnatal period to assess the quality of evidence for medical documentation, showed that the degree of completion of perinatal medical notebook does not fulfill the National Perinatal Guidelines and requires improved implementation of Medical Perinatal Card as an obligatory standard for antenatal care; the more active implication and increase responsibility of medical workers towards evidence of medical documentation.

Key words: pregnancy, medical perinatal card, medical documentation.

Эффективность применения перинатальных медицинских карт в деятельности перинатологических служб

Республика Молдова стремится к сокращению материнской и перинатальной заболеваемости и смертности путем улучшения качества и увеличения доступности к качественному медицинскому обслуживанию населения. Правительство Республики Молдовы и Министерство Здравоохранения продемонстрировали свою приверженность к улучшению здоровья матери и ребенка путем внедрения в медицинскую практику новых рентабельно-эффективных технологий. Приказом Министерства Здравоохранения № 139 от 28 мая 2002 г. «Об утверждении форм первичного медицинского учета в здравоохранительных учреждениях» является одним из ключевых моментов успеха. Медицинская перинатальная карта является одним из основных источников информации в деятельности перинатологических служб в Республике, обязательным стандартом для дородового наблюдения. Во время исследования, после анализа 200 медицинских перинатальных карт (это один из ключевых механизмов принятия решений при ведении беременности, родов и в послеродовом периоде), для оценки качества ведения медицинской документации по четырем основным компонентам: перинатальное консультирование, программа обследования и эволюция беременности, представленная графически – gravidограммой, роды и послеродовый уход, было установлено, что степень заполнения медицинских перинатальных карт не соответствует рекомендациям национальных перинатальных гидов. К сожалению, на сегодня можем констатировать, что предложенная для внедрения данная технология не нашла должного места и мы должны усилить реализацию данной рентабельно-эффективной технологии путем повышения ответственности медицинских работников за заполнение медицинской документации при ведении беременных.

Ключевые слова: беременность, перинатальная медицинская карта, медицинская документация.

Actualitatea temei

“Grija față de sănătatea populației reprezintă un obiectiv de o importanță primordială în politica oricărui stat, deoarece sănătatea constituie valoarea cea mai de preț și o componentă indispensabilă a dezvoltării și prosperării sociale.”

HG nr. 886, din 6 august 2007. Politica Națională de Stat

Ținând cont de particularitățile serviciului perinatologic din Republica Moldova, pentru a determina în ce măsură asistența medicală pentru gravide corespunde recomandărilor și cerințelor existente, evaluarea rezultatelor s-a estimat prin analiza calității completării documentației medicale pentru evidența gravidelor.

Înregistrarea și transmiterea informației în serviciul perinatologic se efectuează prin utilizarea formularelor de evidență medicală primară, care au fost aprobate prin ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 28 mai 2002 “*Cu privire la aprobarea formularelor de evidență medicală primară din instituțiile medicale*” și anume **Formularul 113/e “Carnet medical perinatal”**.

Carnetul medical perinatal a avut drept scop formarea concepției unice despre funcționarea sistemului serviciilor perinatale, standardizarea definițiilor și conduita în perioada de până la sarcină, în timpul sarcinii, nașterii, post-partum și determinarea priorităților în îngrijirea perinatală în cadrul asistenței medicale primare.

Formularul medical 113/e Carnetul medical perinatal, este una din sursele de bază pentru formarea fluxurilor informaționale ale serviciului perinatologic și analiza datelor despre perioada perinatală în procesul de prestare a serviciilor medicale gravidelor, stipulându-se și organizațiile responsabile de evaluarea informației și luarea deciziilor manageriale. În Fișa personală a gravidei și lăuzei, Formularul medical 111/e informația se dublează în decursul perioadei de tranziție la medicina de familie [4].

Îngrijirea din perioada antepartum trebuie să conțină un program bine structurat de observație, intervenție, susținere și educație. Cheia succesului pentru îngrijirea adecvată în perioada antepartum este agenda medicală perinatală bine structurată, unde se va înregistra orice informație referitor la starea gravidei și care are rolul unui mecanism de înregistrare și memorizare, având menirea de a asigura o continuitate între instituțiile medicale primare și maternitate.

Ținând cont de unul din obiectivele generale ale Politicii Naționale de Sănătate (**HG nr. 886, din 6 august 2007**) și anume: sporirea responsabilității individului pentru propria sănătate; a Obiectivului specific: asigurarea unui mod sănătos de viață carnetul medical perinatal este un formular de evidență a gravidelor, care corespunde cerințelor obiectivelor trasate. Există dovezi care confirmă faptul, că încredințarea Carnetului medical perinatal gravidei ameliorează procesul de comunicare și gradul de încredere, femeile sunt mai informate și responsabile de propria sănătate [3] și sănătatea copiilor lor.

Carnetul medical perinatal se distribuie gratuit gravidelor la prima vizită și se completează de către lucrătorii medicali, care supraveghează gravida pe parcursul sarcinii.

Carnetul medical perinatal se păstrează la gravidă și este completat la fiecare consultație medicală. În fișă se înscrie informația despre gravidă, date anamnezice, date despre mamă și tată, despre starea sănătății femeii în timpul adresării la medic, programul de examinare a gravidei, date despre evoluția sarcinii, rezultate ge-

nerale, investigații instrumentale și de laborator, se completează gravidograma ș.a. [8, 9].

Scopul studiului constă în determinarea nivelului de completare a carnetului medical perinatal ca sursă de bază pentru formarea fluxurilor informaționale ale serviciului perinatologic, de evaluare a informației și luare a deciziilor manageriale vizând prestarea unor servicii medicale de calitate gravidelor.

Material și metode

În cadrul studiilor au fost selectate aleator 200 de exemplare ale documentației medicale: Formularul medical 113/e, Carnetul medical perinatal al femeilor însărcinate, termenul de gestație 37-40 de săptămâni, anul 2011, din municipiul Chișinău; Republica Moldova, internate în IMSP SCM nr. 1.

A fost analizat gradul completării carnetului medical perinatal. Estimarea datelor din documentația medicală respectivă s-a înfăptuit cu ajutorul chestionarului structurat, conținutul căruia a permis realizarea analizei complete și multifactoriale a rezultatelor finale. Datele sunt prezentate în diagrame și tabele.

Rezultate și discuții

Modernizarea și optimizarea activității serviciului perinatologic sunt inerent legate de îmbunătățirea activității instituțiilor medico-sanitare publice din asistența medicală primară și cea specializată. Interacțiunea eficientă a acestor elemente de bază ale serviciului perinatologic este o condiție indispensabilă pentru atingerea efectului maxim al reformelor din domeniul perinatologiei, trasat de către Programul Național de Perinatologie din Republica Moldova.

Carnetul medical perinatal reprezintă un mecanism de înregistrare a informației privind perioada supravegherii antenatale și a nașterilor. În baza datelor introduse are loc colectarea, evaluarea și sinteza informației, cu diferită periodicitate, menită să informeze cadrele medicale despre starea de lucruri, care ar avea ca scop focusarea asupra problemelor-cheie, găsirea soluțiilor concrete și specifice pentru problemele evidențiate.

În cadrul studiului s-au constatat următoarele:

Subcompartimentul Consilierea gravidelor. “Consilierea este o discuție între două persoane (consilierul/pacientul), în cadrul căreia consilierul ajută clientul/pacientul să-și exploreze și să-și înțeleagă problemele sale în situația concretă, făcând o alegere informată. Consilierea nu înseamnă a-i spune celui alt ce să facă, pentru că a da sfaturi anulează decizia liberă.” [5]. Consilierul furnizează informația, o propune într-o formă clară și accesibilă pentru client/pacient/gravidă în cazul nostru, iar decizia o ia gravida. Oferirea gravidei posibilității de a alege și a lua de sine-stătător, dar informat, deciziile referitor la conduita sarcinii. În cadrul îngrijirilor antenatale femeii gravide trebuie să-i fie oferită consilierea, bazată pe dovezi și suport, care ar face-o să ia decizii informate referitor la îngrijirea sa. Informația pusă la dispoziția femeii gravide trebuie să includă detalii despre unde, când, și cine îi va oferi îngrijiri [6].

Astfel, aceste măsuri asigură o naștere în condiții sigure și, în caz de apariție a unei situații de urgență, volumul intervenției medicale și calitatea acesteia să fie acordate la nivel, conform valorilor și principiilor îngrijirii perinatale [3]. Din aceste motive, trebuie oferit gravidei astfel de date: numărul de telefon și adresa instituției medico-sanitare publice, precum și a persoanei de contact, la care ar putea să apeleze în caz de urgență medicală (semnele de urgență

medicală pe parcursul sarcinii sunt discutate de către lucrătorii medicali și gravidă la înmânarea carnetului medical perinatal și incluse în acesta). Discuția cu gravida, reflectarea în modul cel mai minuțios a maladiilor cronice, congenitale existente la femeie, tatăl copilului și rudele apropiate (frați, surori, bunici ș.a) și completarea rubricii "Planul de naștere" este crucială în luarea deciziilor vizavi de conduita sarcinii. Aceste date se culeg și sunt înregistrate în rubrica corespunzătoare, putând fi modificate la necesitate, cu apariția unor factori de risc neidentificați la început.

În cadrul studiului, subcompartimentul *Consilierea gravidelor* a fost îndeplinit în medie de 30%. Cele mai complete date au fost înregistrate la rubrica *Date personale despre mamă și tată* – 74%, *Gestații și nașteri anterioare* – 50%, *Antecedente de familie* – 28%, incomplet sau lipsă de informație la rubrica *Adresa și telefonul perosanei de contact* – 16% și *Consilierea gravidei* – 18%. Rubrica *Planul de naștere* era completat doar în 4% cazuri.

Componentele asistenței medicale, oferite unei gravide, constituie un indicator pentru evaluarea calității serviciilor antenatale. O sarcină și o naștere cu un final fericit pot avea loc, dacă femeia gravidă va efectua prima vizită la medicul de familie în primul trimestru al sarcinii (până la 12 săptămâni) și, ulterior, va respecta numărul de vizite antenatale recomandate.

În cadrul studiului, dinamica înregistrării indicatorului de luare precoce în evidență, este de 86% cazuri, cu toate acestea 10% dintre femei au fost luate în evidență la termenul de 12-22 de săptămâni de sarcină și 4% - la termenul > 22 de săptămâni de gestație.

"Femeile trebuie să facă cel puțin 6 vizite la medic, sau mai multe, conform recomandărilor medicului sau dacă au unele probleme sau întrebări" [3].

Menționăm, că OMS recomandă minimum 4 vizite de asistență antenatală pentru o sarcină cu evoluție fiziologică.

În tabelul 1 este prezentată informația cu privire la numărul de vizite antenatale, efectuate de către gravide. Circa 86 la sută au efectuat 4 vizite și mai mult, iar 16 la sută, respectiv, 2-3 vizite și 3-4 vizite (tab. 1).

Tabelul 1

Distribuția procentuală a gravidelor conform numărului de vizite efectuate în cadrul asistenței antenatale

Numărul vizitelor de asistență antenatală	Valoarea procentuală %
1	-
2-3	16
4-5	16
> 6	68

Subcompartimentul Programul de investigare

Programul de investigare include examinările obligatorii și suplimentare. Examenele și investigațiile sunt menite să depisteze precoce unele stări patologice și complicații în sarcină. Este important ca medicul de familie să o consilieze pe gravidă înainte și după investigațiile efectuate.

În cadrul studiului, evaluarea prezenței și calității inscripțiilor în formularele analizate la rubrica „examinările obligatorii” în cadrul primului examen medical a evidențiat o medie de 93,2% cazuri.

Adaosul în greutate se apreciază prin cântărire, comparativ cu masa corpului la prima vizită sau înainte de graviditate în funcție

de termenul de gestație la începutul supravegherii antenatale [7].

Înregistrarea greutății la prima vizită, în cadrul studiului, a fost apreciată în 94% cazuri, înregistrare joasă a ponderii este semnalată la vizita a IV-a.

Talia gravidei este apreciată la prima vizită. Indicii acestei investigații ne permit să judecăm indirect despre dimensiunile bazinului. O hipostatură < 150 cm sau talie înaltă > 180 cm. Adesea indică un bazin anatomic strâmtat. În cadrul studiului efectuat, talia femeii a fost apreciată și notată la prima vizită în 94% cazuri.

Pelvimetria este examenul de rutină la prima vizită. În cazurile când dimensiunile bazinului diferă de cele normale se recomandă consultația medicului obstetrician-ginecolog pentru aprecierea formei și gradului de deformării bazinului, precum și a tacticii medicale în perspectivă.

Pelvimentria a fost notată în 82% cazuri, iar în 18% cazuri datele lipseau din carnetele medicale perinatale.

Tensiunea arterială este determinată la fiecare vizită și înregistrată în protocoalele vizitelor și pe gravidogramă. Tulburările hipertensive în sarcină pot duce la complicații severe cum ar fi preeclampsia și eclampsia.

Tensiunea arterială s-a înregistrat, în medie în 73% cazuri, cu o variație de la 94% la prima vizită și 64% la cea de-a V-a vizită la medicul de familie. Se constată o diferență semnificativă, ceea ce vorbește despre o completare insuficientă pentru această procedură, reieșind din complicațiile severe ce pot interveni în urma lipsei de supraveghere a TA la gravide.

Principalele investigații de laborator obligatorii sunt: analiza generală a sângelui și a urinei. Nivelul hemoglobinei și al eritrocitelor este relevant pentru depistarea anemiei la gravidă. Analiza generală a urinei permite depistarea afecțiunilor tractului urinar. Determinarea proteinei, glucozei în urină este o metodă eficientă de diagnostic a preeclamsiei/eclamsiei și, respectiv, a diabetului în sarcină.

Analiza generală a sângelui și analiza generală a urinei au fost notate în carnetul medical perinatal în 94% cazuri.

Testul Hbs Ag se efectuează la gravidele nevaccinate. Nou-născutul se poate infecta cu virusul hepatitei B în timpul nașterii sau în perioada postnatală. În cadrul studiului, datele testului Hbs Ag au fost notate în forma 113/e în 56% cazuri, la prima vizită.

Infecțiile cu transmitere sexuală, inclusiv sifilisul, gonoreea pot cauza complicații grave în sarcină (avort spontan, naștere prematură, embriofetopatii, deces antenatal, sifilis congenital ș.a.). Reacția Wasserman a fost înregistrată în forma 113/e în 92% cazuri, la termenul de 30 de săptămâni și, respectiv, 58% cazuri, al doilea rezultat.

Determinarea precoce a prezenței virusului HIV la gravide și administrarea corectă a tratamentului antiretroviral în scopul profilaxiei transmiterii pe verticală a infecției HIV de la mamă la făt, poate reduce infectarea nou-născutului la 8% cazuri [3], respectarea celorlalte cerințe conform protocolului de îngrijiri al gravidelor HIV infectate reduc infectarea nou-născutului până la 2%. În carnetele medicale perinatale, supuse evaluării, rezultatul primei testări cu HIV era în 90% cazuri, date despre testarea a doua - în 56% cazuri.

Subcompartimentul Datele examenului ecografic. Scopul examinării ecografice pe parcursul sarcinii este concretizarea termenului de gestație, a sarcinii multiple și excluderea anembrioniei, molei hidatiforme, marcherilor ecografici ai patologiei cromozomiale, viciilor congenitale grave, stabilirea localizării placentei,

dimensiunilor fătului ș.a. Utilizând examenul ecografic, medicul de familie dispune de o informație amplă asupra stării fătului și a mamei. Termenul de 18-21 de săptămâni de gestație este termenul cel mai optim de depistare ecografică a unor probleme ce țin de patologia congenitală și, în acest termen, se poate de întrerupt sarcina la indicații medicale. Conform documentației analizate în 42% cazuri, a fost înregistrat rezultatul examenului ecografic la termenul 18-21 de săptămâni [7]. Protocoalele examenului ecografic au fost completate la un nivel satisfăcător în 18% cazuri, înregistrarea a cel puțin unui examen ecografic în 2% cazuri.

Grupa de sânge și Rh factorul au fost înregistrate în 86% cazuri. 24% din carnetele medicale perinatale nu conțineau informația despre grupa de sânge și Rh factorul gravidei.

În Republica Moldova, conform statisticii, aproximativ 40% de gravide sunt anemice. Numai la 81% cazuri, în carnetele medicale perinatale, au fost înregistrate datele referitor la administrarea preparatelor de fier cu scop de profilaxie a anemiei. În 66% de carnetele medicale perinatale examinate, au fost prezente date despre administrarea profilactică a acidului folic.

Subcompartimentul Gravidograma. Gravidograma este prezentarea grafică a creșterii intrauterine a fătului și evoluției sarcinii. Ea cuprinde 3 componente: I. dinamica bățăilor cordului fetal (BCF) și a tensiunii arteriale (TA); II. evoluția sarcinii în conformitate cu înălțimea fundului uterin; III. dinamica adaosului ponderal pe parcursul sarcinii. Tabelul 2 permite aprecierea gradului de completare a subcompartimentului gravidograma.

Tabelul 2

Volumul îndeplinirii gravidogramei în carnetul medical perinatal

Gravidograma	Distribuția completării gravidogramei în carnetul medical perinatal	
	Valoare absolută	Valoare procentuală (%)
Completat satisfăcător	64	32
Completat parțial	68	34
Necompletat	68	34

Analiza fiecărei componente aparte a gravidogramei este prezentată în tabelul 3.

Tabelul 3

Repartizarea datelor în funcție de componentele gravidogramei

Gravidograma			
Componentele gravidogramei	Numărul vizitelor	Repartizarea datelor în funcție de componentele gravidogramei	
		Valoare absolută	Valoare procentuală (%)
Dinamica TA și BCF	La fiecare vizită	92	46
	Pentru unele vizite	40	20
	Nu sunt date	68	34
Evoluția sarcinii în conformitate cu înălțimea fundului uterin	La fiecare vizită	92	46
	Pentru unele vizite	40	20
	Nu sunt date	68	34

Dinamica adaosului ponderal pe parcursul sarcinii	La fiecare vizită	72	36
	Pentru unele vizite	52	26
	Nu sunt date	76	38

Subcompartimentul Completarea datelor despre naștere, perioada postnatală, examinarea nou-născutului la naștere, alimentația la sân. Din cele 200 de carnetele medicale perinatale analizate, 102 femei se prezentau la prima naștere și 98 de femei - la a doua naștere. Volumul de îndeplinire a componentelor privind nașterea, perioada postnatală, examinarea nou-născutului la naștere, alimentația la sân este prezentată în tabelul 4.

Tabelul 4

Volumul de îndeplinire a componentelor privind nașterea, perioada postnatală, examinarea nou-născutului la naștere, alimentația la sân

Caracteristicile de bază	Distribuția procentuală a gradului de completare a componentelor privind nașterea, perioada postnatală, examinarea nou-născutului la naștere, alimentația la sân (%)			
	Nașterea	Examinarea nou-născutului la naștere	Alimentația la sân	Examenul medical postnatal
Completat satisfăcător	86	83	35	45
Completat parțial	9	4	21	34
Necompletat	5	11	42	19

Concluzii

1. Gradul de completare a carnetului medical perinatal nu este adecvat cerințelor determinate de Ghidurile Naționale de Perinatologie. Subcompartimentul Consilierea gravidei a fost îndeplinit în medie de 30%. Cele mai complete date au fost înregistrate la rubrica Date personale despre mamă și tată - 74%, Gestații și nașteri anterioare - 50%, Antecedente de familie - 28%, incomplet sau lipsă de informație la rubrica Adresa și telefonul persoanei de contact - 16% și Consilierea gravidei - 18%. Rubrica Planul de naștere completat doar în 4% cazuri; luarea precoce în evidență constituie 86%; tensiunea arterială s-a înregistrat în mediu în 73% cazuri, cu o variație de la 94% cazuri la prima vizită, la 64% cazuri la cea de-a V vizită la medicul de familie; în 42% cazuri a fost înregistrat examenul ecografic la termenul de gestație 18-21 de săptămâni; în doar 81% cazuri este înregistrată administrarea în sarcină cu scop profilactic a preparatelor de fier și în doar 66% cazuri a acidului folic; toate componentele gravidogramei au fost completate în 32% cazuri. Dinamica TA și a BCF au fost completate pentru fiecare vizită în 46% cazuri, nu există date în 34% din gravidogramele evaluate. Evoluția sarcinii în conformitate cu înălțimea fundului uterin la fiecare vizită este înregistrată în 46% de gravidograme, în 34% nu sunt înregistrările respective. Dinamica adaosului ponderal pe parcursul sarcinii este înregistrată în 36%, nu sunt înregistrările respective în 38% cazuri.

2. Nivelul de transmitere a informației din instituțiile medicale primare spre maternități și invers, nu este adecvat și nu corespunde cerințelor determinate de Ghidurile Naționale de Perinatologie.

3. Carnetul medical perinatal, timp de zece ani de la aprobarea acestuia (formularul 113/e, ordinul MS nr. 139 din 28 mai 2002 „Cu privire la aprobarea Formulelor de evidență medicală primară în instituțiile medicale”), nu a devenit un standard obligatoriu

pentru îngrijirile antenatale și nu asigură o continuitate dintre sectorul AMP și maternitate în vederea supravegherii sarcinii și rezultatul acesteia.

4. În conformitate cu scopurile și principiile unei bune asistențe antenatale asigurate de medicul de familie, este necesară implicarea mai activă și creșterea responsabilității lucrătorilor medicali față de evidența documentației medicale.

Bibliografie

1. HG nr. 886, din 6 august 2007 Politică Națională de Sănătate, Ordinul Ministerului Sănătății nr.139 din 28 mai 2002 "Cu privire la aprobarea formulelor de evidență medicală primară din instituțiile medicale", Formularul 113/e Carnetul medical perinatal.
2. Stratulat P, Friptu V, Bivol Gr, ș.a. Principii de organizare și acordare a asistenței Perinatale destinate medicilor de familie, lucrătorilor medicali medii, specialiștilor din diverse domenii. Ghid Național de Perinatologie. Ed. a II. Chișinău, 2006.
3. Stratulat P, Moșin V, Bologan I, ș. a. Pregătirea psiho-emoțională a gravidei și membrilor familiei ei pentru cadrele medicale care se ocupă cu instruirea pre- și postnatală. Compendiu, IMSP ICȘDOSMȘiC, Direcția elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare din R. Moldova (DDC). Chișinău: Tipografia Centrală, 2006.
4. Stratulat P, Ețco L, Roșca P, ș. a. Modulul Asistență antenatală, IMSP ICȘDOSMȘiC, Direcția Elvețiană pentru Dezvoltare și Cooperare din R. Moldova (DDC). Chișinău: Tipografia Centrală, 2004.
5. Stratulat P, Bivol Gr, Friptu V, ș.a. Ghid practic în asistența antenatală pentru medicii de familie. Chișinău, 2006.
6. Supliment al Ghidului C Național de Perinatologie Protocoale de îngrijire și tratament în obsterică și neonatologie destinat medicilor obstetricieni, neonatologi și medicilor de familie. Vol. 2. Chișinău, 2007.
7. Фролова ОГ. Организация деятельности перинатальных центров. *Акушерство и гинекология*. 2005;6.
8. Tucker J. Organization and delivery of perinatal services. *British Medical Journal*. 2004;329:7512.

Pneumonile comunitare în practica medicului de familie

V. Botnaru, D. Rusu, *V. Brocovschi, C. Toma, A. Gavriliuc

Department of Internal Medicine, Pneumology/Alergology Clinic
Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
165, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: +37322 899044. E-mail: dvictorya@mail.ru
Manuscript received March 02 2012; revised April 30 2012

Community-acquired pneumonia in a practice of general practitioner

Community-acquired pneumonia (CAP) remains a serious illness with a significant impact not only on individual patients but also on society as a whole. In spite of the presence of several potent antimicrobial agents, pneumonia still contributes significantly to mortality in western countries, being numerically the most important infection. The assessment of severity plays a crucial role in the management of patients with CAP. This is true for the evaluation of the patient, the triaging decision about hospitalization and, as a consequence, selection of initial antimicrobial treatment.

Key words: community-acquired pneumonia, management of patients, outpatients with pneumonia, severity scores.

Внебольничная пневмония в практике семейного врача

Несмотря на постоянное совершенствование методов диагностики и лечения, внебольничная пневмония (ВП) по-прежнему остаётся ведущей причиной заболеваемости и смертности от инфекционных болезней в развитых странах. Наиболее значимым в процессе ведения амбулаторных пациентов с ВП является оценка критериев тяжести пневмонии и своевременное принятие решения о госпитализации больных, от которого зависит как течение заболевания, так и смертность от ВП.

Ключевые слова: внебольничная пневмония, ведение амбулаторных больных, критерии тяжести внебольничной пневмонии.

Introducere

Infecțiile respiratorii joase ocupă un loc important în structura morbidității populației în toată lumea, fiind și la ora actuală o cauză importantă de mortalitate prin boli infecțioase. Pneumonia comunitară (PC) la persoanele adulte ocupă un loc de frunte printre infecțiile respiratorii. Anual în țările dezvoltate (Marea Britanie, Franța, Italia, Germania, Spania) numărul de îmbolnăviri depășește 3 mln, în SUA se înregistrează 5-6 mln cazuri, iar în Federația Rusă 1,5 mln anual [1, 2, 3].

În Republica Moldova incidența pneumoniilor comunitare la adulți constituie 46,7 la 10 mii locuitori în anul 2010, în creștere față de 2007 (45,1 la 10 mii locuitori) [4].

PC rămâne o problemă majoră de sănătate publică, reprezentând a 5-a cauză de deces în Anglia și a 7-a în SUA [5], iar costurile pentru îngrijire constituie 8,4-10 miliarde de dolari anual! [6]. Mortalitatea prin PC constituie 1-9%, dar crește până la 50% în cazurile ce necesită terapie intensivă (10 % din cazurile internate în staționar) [7].

La pacienții tratați ambulator, mortalitatea prin PC, de regulă, nu depășește 1%, pe când la pacienții spitalizați crește la 5-12%, dar la pacienții care necesită secția de terapie intensivă crește până la 20-30% [8]. Importanța socială și economică a pneumoniilor comunitare este condiționată de pierderea temporară a capacității de muncă cât și de mortalitatea prin pneumonii.