

Particularitățile serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului

*A. Ferdohleab, C. Ețco

Regional Health Development Center for Human Resources, National Center of Management in Health
 3, Cosmescu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Department of Economy, Management and Psychopedagogy in Medicine
 Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University
 194 B, Stefan cel Mare Avenue, Chisinau, Republic of Moldova

*Corresponding author: tel +37379402597. E-mail: aferdohleb@mednet.md

Manuscript received March 24, 2012; revised April 30, 2012

Particularities of primary medical services regarding children's supervision and development

The analysis of the particularities of the management of the primary health care (PHC) in the field of the supervision of child's development raises much interest from the international experts (WB, UNICEF, WHO), and fellow workers from the Ministry of Health. The management of PHC services that are provided to families with children is not always widely applied. This work gives the possibility to highlight through SWOT analysis method the PHC, applying the step-by-step implementation of Integrated Management of Childhood Illnesses (IMCI) at program in the PHC service, through the description of the standards of medical supervision of the early age children, as managerial measures of strengthening it in republic.

Key words: medical workers, physicians, children under 5-years, the providers of service.

Особенности первичной медицинской помощи в мониторинге и развитии ребёнка

Анализ особенностей первичной медицинско-санитарной помощи (ПМСП) в области мониторинга развития ребёнка вызывает значительный интерес со стороны международных экспертов (Всемирный Банк, ЮНИСЕФ, ВОЗ), а также сотрудников Министерства Здравоохранения республики. Менеджмент ПМСП предоставляемая семьям с детьми не всегда был широко применён. Эта работа даёт возможность выделить в услугах ПМСП, с помощью метода - анализа SWOT, этапы реализации программы Интегрированного Ведения Болезней Детского Возраста (ИВБДВ), и также описывает стандарты наблюдения за здоровым ребёнком в раннем возрасте, укрепление мер в области его управления в республике.

Ключевые слова: медицинские работники, семейные врачи, дети.

Introducere

Medicul de familie este persoana-cheie în furnizarea și coordonarea serviciilor de supraveghere a copilului de vârstă mică, medie și în perioada de adolescență. Lucrătorii medicali din asistența medicală primară sunt persoanele-cheie în domeniul furnizării serviciilor de supraveghere și de educare a îngrijirilor copilului de vârstă mică. În așa fel, ei sunt cei care coordonează și integrează serviciile medicale prestate familiilor cu copii. Lucrătorii medicali din acest serviciu, trebuie să posede cel mai înalt nivel de competență și să corespundă nevoilor acestora.

Menționăm că medicul de familie acordă îngrijire copiilor în contextul familiei. Lucrătorii medicali trebuie să fie competenți din punct de vedere profesional, și în așa fel, să monitorizeze dezvoltarea copilului și să educe în familie deprinderile de îngrijire, corespunzător vârstei copilului.

Rețeaua IMSP a serviciului de AMP din localități constă din Centre ale Medicilor de Familie (CMF), Centre de Sănătate (CS), Oficiul Medicului de Familie (OMF), Puncte Medicale (PM). Conform Ordinului nr.111 din 17 martie 2008 al MS al RM „Cu privire la aprobarea cerințelor pentru sediile instituțiilor de AMP” CMF trebuie să fie asigurat cu: cabinete ale medicilor de familie; sală de triaj; sală de proceduri și de vaccinare; laborator; cabinet de manopere (+examen ginecologic profilactic); sală de tratament; sală de instruire; cabinet consultativ; filială a farmaciilor comunitare (fig. 1).

Caracteristicile serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copiilor în persoana medicului de familie, sunt următoarele:

a) constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces copiilor și ocupându-se de toate problemele lor de sănătate;

b) folosește eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistența medicală acordată copiilor; colaborează cu ceilalți lucrători medicali ai serviciului de AMP și asigură legătura cu ceilalți specialiști;

c) este orientat spre copil, familie și comunitate;

d) se bazează pe comunicarea directă medic de familie – copil, care duce în timp la stabilirea unei relații interumane de încredere, în care părinții devin parteneri responsabili ai medicului pentru menținerea/restabilirea sănătății propriului copil;

e) asigură continuitatea actului medical și îngrijirilor stabilite în baza nevoilor copiilor;

f) rezolvă problemele de sănătate acute și cronice ale copiilor;

g) promovează sănătatea copiilor prin intervenții adecvate/eficiente;

h) urmărește rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității.

Activitățile medicale se pot desfășura în cabinetul medicului de familie al Instituției Medico-Sanitare Publice, la domiciliul pacienților, în alte cabinete specializate (*urgențele medico-chirurgi-*

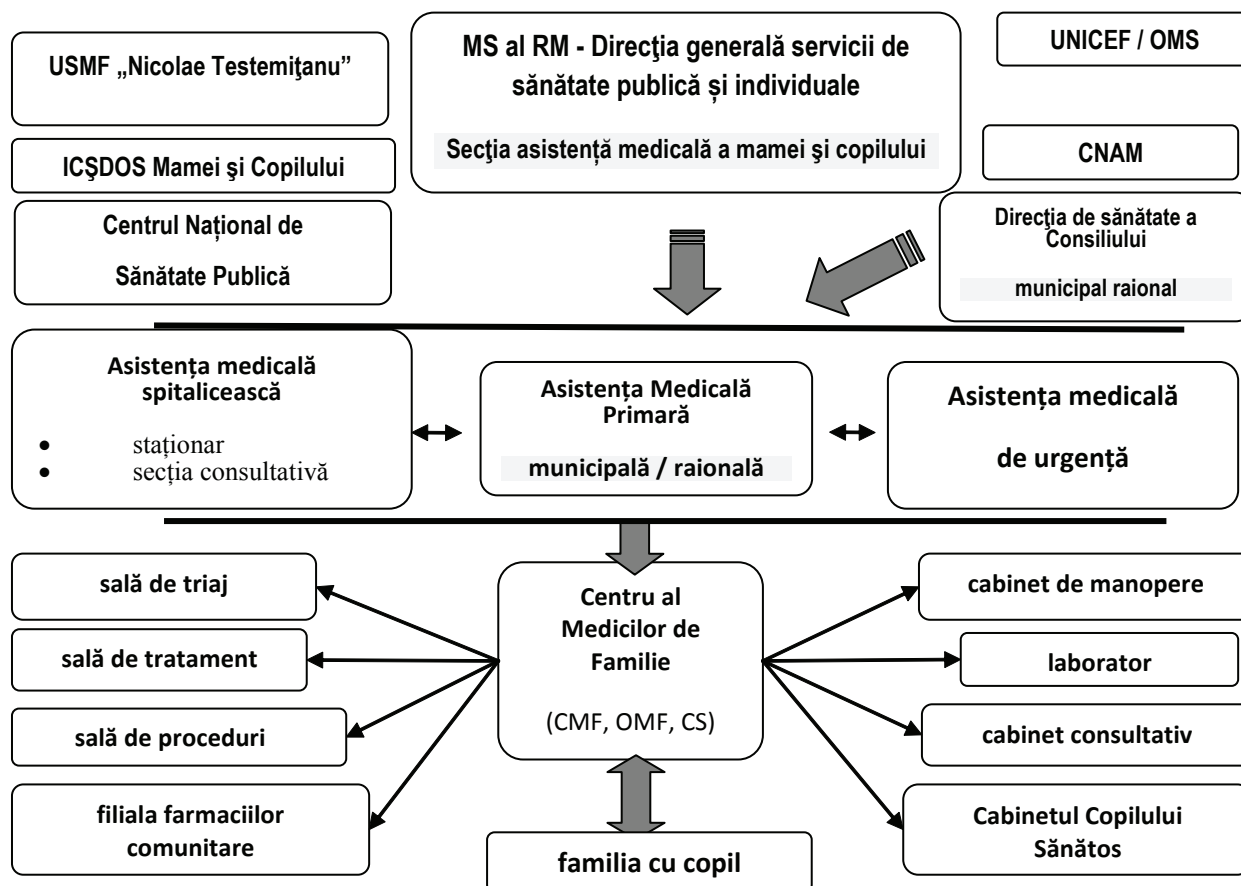


Fig. 1. Modelul organizatoric al serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului.

cale, cazurile de risc epidemiologic). În cabinetul MF pot fi oferite servicii medicale esențiale, servicii medicale extinse și servicii medicale adiționale.

Activitățile serviciului de AMP sunt influențate de factori prevăzuți și neprevăzuți; de factori interni și externi. În lucrare au fost marcați factorii externi direcți și cei indirecti de influență asupra serviciului AMP, cu scopul elaborării lucrării metodice privind furnizorii și consumatorii de pe piața serviciilor medicale. În condiții economice de piață, serviciile de sănătate tind să implementeze tehnologii performante și eficiente, să aplice metode de diagnosticare moderne și să pună în practică decizii prin consilierea părinților copilului, pentru a diminua probabilitatea influențelor negative, conform criteriilor identificate pentru aceste servicii.

Material și metode

Particularitățile serviciului asistenței medicale primare în domeniul supravegherii și dezvoltării copiilor au fost cercetate în baza unui studiu transversal descriptiv și analitic comparativ. Dintre metodele de cercetare cunoscute, au fost utilizate: (1) metoda istorică: bibliografică și studiul de caz, (2) metoda monografică, (3) analitică comparativă, (4) socială: anchetarea – interviu – focus/grup și (5) metoda experimentală. Eșantionul de cercetare a cuprins lucrătorii medicali din localitatea raională Soroca (nr. 104), Călărași (nr. 82), Basarabeasca (nr. 25) și din municipiul Chișinău, sect. ”Râșcani” (nr. 129), care au fost calculate după formule clasice statistice, și cu marjă maximă de eroare de $\pm 5\%$, la nivelul de încredere de 95%.

Discuții și rezultate

Din istoricul Republicii Moldova, până în anul 1992, sistemul de sănătate publică era de „Model Semașko”. În perioada așa-numitului „socialism dezvoltat”, până la anul 1991, pentru asigurarea sănătății mamei și copilului se foloseau metode de supraveghere activă în masă, educația pentru sănătate (școala gravidei, patronajul la domiciliu, școala tinerei mame). „Examenle profilactice” și „examenle de bilanț” erau efectuate de către pediatrii de circumscripție din policlinicile pentru copii, iar în afara de acest serviciu rămăneau aspectele sociale ale familiei copilului.

În contextul programului de acțiuni al MS din RM și concomitent cu reforma administrativ-teritorială a RM în anii 1998-2000, au fost organizate centre ale medicilor de familie în policlinicile pentru adulți, în policlinicile pentru copii și în consultațiile pentru femei. Actualmente, în republică sănătatea copiilor este monitorizată de serviciul de asistență medicală primară.

Termenul de asistență medicală primară înseamnă furnizarea serviciilor de îngrijiri de sănătate, care cuprind primul-contact, indiferent de natura problemei de sănătate, relații continue cu familia copilului, în prezența bolii sau în absența acesteia.

Fundamentarea dezvoltării pe termen mediu și lung a unui serviciu nu poate fi concepută în afara unor strategii coerente, elaborate, pornind de la potențialul și resursele existente și ținând cont de oportunitățile, dar și de amenințările care se conturează. Metoda de analiză SWOT (Strengths/Weakness/Opportunities/Threats) a serviciului de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului este concepută ca o suită de co-

mentarii concentrate asupra principalilor factori ce influențează dezvoltarea acestuia în vederea atingerii unor importante obiective strategice.

S (Puncte forte)	W (Puncte slabe)
<ul style="list-style-type: none"> Existența accesului adecvat al părinților la AMP în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului. Existența posibilității de instruire a LM din AMP la locul de muncă. Implementarea programului CIMC la nivel național, a documentației medicale (F-112/e), a „Agendei mamei”, „Ghidului pentru părinți”. Elaborarea indicatorilor de performanță – „supravegherea copilului în primul an de viață” (per serviciu). 	<ul style="list-style-type: none"> Asigurarea populației cu LM din serviciu neuniformă și în funcție de localitate. Un număr insuficient de asistente medicale de familie (în municipii) și de medici de familie (în localități raionale). Program de lucru încărcat și timp insuficient pentru instruirea familiilor. Condiții de lucru neoptime (insuficiență de spațiu). Lipsa indicatorului „supravegherea copilului în primii cinci ani de viață” (per serviciu). Lipsa indicatorului „rata familiilor cu copii în primii 5 ani de viață instruite în CMF” (per serviciu).
O (Oportunități)	T (Riscuri/Amenințări)
<ul style="list-style-type: none"> Capacități bune de formare profesională/perfecționare în USMF „Nicolae Testemițanu” (instituțiile de învățământ/de instruire post-diplomă). Disponibilitatea organismelor internaționale și existența proiectelor investiționale în serviciu (OMS, SDC, UNICEF). Numărul mare de ONG-uri active în domeniul sănătății și în domeniul social poate fi utilizat în programele de parteneriat. Creșterea numărului instituțiilor medico-sanitare private ce prestează servicii. 	<ul style="list-style-type: none"> În ultimii 10 ani – natalitatea joasă, sporul natural negativ. Atitudinea negativă și lipsa încrederii populației și mass-mediei privind serviciul de AMP atât la nivel de localitate raională, cât și în municipii. Exodul forței de muncă calificate din serviciul AMP, care duce la o îmbătrânire a lucrătorilor medicali din sistem. Nivelul de trai scăzut al populației fertile Cultura sanitară scăzută a populației.

Fig. 2. Analiza SWOT a activității serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

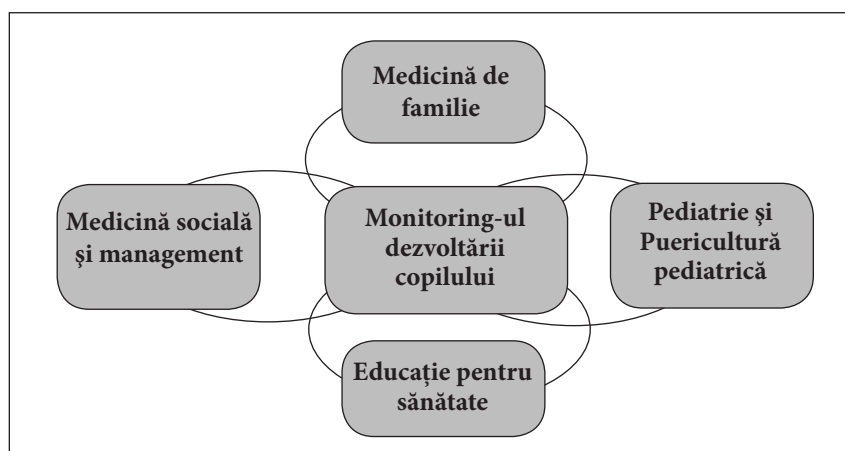


Fig. 3. Ramurile științifice cu influență asupra serviciului asistenței primare în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

Prezentată distinct, pe categorii de activitate medico-socială, acest tip de analiză ilustrează stările interne distinctive de forță sau slăbiciune în raport cu unele oportunități sau amenințări externe. Se poate preciza faptul că elementele PUNCTELOR FORTE, printr-o valorificare adecvată, se transformă în OPORTUNITĂȚI, iar unele elemente ale PUNCTELOR SLABE, prin cronicizare, devin AMENINȚĂRI. Implicațiile sociale atât ale PUNCTELOR FORTE, cât și ale PUNCTELOR SLABE elucidează semnificativ aspecte în vederea fortificării serviciului cercetat. În baza rezultatelor anchetării lucrătorilor medicali, proceselor-verbale ale ședințelor cu medicii (focus-grup – nr. 16) din serviciu, a fost realizată analiza serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului după metoda SWOT, (fig. 2).

Condițiile de trai nefavorabile, nivelul de trai scăzut, comportamentul de risc în comunitate, atitudinea negativă față de serviciul de AMP, cultura sanitară scăzută – toate au un rol important în prestarea serviciilor de asistență medicală primară în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

Obiectivele principale ale serviciului sunt: promovarea stării de sănătate și bunăstare; protejarea sănătății populației pediatrice; îmbunătățirea serviciilor de sănătate prestate în localitățile raionale; dezvoltarea abilităților profesionale ale LM; prevenirea și controlul maladiilor contagioase. Spectrul de probleme, pe care trebuie să le soluționeze MF, este cu mult mai larg decât cel ce revenea anterior medicului-pediatru, medicului-internist, obstetricianului-ginecolog de circumscripție.

Managementul serviciului de asistență medicală primară asigură supravegherea, instruirea și activitățile curative acordate copiilor în familie. Aspectele multilaterale ale serviciilor prestate părinților din momentul nașterii copilului necesită modificări continue, în funcție de schimbările din localitate, țară. În figura 3 sunt prezentate ramurile științifice care se intercalează în serviciul de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

Este deja recunoscut, pe plan internațional și național, faptul că medicii de familie sunt figuri centrale în asistența medicală primară, consilierul de sănătate al părinților cu copii de vârstă fragedă privind promovarea modului sănătos de viață. Medicul de familie trebuie să posede cunoștințe din domeniul politicii în cadrul serviciului, pentru a presta asistență copiilor și comunității în care activează. Complexitatea problemelor a impus elaborarea unor noi politici elucidate în:

1. Programul național privind Alimentația copilului.

2. Programul național Conduită Integrată a Maladiilor la Copii.
3. Programul național de imunizare a copiilor.

Până în 2009, cu strategiile și modulele programului **Conduită Integrată a Maladiilor la Copii** (CIMC) au fost familiarizați circa 60-65% din lucrătorii medicali din serviciul de AMP, pe când în Armenia, Kazahstan, Kirgizstan, Uzbekistan, Tadjikistan – circa 25-49,9% din lucrătorii medicali. Ca informație, din anul 1995, în jur de 55 de țări au început introducerea Programului CIMC în serviciul de AMP. Datorită implementării strategiilor lui mortalitatea sub vârsta de 5 ani s-a micșorat cu aproape $\frac{1}{3}$, în comparație cu anul 1970. Programul CIMC a fost inițial testat de OMS/UNICEF în șase țări cu economie în curs de dezvoltare. Implementarea Programului CIMC s-a început în 1995, când Departamentul Sănătatea și dezvoltarea copilului (SDC/OMS a adus la cunoștință liderilor țării și ai comunităților, managerilor din sistemul de sănătate „Strategiile programului” (trei componente de bază):

1. Revederea și perfecționarea cunoștințelor lucrătorilor medicali din sectorul primar în privința conduitei și supravegherii copiilor bolnavi prin acordarea „modulelor programului – CIMC”, adaptate la condițiile regionale, și propagarea întrebuințării acestora.
2. Revederea și perfectarea acordării serviciilor medicale în vederea depistării copiilor bolnavi și utilizării raționale a medicamentelor.
3. Revederea și perfectarea procesului de informare, de instruire a familiei și societății privind îngrijirea copiilor sub vârsta de 5 ani, mai cu seamă a celor bolnavi.

În baza rezultatelor cercetărilor OMS, la finele secolului XX, nivelul mortalității infantile a depășit 100‰ cazuri în mai mult de 50 de țări în curs de dezvoltare. Marea majoritate din cazurile morbidității și mortalității copiilor, în țările în curs de dezvoltare, sunt dependente de: infecțiile respiratorii acute (pneumonie) – 19%, diaree – 19%, rujeolă – 7%, malarie – 5% și malnutriție (dereglări de alimentație) – 54%. Distribuirea a 116,6 milioane de decese ale copiilor sub vârsta de 5 ani, în țările în curs de dezvoltare, fig. 4.

Trebuie de remarcat faptul că cei 23 000 de copii, care decedază în fiecare zi din cauza acestor cinci cauze, pot fi tratați. În țările în curs de dezvoltare, la șapte copii din zece cauza decesului este una dintre cele cinci probleme descrise. În aspect mondial, trei copii din patru care sunt numiți bolnavi, au cel puțin o cauză din cele cinci. La fiecare șase secunde, undeva în lume un copil sub vârsta de 5 ani decedază din cauza subnutriției (sau

peste 5 000 000 de copii anual); 800 de milioane de oameni se duc la culcare flămânzi; 50% din copiii de pe glob sunt sub greutatea normală (UNICEF, 2008).

Prognosticul bazat pe rezultatele studiului efectuat de către CDS/UNICEF indică că aceste maladii vor continua să fie principalele cauze de mortalitate infantilă și în anul 2020, în cazul în care nu se vor îndeplini obiectivele prestabilite în acest Program. Milioane de copii în timpul maladiei manifestă semne caracteristice mai multor patologii stipulate în Program.

Perioada debutului îmbolnăvirii la copil foarte des se manifestă cu semnele și simptomele, care sunt similare pentru mai multe boli. Acest fapt creează obstacole în diagnostic și luarea deciziilor de tratament al copiilor. Nucleul principal al CIMC este „*algoritmul clinic*” sau „*conduita simptomelor*” celor mai răspândite maladii, accentul fiind pus pe principalele boli ce duc la deces. Din aceste considerente sunt elaborate module din Programul CIMC, care prestează conduita în mai multe maladii la nivel de serviciu de asistență medicală primară.

Managementul integrat al programului este elaborat de experți internaționali în funcție de vârsta copilului: „de la o săptămână până la 2 luni” și „de la 2 luni până la 5 ani”. Elaborările metodice au cuprins: monitorizarea părinților în urma consultației și verificarea deprinderilor practice ale îngrijitorului din partea lucrătorului medical prin legătură inversă.

În perioada 2001-2008, au fost instruiți după program 2 320 de lucrători medicali din 32 de raioane și două municipii (circa 55% din medicii de familie și 35% asistente medicale de familie). Realizarea și implementarea strategiilor descrise asigură consolidarea serviciului de AMP în domeniul îngrijirii și dezvoltării copilului.

În perioada 2003-2004 au fost elaborate „Standardele supravegherii copilului de către medicul de familie”, în baza rezultatelor studiului din sec. Râșcani, mun. Chișinău. Astfel, a fost revăzut „Carnetul de dezvoltare a copilului” (F-112/e), aprobat de MS, Ordinul nr.314, din 01.11.2004. În anul 2004 a fost elaborat *Ghidul pentru părinți: Copilul Nostru* (anexa F-112/e) cu țelul aprofundării cunoștințelor și practicilor părinților cu copii de vârstă preșcolară. *Ghidul pentru părinți: Copilul Nostru* este recomandat pentru familiarizarea lucrătorilor medicali din serviciul de AMP.

La această etapă, unul dintre compartimente – „Consultați mama” al Programului CIMC a fost suplimentat cu modulul „Îngrijirea pentru dezvoltarea copilului”. Ca urmare, LM au fost familiarizați cu metodele de instruire și cu mesajele-cheie adresate părinților, care se realizează la nivel de familie și de comunitate.

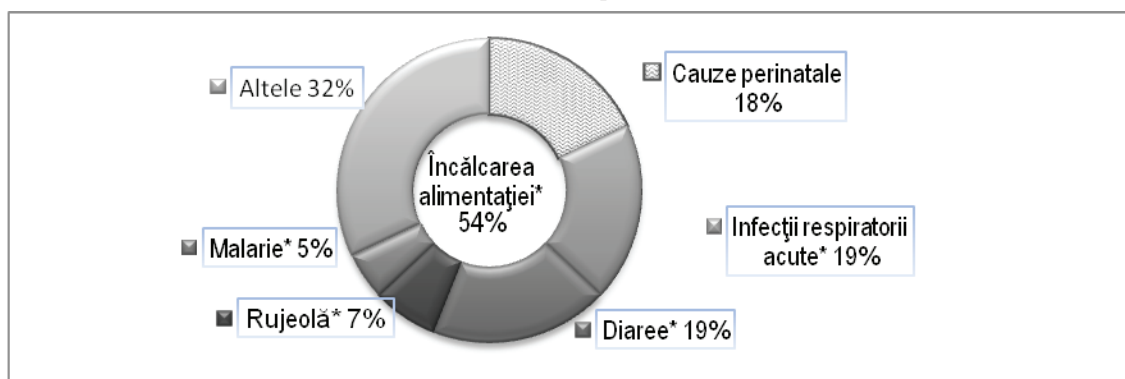


Fig. 4. Distribuția deceselor copiilor sub vârsta de 5 ani în țările în curs de dezvoltare (%).

„Standardul supravegherii copilului de către medicul de familie”, „Carnetul de dezvoltare a copilului” (F-112/e), „Ghidul pentru părinți: Copilul Nostru” reprezintă un pas major la etapa implementării Programului CIMC la nivel național.

Constatăm că în țările cu probleme demografice asemănătoare, cu indicatorul înalt al mortalității sub 5 ani, au fost realizate activități similare, cu suportul logistic al SDC/UNICEF, biroul regional. Spre exemplu, în regiunea Primorsk din Rusia a fost elaborată anexa documentației medicale «Мой малыш», приложение к Истории развития ребенка», учетная форма № 112-у, Методические рекомендации для родителей», Владивосток, 2005.

În anul 2005, în cadrul Programului CIMC a fost elaborat modulul specializat „Instruirea continuă a asistentelor medicale de familie în teoria și practica îngrijirilor pentru dezvoltarea copilului mic”. Pentru personalul medical cu studii medii a fost elaborat un set de materiale – „Instruirea continuă a asistentelor medicale în îngrijirea pentru dezvoltare”, care a cuprins informații referitor la stimularea dezvoltării psiho-sociale a copilului până la vârsta de 5 ani.

Procesul de încadrare a programului CIMC în curriculum-ul universitar al rezidenților: Pediatrie și Medicină de familie a debutat în decembrie 2001 și a fost reluat în august 2006, s-a introdus cursul integral de instruire cu un pachet de teste de evaluare al programului CIMC.

Pe parcursul anului 2010, Planul Bianual de Acțiuni 2010-2011 a reprezentat Programul „Acces Echitabil la Servicii de Calitate”, ce a inclus următoarele componente implementate, inclusiv în sectorul sănătății: (1) Programul „Educația de bază” și (2) Programul „Sănătatea copilului și adolescentului”.

În cadrul programului „Educația de bază” a fost realizată elaborarea Carnetului de Dezvoltare a Copilului (F-112/e, Anexa pentru părinți) în contextul consolidării lucrului informațional-educativ cu familia și creșterea unui copil sănătos (implementat prin intermediul Institutului de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului. De asemenea, a fost revizuit și perfectat design-ul carnetului pentru a fi mai atractiv și mai simplu de citit. Varianta finală a carnetului a fost prezentată și discutată în ședință deschisă cu reprezentanții Centrelor Medicilor de Familie municipale și raionale.

În perioada 2010-2012, în cadrul programului „Rezultatele evaluării progresului de implementare a programului Conduita Integrată a Maladiilor la Copii și a funcționării Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiții de ambulatoriu în Republica Moldova”, s-au evaluat implementările Programului CIMC pentru perioada 2000-2012. Astfel, s-au evaluat „Standardele de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiții de ambulator” și „Standardele de supraveghere a copiilor de 0-5 ani în RM”.

În conformitate cu prevederile și rezultatele lucrării privind managementul eficace al serviciului de AMP, am demonstrat că multe particularități depind de organizarea măsurilor manageriale, de motivarea (premierea) lucrătorilor medicali din acest domeniu. Conform Ordinului MS și CNAM nr.473/213-A din 10 decembrie 2008, s-a aprobat **Regulamentul privind validitatea indicatorilor de performanță**. Unul dintre indicatorii de performanță în cadrul asistenței medicale primare pentru bonificația (premierea) „per serviciu” este indicatorul „**Supravegherea copilului în primul an de viață**”.

- numărul de copii supravegheați în primul an de viață_x 100 (1);

- total, numărul de copii în primul an de viață din localitate. Conform „Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului”, către anul 2015 este important ca „Regulamentul privind validitatea indicatorilor de performanță” să fie suplimentat cu indicatorii de performanță pentru care bonificația (premierea) este în formă de plată „per serviciu”. „*Supravegherea copilului în primii cinci ani de viață*” și „*Rata familiilor cu copii în primii cinci ani de viață, instruite în CMF*”:

- numărul de copii supravegheați în primii 5 ani de viață x 100 (2).
- numărul de familii cu copii în primii cinci ani de viață instruite în CMF x 100 (3).
- total – numărul de familii cu copii sub 5 ani, din localitate.

Acești **indicatori de performanță** prevăd executarea pachetului de servicii în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului sub vârsta de 5 ani. Drept criteriu de îndeplinire a indicatorului dat este prezența în „Carnetul de dezvoltare a copilului (F-112/e)”, care a împlinit vârsta de un an, a datelor despre supravegherea copilului de către medicul de familie, conform standardelor în vigoare.

Constatări și concluzii

Managementul serviciilor furnizate părinților cu copii trebuie să se bazeze pe principii de accesibilitate, eficiență, informare și care ar lua în considerație nivelul de instruire a părinților din partea lucrătorilor medicali și deprinderile practice promovate în familia copilului sub vârsta de 5 ani.

Serviciul de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului este direcționat spre:

- acordarea asistenței curativ-consultative în oficiul medicului de familie;
- acordarea asistenței curativ-consultative la domiciliu;
- planificarea/organizarea măsurilor antiepidemice în rândurile populației pediatrice;
- planificarea/organizarea măsurilor profilactice primare și de imunizare;
- planificarea/organizarea activităților în domeniul *Educație pentru sănătate, Promovarea modului sănătos de viață și informare*.

În lucrare, sub genericul reformelor sistemului de sănătate, au fost evidențiate modificări legislative la nivelul Ministerului Sănătății din RM privind sporirea performanței și eficienței managementului supravegherii copilului de vârstă precoce:

- Ordinul MS nr.397 din 24 octombrie 2007 „Cu privire la fortificarea asistenței medicale acordate mamei și copilului în republică”.
- Ordinul MS nr.446 din 03 decembrie 2007 „Cu privire la monitorizarea și evaluarea prevederilor Programului „Conduita integrată a maladiilor la copii”.
- Ordinul MS nr.455/137/131 din 10.12.2007 „Cu privire la implementarea standardelor și criteriilor europene privind înregistrarea în statistica oficială de stat a nașterii și a copiilor nou-născuți cu masa de la 500 gr și de la 22 săptămâni gestație”.
- Ordinul MS și CNAM nr.473/213-A din 10.12.2008 „Despre aprobarea Regulamentului privind validitatea indicatorilor de performanță” („Supravegherea copilului în primul an de viață”).

- Ordinul MS nr.400 din 23.10.2008 „Cu privire la optimizarea activităților de educație pentru sănătate și de promovare a modului sănătos de viață pentru anii 2008-2015” („Regulament-tip al Cabinetului copilului sănătos”).
- Ordinul MS nr.302/70-A din 30.03.2012 „Despre aprobarea Regulamentului privind validarea indicatorilor de performanță” („Supravegherea copilului primului an de viață”).

Bibliografie

1. WHO, Biroul regional pentru Europa. A critical link – Interventions for physical growth and psychological development (a review). Denmark, 2007;144.
2. WHO, Biroul regional pentru Europa. Sănătatea copiilor și mediul înconjurător. Bruxelles, 2002;36.
3. WHO/CHD, UNICEF, MS al RM. Conduita Integrată a Maladiilor la Copii. Manual. Chișinău, 2002;284.
4. Ețco C, Ferdohleb A, Ștefanet S. Managementul îngrijirii și supravegherii copiilor sub vârsta de 5 ani (monografie). Chișinău, 2011;214.
5. UNICEF. Children and the Millennium Development Goals: Progress towards a World Fit for Children. Monreal, 2007;72.
6. UNICEF. Copilul nostru. Ghidul pentru părinți. Chișinău, 2005;124.
7. UNICEF. Îngrijirea și dezvoltarea timpurie a copiilor în Moldova. Chișinău, 2004;91.
8. UNICEF. Practici în familie și comunitate pentru sănătatea mamei și copilului în Republica Moldova. Chișinău, 2004;45.
9. UNICEF. Progress for Children: A World Fit for Children. Statistical Review. UNICEF, 2007;6:68.
10. UNICEF. The State of the World's Children 2008: Child Survival. UNICEF. 2007;154.

Rolul hipertensiunii arteriale în manifestările clinice ale insuficienței cardiace la pacienții cu infarct miocardic vechi, cu funcția de pompă prezervată

S. Filimon

Department of Chronic Heart Failure, Institute of Cardiology
29/1, N. Testemitanu Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: +37322256168. E-mail: silvia.filimon@gmail.com

Manuscript received March 02, 2012; revised April 30, 2012

The role of arterial hypertension in clinical manifestation of heart failure in patients with old myocardial infarction with preserved pump function

Key words: old myocardial infarction, heart failure, preserved pump function.

Роль артериальной гипертензии в клинических проявлениях сердечной недостаточности у больных с постинфарктным кардиосклерозом с сохранённой насосной функцией

Ключевые слова: постинфарктный кардиосклероз, сердечная недостаточность, сохранённая насосная функция.

Introducere

Conform studiilor epidemiologice existente, o jumătate dintre toți pacienții cu semne clinice evidente de insuficiență cardiacă congestivă au funcția de pompă păstrată sau prezervată.

Scopul studiului: determinarea rolului hipertensiunii arteriale în apariția insuficienței cardiace la pacienții cu Q-Infarct miocardic vechi și funcția de pompă prezervată. **Material și metode.** În studiu au fost incluși 40 de pacienți cu Q-Infarct miocardic vechi și insuficiență cardiacă III NYHA stadiul C (vârsta medie de $58,88 \pm 0,92$ ani), dintre care 30 de bărbați și 10 femei. Pacienții au fost divizați în 2 grupuri: *I grup* – cu funcția de pompă prezervată (FE VS > 45%) și al *II grup* – cu funcția de pompă scăzută (FE VS < 45%), care au administrat tratament standard cu beta-adrenoblocante, antiagregante, nitrați, inhibitori ai enzimei de conversie angiotenzina II, diuretice. La toți pacienții a fost determinată concentrația serică a colesterolului total, trigliceridelor, HDL-colesterolului, LDL-colesterolului, glucozei sângelui, fibrinogenului, proteinei C-reactive, s-a efectuat electrocardiograma, ecocardiografia și

ultrasonografia arterelor carotide cu aprecierea grosimii *intima - media* a arterei carotide, conform metodei propuse de Pignoli (1986).

Rezultate

Ponderea pacienților cu hipertensiune arterială a fost mai mare în grupul I – 100% vs 75% în grupul II ($p < 0,05$), pe când ponderea celor cu diabet zaharat nu s-a deosebit evident între aceste două grupuri: 30% în grupul I vs 25% în grupul II ($p > 0,05$). De asemenea pacienții din grupul I au fost mai frecvent afectați de ateroscleroza arterelor carotide prin majorarea grosimii *intima - media* și prezența plăcilor aterosclerotice – 100% vs 75% în grupul II ($p < 0,05$). La pacienții din grupul I s-a determinat la examenul ecocardiografic prezența hipertrofiei de sept interventricular – $12,50 \pm 0,66$ vs $10,50 \pm 0,56$ ($p < 0,05$) și a hipertrofiei de perete posterior – $12,46 \pm 0,61$ vs $10,65 \pm 0,55$ ($p < 0,05$), cu dimensiuni mai mici ale ventriculului stâng în diastolă – $56,00 \pm 1,53$ vs $62,45 \pm 1,08$ ($p < 0,01$), cu valori mai mici ale volumului ventriculului