

mittee of the American Epilepsy Society. *Epilepsy Curr.* 2016; 16(1):48-61.

6. Grover EH, Nazzal Y, Hirsch LJ. Treatment of convulsive status epilepticus. *Curr Treat Options Neurol* 2016; 18:11.

7. Fisher RS, Scharfman HE, deCurtis M. How can we identify ictal and interictal abnormal activity? *Adv Exp Med Biol.* 2014; 813:3-23.

8. Fisher RS, Cross JH, D'Souza, et al. Instruction

manual for the ILAE 2017 operational classification of seizure types. *J Epilepsia.* 2017; 58(4):531-542.

9. Dreghiciu D, Benta I, Mitrofan D, Nour D. Protocol de diagnostic și tratament al convulsiilor și statusului epileptic la copil. 2009. <http://www.atitimisoara.ro/content/ghiduri/2009/Recomandari%20Medicina%20de%20Urgenta%202009/16%20Protocol%20de%20diagnostic%20si%20tratament%20al%20convulsiilor%20si%20statusului%20epileptic%20la%20copil.pdf>

© Ninel Revenco, Adela Horodișteanu-Banuh, Marina Aramă, Dorina Savoschin, Natalia Chiper

Ninel Revenco<sup>1,2</sup>, Adela Horodișteanu-Banuh<sup>1</sup>, Marina Aramă<sup>1</sup>, Dorina Savoschin<sup>1</sup>, Natalia Chiper<sup>1</sup>

**CALITATEA SUPRAVEGHERII COPIILOR ÎN CADRUL SERVICIULUI  
DE ASISTENȚĂ MEDICALĂ PRIMARĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

<sup>1</sup>IMSP Institutul Mamei și Copilului

<sup>2</sup>Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "Nicolae Testemițanu", Departamentul Pediatrie

**SUMMARY**

**QUALITY ASSESSMENT OF THE HEALTH MONITORING PROVIDED TO CHILDRENS  
OF THE PRIMATE CARE SERVICES LEVEL IN THE REPUBLIC OF MOLDOVA**

**Key words:** children, standards of the child's growth and development monitoring, primary care service, family doctor, family doctor's assistant

**Aim of the study:** *evaluation of the implementation and quality of operation of the standards of the child's growth and development in primary care services in the Republic of Moldova*

**Materials and methods:** *the study was conducted in the Chișinău and Balti municipalities and rural counties (Drochia, Cahul, Hincesti) and included the analysis of data regarding healthy child check-ups in the 18 years of age, recorded in the Child Card –statistical form 112/e (F 112/e) in a group of 300 children followed-up by family doctors.*

**Results:** *insufficient level of knowledge of the optimized STANDARDS cause that a lot of health workers from Primary Health Care Centres continue to apply the „old” STANDARDS, conducting unreasonable excessive number of home visits: over 2/3 of children under 12 months were visited more frequently than it is currently required. According to data collected from 112/e records it has been established that in the villages the implementation of Standards on home visiting by family doctor's nurse of children during their first year of life is twice higher compared to the average index in the surveyed summary group. The lowest indicator on home-visiting by family doctor's nurse has been registered in municipal Family Doctors Centers, where 14-17% of children under one years old have not received any home-visits from family doctor's nurse according to current STANDARDS. After first year of life of a child the STANDARDS on medical examination in medical institutions are implemented much less often. Mandatory autism screening is insufficiently implemented, being expected to be performed at the age of 18-24 months.*

**Conclusions:** *the adjusted STANDARDS have re-focused the efforts of health workers to families with higher social and medical risk, strengthening supervision process of children from this group through family doctors and nurses visits. Two important trends have been observed as well: vulnerable families with higher social risks were visited slightly more often than children from families without vulnerabilities; children living in rural areas were visited more frequently than children from urban areas.*

## ОЦЕНКА КАЧЕСТВА НАБЛЮДЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ НА УРОВНЕ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ В РЕСПУБЛИКЕ МОЛДОВА

**Ключевые слова:** дети, стандарты мониторинга роста и развития ребенка, первичная медицинская помощь, семейный врач, семейная медицинская сестра

**Цель исследования:** оценка внедрения и качества стандартов наблюдения за ростом и развитием детей на уровне службы первичной медико-санитарной помощи в Республике Молдова.

**Материалы и методы:** исследование проводилось в муниципалитетах Кишинёв и Бельцы, а также в районах Дрокия, Кахул, Хынчешты, и включило анализ данных об осмотрах здоровых детей до 18-летнего возраста (записи из индивидуальной карты ребёнка, форма 112/е) в группе из 300 детей, наблюдаемых семейными врачами.

**Результаты.** Было выявлено недостаточное знание оптимизированных Стандартов, таким образом многие медицинские работники из центров семейной медицины продолжают руководствоваться устаревшими стандартами, проводя необоснованное чрезмерное количество посещений здорового ребёнка на дому. Таким образом, более 2/3 детей в возрасте до года были посещены чаще, чем требуется в настоящее время. Согласно данным выписанных из формуляра 112/е, было установлено, что в сельских местностях уровень посещаемости здоровых детей на дому семейной медицинской сестрой в течение первого года жизни в два раза выше по сравнению со средним показателем в базовой группе. Самый низкий показатель наблюдений здоровых детей на дому семейной медицинской сестрой был зарегистрирован в муниципальных центрах семейной медицины, где 14-17% детей в возрасте до одного года не получили ни одного патронажного посещения, из указанных действующими стандартами. В группе детей старше года, уровень выполнения предписываемых стандартов по медицинскому обследованию в учреждениях гораздо ниже. Обязательный скрининга аутизм выполняется в недостаточном объеме, ожидаясь его применение у детей в возрасте 18-24 месяцев.

**Выводы:** оптимизированные стандарты позволили сосредоточить усилия медицинских работников на семье с более высоким социальным и медицинским риском, усилив наблюдение за детьми из этой группы с помощью визитов к семейным врачам и посещений на дому семейных медицинских сестер. Наблюдаются также две важные тенденции: семьи с более высокими факторами социального риска посещались несколько чаще, чем дети из благополучных семей; также, дети живущие в сельских местностях посещались чаще, по сравнению с детьми проживающих в городах.

Starea de sănătate a copilului este una din prioritățile medicinei în lumea întreagă, precum și în Republica Moldova, de aceea una din direcțiile globale ale activității sistemului ocrotirii sănătății este asigurarea accesibilității și calității asistenței medicale oferite copiilor.

Standardele de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulatoriu, au ca scop eficientizarea și sporirea calității serviciilor de sănătate prestate copiilor în cadrul asistenței medicale primare, asigurarea sprijinului pentru familiile cu copii. Ele oferă medicului de familie obiective concrete de activitate, structurează foarte bine procesul de examinări profilactice ale copilului sănătos, în special în perioadele cruciale de dezvoltare ale copilului.

Toate aceste activități realizate în acordarea asistenței copilului condiționează obținerea unor rezultate pozitive în domeniul ocrotirii sănătății copiilor și diminuarea mortalității infantile și a copiilor.

**Scopul studiului:** evaluarea implementării și calității funcționării Standardelor de supraveghere a copiilor de 0-18 ani în condiții de ambulatoriu în Republica Moldova.

**Материалы и методы:** cu suportul UNICEF Moldova și al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al RM, în perioada octombrie - decembrie 2017, în municipiile Chișinău și Bălți precum și în raioanele Drochia, Cahul și Hâncești, a fost desfășurat

un studiu de evaluare a Standardelor de supraveghere a copiilor în condiții de ambulatoriu. În cadrul lui a fost cercetată documentația statistică medicală a copiilor aflați în supravegherea Asistenței Medicale Primare. Materialul de studiu l-a constituit Formularul 112/е al copiilor cu limita de vârstă 0-18 ani (vârsta medie 5,52±4 ani), 53% (159) fiind copii până la 5 ani.

Au fost analizate 300 Carnete de dezvoltare a copilului (formulare 112/е), inclusiv 40% (120 formulare) – în municipii, 31,3% (95 formulare) – în centrele raionale și 28,7% (85 formulare) – în localitățile rurale, inclusiv formulare 112/е ale copiilor din familiile cu risc medico-social (RMS) – 29 de cazuri, ceea ce a constituit 9,7% din numărul total de cazuri, indicator ce reflectă în medie proporția acestui grup în rândul populației generale.

Rezultatele analizei au fost contrapuse rezultatelor Studiului de evaluare a Standardelor de supraveghere a copilului sănătos în condiții de ambulatoriu din anul 2012.

**Rezultate și discuții:** evaluarea înregistrării vizitelor profilactice ale copilului sănătos la domiciliu a relevat că date despre prima consultație a nou-născutului efectuată de către medicul de familie în primele 3 zile după externarea din maternitate au fost înregistrate în 89,4% din cazuri în lotul sumar de studiu (comparativ cu 92% în a. 2012).

Datele despre vizita la a 14-a – a 15-a zi de viață, preconizată conform STANDARDELOR în vigoare, se regăsesc în doar 65,4% din F 112/; în a. 2012 acest indice s-a regăsit doar în jumătate din formulare (49,6%,  $p < 0,001$ ).

Consemnările asistentului medicului au avut următoarea regularitate: conform informației din F 112/e, asistentul medicului a vizitat 89,7% din nou-născuți în primele 3 zile după externarea din maternitate și 80,3% din nou-născuți – la a 14-a – a 15-a zi de viață.

Dacă analizăm numărul de vizite făcute în familiile cu risc medico-social (RMS) înregistrate în F 112/e, rezultă că asistenții medicului de familie vizitează nou-născuții din familiile cu RMS mai rar decât pe alți copii. Astfel, în primele 3 zile după externarea din maternitate au fost vizitați de către asistentul medicului numai 89,3% din nou-născuții cu RMS (comparativ cu 92,2% din copiii aflați în condiții favorabile,  $p > 0,05$ ), iar la a 14-a – a 15-a zi de viață, au fost vizitați la domiciliu numai 72,4% din nou-născuții cu

RMS (comparativ cu 83,8% din celălalt grup,  $p > 0,05$ ). Acest tablou a fost semnalat și în a. 2012.

Contrar așteptărilor, cele mai joase rezultate s-au constatat în municipii, unde vizita medicului de familie la domiciliu în primele 3 zile după externarea din maternitate a nou-născutului a fost înregistrată în 84,1% din F 112/e analizate, iar vizita la a 14-a – a 15-a zi de viață a copilului – în 58,0% din cazuri.

Ca și în anul 2012 s-a determinat o diferență certă în funcție de tipul instituției medicale, care a sugerat o responsabilitate mai înaltă în rândul asistenților medicului din sectoarele rurale, comparativ cu cei din localitățile urbane (fig. 1): în primele 3 zile după externarea din maternitate au fost vizitați de către asistentul medicului în CMF municipale 83,6% din nou-născuți; în CMF raionale 89,4%; iar în sectorul rural (CS, OM) – 97,7% ceea ce este relativ mai des decât în municipii ( $\chi^2 = 10,3$ ;  $p = 0,006$ ). Referitor la vizitele efectuate la a 14-a – a 15-a zi de viață au fost obținute date asemănătoare: respectiv, 75,0% din nou-născuți – în CMF municipale, 81,7% – în CMF raionale și 85,7% – la sate.

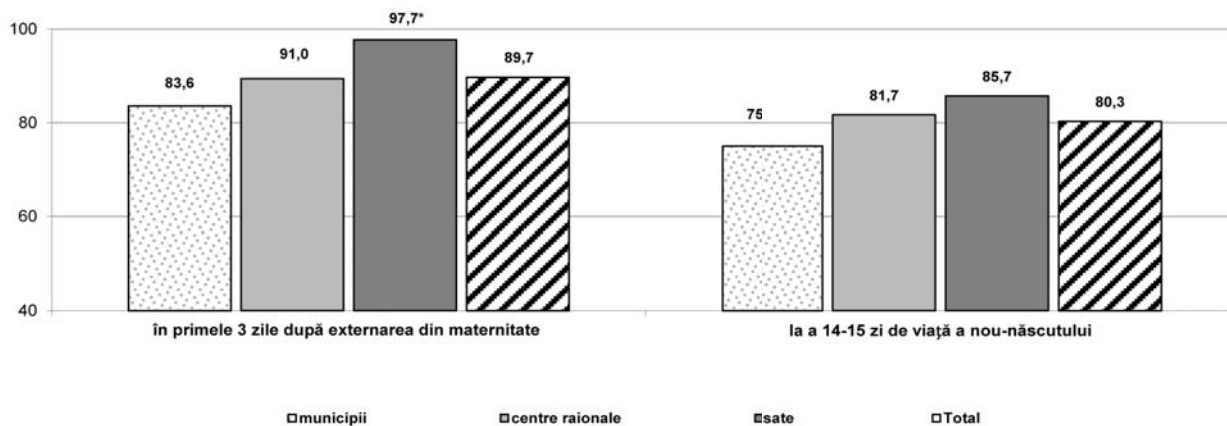


Figura 1. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice la domiciliul copilului în prima lună de viață efectuate de către asistentul medicului, în funcție de tipul instituției (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Menționăm că, ținând cont de propunerile și argumentele colectate de la lucrătorii medicali pe parcursul studiului de evaluare din anul 2012, în STANDARDELE actuale este redus numărul de vizite ale asistentului medicului la domiciliu la copiii care nu fac parte din familii de RMS. Așadar, conform noilor prevederi asistentul medicului vizitează familia la domiciliu de două ori pe lună în primele 3 luni de viață ale copilului și o dată pe lună între vizitele efectuate în instituția medicală în perioada 3-12 luni, ceea ce înseamnă că, numărul de vizite ale asistentului medicului a fost redus de la 25 până la 15, urmând ca timpul economisit să fie utilizat pentru supravegherea copiilor din grupul de RMS.

Contrar așteptărilor, în 2/3 cazuri (65-70%) asistentele medicului continuă să viziteze copiii cu vârsta până la un an conform STANDARDELOR precedente,

deci, mai frecvent decât prevăd STANDARDELE în vigoare.

Numărul de vizite la domiciliu al copiilor <1 an efectuat a corespuns STANDARDELOR actuale după cum urmează: în perioada 0-1 lună – în 11,6% din cazuri, în perioada 1-3 luni – în 13,7% cazuri, în perioada 3-7 luni – în 16,0% cazuri și în perioada 7-12 luni – în 13,8% din cazuri.

La circa 8-9% din copiii cu vârsta de până la 12 luni, în Formularul 112/e, lipsesc consemnările care ar confirma cel puțin o vizită a asistentului medicului la domiciliu. Datele obținute sugerează că o cotă de 9-12% din copii au fost insuficient supravegheați, vizitele ce li s-au făcut fiind mai puține decât numărul necesar. În anul 2012 acest contingent a constituit o proporție considerabil mai mare – 25-40% (în funcție de vârstă) din copiii de această vârstă.

Numărul vizitelor profilactice la domiciliul copilului sănătos în perioada primului an de viață efectuate de către asistentul medicului a depășit în medie cerințele STANDARDULUI și a variat nesemnificativ în diferite grupuri (tab. 1). Totodată, evidențiem

2 tendințe importante: familiile cu risc medico-social au fost vizitate la domiciliu puțin mai des, decât copiii din familii fără risc; copiii care locuiesc la sate au fost vizitați mai des decât copiii care locuiesc în orașe mari și mici.

Tabelul 1

**Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice la domiciliul copilului în primul an de viață efectuate de către asistentul medicului, în funcție de tipul instituției (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Tipul instituției Vârsta	CMF municipale	CMF raionale	Sate	Total	Familii cu RMS	Conform standard
prima luna	3,8±1,9	4,1±1,6	4,2±1,4	4,0±1,7	4,5±1,4	3
1-3 luni	4,5±2,5	4,7±2,0	5,1±1,5	4,7±2,1	5,3±1,7	4
3-7 luni	5,2±2,4	5,5±2,5	5,2±1,8	5,3±2,3	5,8±2,1	4
7-12 luni	5,3±2,6	5,4±2,4	5,8±1,5	5,5±2,3	6,4±2,6	5

Cel mai redus indice s-a înregistrat în CMF municipale, unde 14-17% dintre copiii cu vârsta sub 1 an nu au beneficiat de nici o vizită făcută de către asistentul medicului de familie conform STANDARDELOR în vigoare: pe parcursul primei luni – 14,0% (comparativ cu 1,1% în sate,  $\chi^2=15,8$ ;  $p=0.014$ ), în perioada 1-3 luni – 16,8%, la 3-7 luni – 14,7% (în sate – 0,0%,  $\chi^2=31,9$ ;  $p=0.000$ ) și la 7-12 luni – 16,0% din copii (în sate – 0,0%,  $\chi^2=22,2$ ;  $p=0.001$ ).

Așadar, cele mai bune rezultate la acest capitol, conform datelor extrase din F 112/e, au fost stabilite în localitățile rurale, unde STANDARDELE referitoare la vizitele profilactice efectuate de AMF la domiciliul copilului sănătos în primul an de viață au fost respec-

tate de circa 2 ori mai des, comparativ cu indicele mediu în lotul sumar cercetat ( $p=0.000$ ). Conform acestui criteriu, CMF raionale s-au situat la mijloc, având o situație mai favorabilă decât în municipii.

Totodată, procentul copiilor din grupul de RMS, la care frecvența vizitelor profilactice făcute de AMF la domiciliu corespundea STANDARDELOR de supraveghere sau le-a depășit, a fost în medie cu 10% mai mare decât în lotul general al studiului (fig. 2): pe parcursul primei luni – 89,7% din copiii născuți în familiile cu RMS (contra 81,1% din copii născuți în familii fără risc,  $p>0.05$ ), la 3-7 luni – 96,3% (contra 83,3%,  $p>0.05$ ) și la 7-12 luni – 92,0% din copii (contra 78,5%,  $p>0.05$ ).

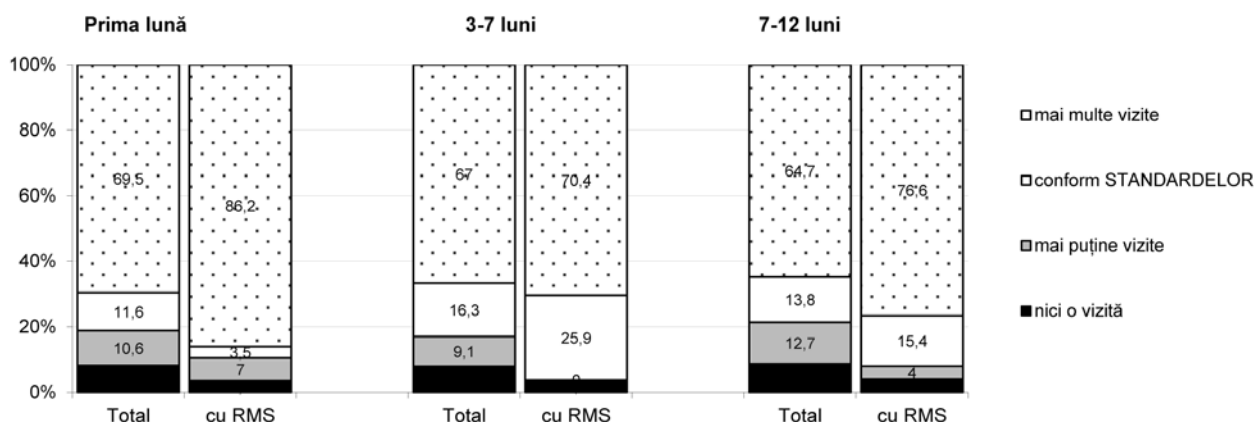


Figura 2. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la vizitele profilactice efectuate de asistentul medicului la domiciliul copilului sănătos în primul an de viață (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Menționăm că numărul de familii cu RMS (3,5-4%), la care n-a fost efectuată nici o vizită (conform consemnărilor) de către AMF pe parcursul primului an de viață al copilului, a fost de 2-2,5 ori mai mic, în comparație cu lotul familiilor favorabile, care nu au fost vizitate de asistenții medicului de familie în circa 8-8,7% cazuri.

Datele ce confirmă cele 11 examene profilactice obligatorii efectuate de către medicul de familie în instituția medicală au fost consemnate în 75,3% Formulare 112 ale copiilor în vârstă de până la 12 luni, ceea ce corespunde și indicatorilor din studiul precedent (în anul 2012 – 74%).

Din studiu rezultă că 1/4 din familiile cu copii de până la un an nu frecventează sistematic instituția medicală. De menționat că în municipii 8,3% din aceste familii n-au vizitat instituția medicală nici o dată pe parcursul anului, în raioane acest indicator a constituit 2,2%; în același timp, în localitățile rurale toate

familii frecventează instituția medicală ( $p=0,045$ ) (fig. 3).

Media numărului examenelor profilactice efectuate în instituția medicală pe parcursul primului an de viață, conform STANDERDELOR în vigoare, constituie  $10,0\pm 2,6$ .

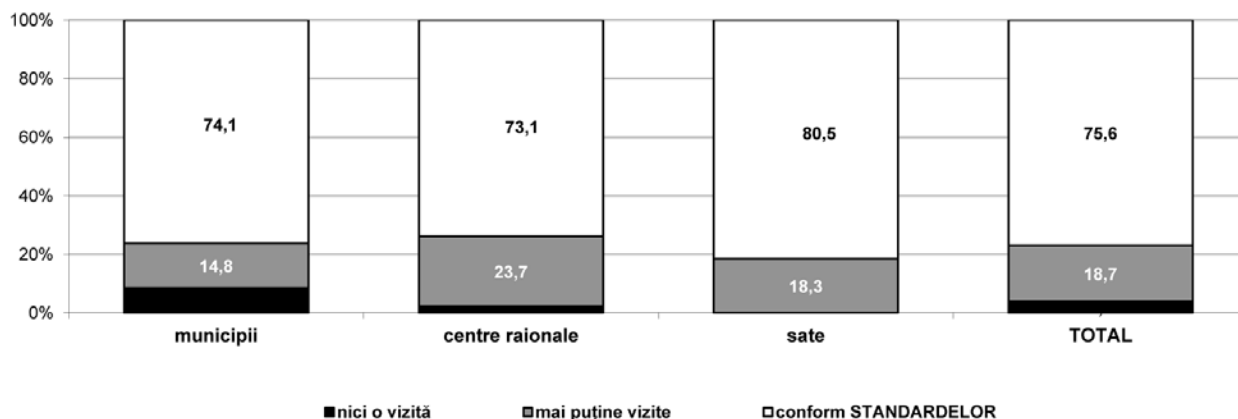


Figura 3. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor în primul an de viață, efectuate de către medicul de familie în instituția medicală, în funcție de tipul instituției (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Dacă analizăm situația în grupul familiilor cu RMS, rezultă că majoritatea (88,9%) din copiii cu vârsta mai mică de un an din aceste familii frecventează regulat instituția medicală, ceea ce este cu 13% mai mult decât în medie în populația pediatrică.

Date despre măsurarea pulsului și frecvenței respirației în cadrul vizitelor efectuate la domiciliu de către asistentul medicului de familie au existat în medie în 42,8% din F 112/e – de la o treime (34,6%) în municipii, până la jumătate (50,6%) în sate. În formularele copiilor din familii cu RMS, 1/2 cazuri s-au regăsit în 51,9%.

Cu părere de rău, după vârsta copilului de 1 an, STANDARDELE de examinare de către medicul de familie în instituția medicală se respectă mult mai rar. Așadar, înregistrarea vizitei de către asistentul medical de familie la domiciliu la vârsta copilului de 1 an și 3 luni a fost constatată în doar 21,1% cazuri, totodată în zona rurală au fost vizitați 1/3 (36,8%) copii la vârsta respectivă, în raioane – 1/4 (25,6%), iar în municipii – doar 6,6% dintre copii ( $\chi^2=25,6$ ;  $p=0,000$ ). Este îmbucurător faptul că asistentul medical de familie a vizitat copiii la această vârstă din familii cu RMS mult mai frecvent – în 42,3% cazuri (comparativ cu 21,1% în lotul general,  $\chi^2=7,8$ ;  $p=0,02$ ).

În perioada 12-18 luni de vârstă a copilului STANDARDELE în vigoare prevăd un examen profilactic efectuat de medicul de familie în instituție (la 1 an și 6 luni). Conform datelor obținute, acest examen a fost consemnat în 1/3 (36,2%) din formulare, încă 1/3 (36,7%) au înregistrat 2 vizite la această perioadă de vârstă, totodată 21,7% dintre copii, conform mențiunilor din F112/e, n-au fost examinați la vârsta respectivă.

Situația ce se referă la efectuarea examinărilor profilactice de laborator nu s-a îmbunătățit, comparativ cu anul 2012 (tab. 2). Așadar, la copiii cu vârsta de până la un an investigați, analizele generale ale sângelui și ale urinei au fost efectuate conform STANDARDELOR (2 investigații obligatorii – la 1-3 luni și la 1 an) în 80-89% din cazuri (în anul 2012 – în 81-92%).

Situația ce se referă la efectuarea examinărilor profilactice de laborator nu s-a îmbunătățit, comparativ cu anul 2012 (tab. 2). Așadar, la copiii cu vârsta de până la un an investigați, analizele generale ale sângelui și ale urinei au fost efectuate conform STANDARDELOR (2 investigații obligatorii – la 1-3 luni și la 1 an) în 80-89% din cazuri (în anul 2012 – în 81-92%).

Tabelul 2

**Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examinările profilactice de laborator obligatorii în primul an de viață (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)**

Test	Vârsta			
	3 luni		12 luni	
	2012	2017	2012	2017
Analiza generală a sângelui	90,6	88,7	92,0	86,5
Analiza generală a urinei	81,5	79,8	88,3	84,7
Analiza maselor fecale			76,3	36,3

În pofida faptului că analiza maselor fecale la helminți a copilului de 12 luni a fost exclusă ca fiind puțin informativă la această vârstă, conform datelor din F 112/e, această analiză neprevăzută în STANDARDE a fost efectuată aproximativ la 1/3 din copii cu vârstă de un an. Copiii din familiile cu RMS au beneficiat de consultațiile specialiștilor și examenele de laborator în același volum ( $p > 0,05$ ). Nu s-au observat variații semnificative ale investigațiilor paraclinice în funcție de tipul instituției.

Pe parcursul examinării documentației am evaluat și gradul de respectare al STANDARDELOR referi-

toare la examenele profilactice ale copiilor sănătoși în perioada 2-3 ani de vârstă a copilului efectuate de către medicul de familie în instituția medicală. Astfel, am constatat că în doar 39,5% din cazuri au fost respectate cu strictețe prevederile STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor sănătoși de această vârstă (beneficiind de 2 examinări); un singur control au făcut 26,9% dintre copiii eligibili după vârstă. În fișele a 20% dintre copii nu a existat nici o consemnare privind examenul trecut, iar 13,5% dintre copii au fost examinați în perioada de referință chiar de mai multe ori decât prevede STANDARDUL (fig. 4).

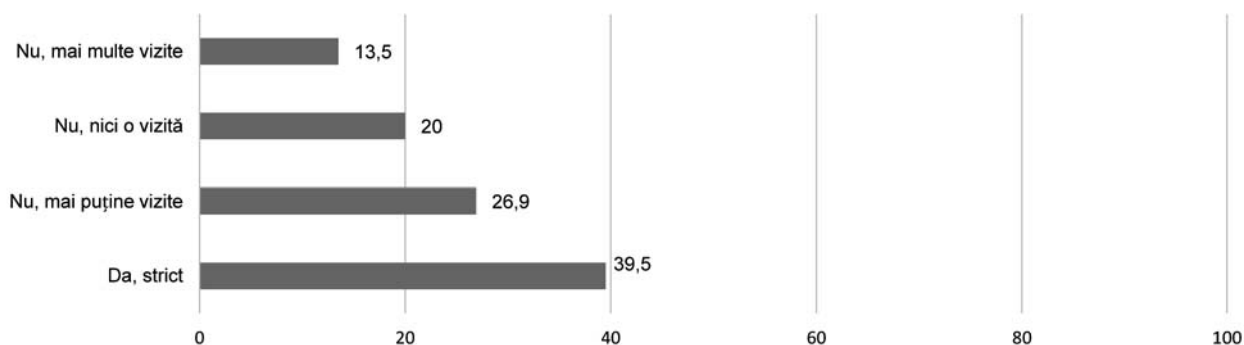


Figura 4. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, efectuate de către medicul de familie în instituția medicală (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

Analizând care a fost situația raportată la locul de reședință al copiilor, am obținut că cea mai bună rată de respectare a STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, efectuate de către medicul de familie în instituția medicală, este în localitățile rurale, unde practic ½ dintre copii au beneficiat de cele 2 examinări prevăzute de STANDARDELE în vigoare.

Totodată, conform înregistrărilor în F112/e, la copiii din localitățile rurale mai rar a fost atestată situația când aceștia să nu fi fost examinați în scop profilactic în cadrul instituției medicale vs semenii lor din municipii sau localități urbane mici. Astfel, conform datelor obținute în cadrul studiului, în sate, doar

10,2% dintre copii nu au beneficiat de nici o vizită cu țel profilactic în instituția medicală la vârsta de 2-3 ani, iar printre locuitorii localităților urbane mari acest indicator atinge nivelul de 27,5%, și de 18,5% la rezidenții localităților urbane mici (fig. 5). Putem presupune că părinții copiilor ce locuiesc în municipii mai frecvent apelează la consultațiile specialiștilor din cadrul instituțiilor private, alte instituții medicale, aceste consultații nefiind consemnate în formularul F112/e.

Din totalul formularelor analizate, în 65,7% din cazuri acestea aparțineau copiilor cu vârsta mai mare de 3 ani. Am evaluat câți dintre copiii peste 3 ani au fost examinați anual de către medicul de familie în instituție și dacă sunt respectate STANDARDELE la

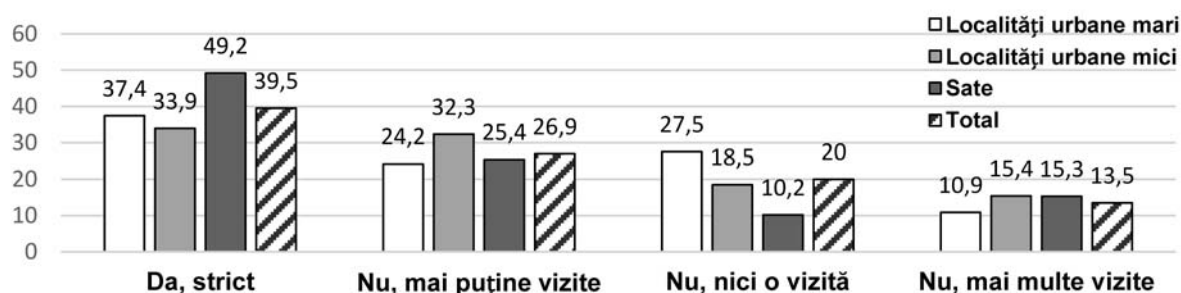


Figura 5. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani în dependență de locul de reședință (în baza înregistrărilor în F 112/e, %)

acest capitol. Conform constatărilor noastre, ca și în cazul cu gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor la vârsta de 2-3 ani, la copiii mai mari de 3 ani, rezidenții din localitățile rurale au beneficiat cel mai frecvent de examinări profilactice anuale în cadrul instituției medicale, mențiunile ce confirmau efectuarea acestui lucru, fiind prezente în ½ din formularele F112/e ale copiilor domiciliați în sate, aceste consemnări au fost prezente și în 37,04% dintre formularele F112/e ale

copiilor din localitățile urbane mari, iar în cazul celor din localități urbane mici (centre raionale) acest indicator a fost de 21,7% (fig. 6). Conform documentației analizate, nu a existat nici o consemnare ce ar confirma efectuarea examenului anual de către medicul de familie după vârsta de 3 ani în 28,9% din fișele copiilor din localități urbane mici, iar în cazul copiilor din sate aceste mențiuni lipseau în doar 11,9% formulare examinate (fig. 6).

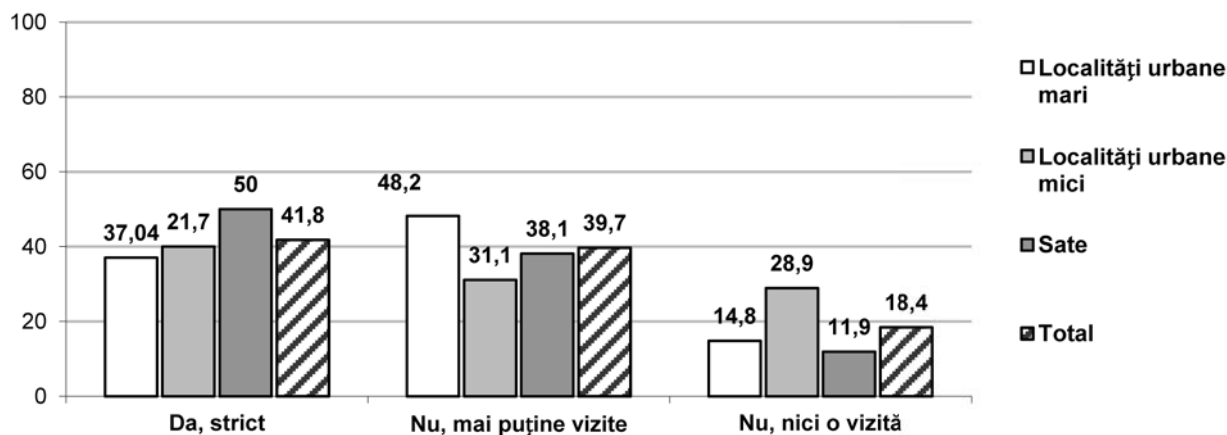


Figura 6. Gradul de respectare al STANDARDELOR referitoare la examenele profilactice ale copiilor mai mari de 3 ani în funcție de locul de reședință, efectuate de către medicul de familie în instituția medicală (în baza înregistrărilor în F112/e, %)

În Formularul 112/e, în lista examinărilor copilului între 1 an și jumătate și 2 ani, a fost inclus screeningul obligatoriu pentru autism (CHAT – Checklist for Autism in Toddlers), care se aplică la copii începând cu vârsta de 18 luni. Prin interacțiunea cu copilul, medicul observă dacă acesta prezintă suspiciune de tulburare a dezvoltării din spectrul autist. Aceasta este foarte important, luând în considerare că diagnosticat precoce și integrat într-un program de intervenție timpurie încă de la vârsta de 2-3 ani, un copil cu autism are șanse mari de a însuși abilități de comunicare și relaționare care să-i permită o viață firească, alături de ceilalți.

Screeningul obligatoriu pentru autism preconizat în perioada de vârstă 18-24 de luni este insuficient implementat, astfel doar 45% Formulare 112/e ale copiilor de la 2 la 5 ani aveau completată rubrica Checklist for Autism in Toddlers. În cadrul studiului nostru, cele mai multe date despre screeningul obligatoriu pentru autism conțineau fișele copiilor din localitățile rurale, la care, rubrica CHAT – Checklist for Autism in Toddlers era completată, cu elucidarea concluziilor în 50% de cazuri. Cu regret, această rubrică a fost completată în doar 36% Formulare 112/e ale copiilor din localități urbane mari (fig. 7).

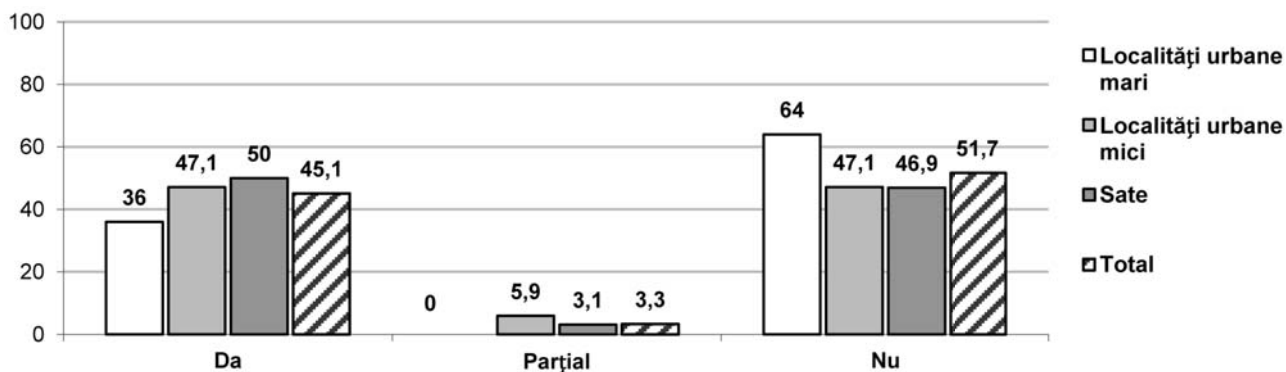


Figura 7. Rata aplicării testului pentru depistarea autismului de către medicii de familie în funcție de locul de muncă (%)

Curbele de creștere, care îl ajută pe medicul de familie să monitorizeze eficient parametrii dezvoltării fizice ai copilului, se execută nesatisfăcător, acest lucru devenind mai evident odată cu înaintarea în vârstă a copilului (fig. 8). Curbele de creștere ale perimetru-

lui cranian la copilul sub 1 an de viață au fost construite corespunzător doar în 53,2% din cazuri, în 30,7% cazuri nu au fost construite, iar în 16% din cazuri au fost construite parțial.

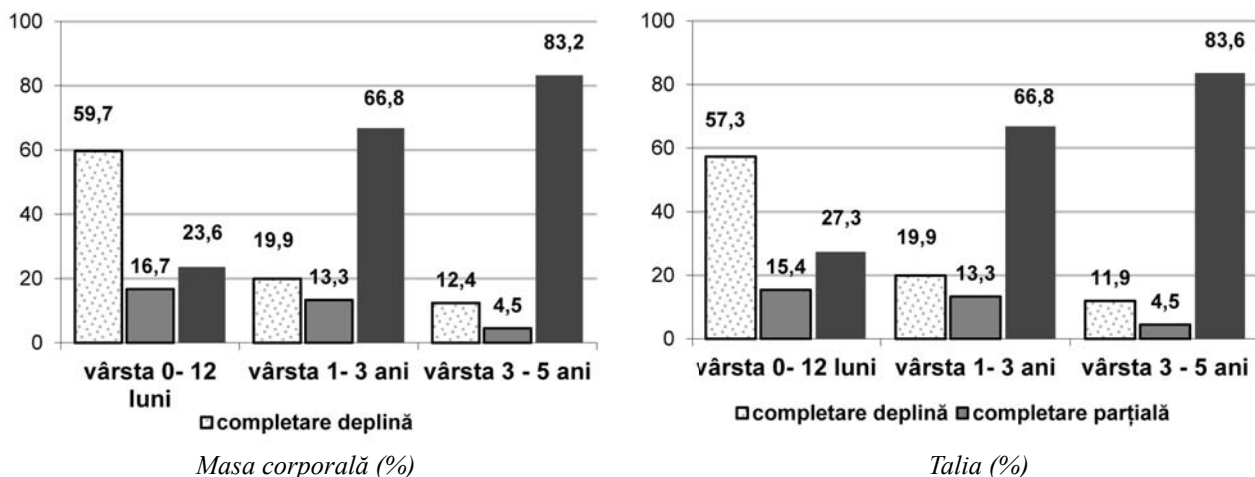


Figura 8. Calitatea completării compartimentului Curbele de creștere ale copilului de 0-60 luni în F 112/e, în funcție de vârstă (%)

Monitorizarea TA se efectuează nesatisfăcător de către MF, astfel la doar 17% dintre copiii care au depășit vârsta de 3 ani era notat rezultatul măsurătorilor în F 112/e; situația la acest capitol nu diferă semnificativ în funcție de mediul de reședință al copiilor.

#### Concluzii:

- mențiunile din F 112/e relevă 2 tendințe importante: familiile cu risc medico-social și cele din localitățile rurale au fost vizitate la domiciliu mai des în medie cu 10-20% decât în lotul general și cei care locuiesc în orașe mari și mici. Deci, aplicarea STANDARDELOR optimizate a permis redirecționarea efortului lucrătorilor medicali către familiile din grupul RMS, îmbunătățind procesul de supraveghere a copiilor acestui grup de vârstă la capitolul vizitele medicului și asistentului medicului de familie;

- cu toate că asigurarea cu cadre medicale este mai bună în municipii și centrele raionale, mai mulți dintre indicatorii obținuți prin cercetarea documentației medicale statistice a copilului confirmă faptul că în municipii numărul de vizite la medicul de familie și de examene profilactice de laborator ale copilului, efectuate în conformitate cu STANDARDELE, este mai mic, decât în localitățile rurale;

- conform rezultatelor studiului, după 5 ani de la implementarea Standardelor de supraveghere a copilului de 0-18 ani în condiții de ambulatoriu, mai există lucrători medicali cu un nivel insuficient de cunoaștere al STANDARDELOR actualizate ceea ce face ca mulți dintre ei să continue aplicarea „vechilor” STANDARDE, efectuând un număr excesiv de vizite la domiciliu: practic mai mult de 2/3 din copiii cu vâr-

stă sub 12 luni au fost vizitați la domiciliu mai frecvent decât este obligatoriu la momentul actual, ceea ce nu este rațional. Totodată, 14-17% dintre copiii de această vârstă din municipii n-au fost vizitați nici o dată de AMF, contrar STANDARDELOR în vigoare;

- este insuficient implementat screeningul obligatoriu pentru autism, preconizat în perioada de vârstă 18-24 de luni. Doar 45% dintre copiii cu vârsta de 2-5 ani au fost supuși screeningului pentru identificarea autismului. Rata acestui examen e mai mare în localitățile rurale (1/2), comparativ cu localitățile urbane mari (36%);

- doar aproximativ 2/3 din formularele copiilor de 0-12 luni conțin curbe de creștere complet construite, iar în cazul copiilor mai mari de 3 ani medicii practic nu completează acest compartiment; nu se înregistrează parametrii funcționali ai copilului.

#### 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 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 pînă la 5 ani la domiciliu”.
3. Howard Kimberly S., Brooks-Gunn Jeanne. The Role of Home-Visiting Programs in Preventing Child



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

© Nelea Mătrăgună, Svetlana Cojocari, Liliana Bichir-Thoreac

Nelea Mătrăgună, Svetlana Cojocari, Liliana Bichir-Thoreac  
**ROLUL FACTORILOR DE RISC PRENATALI, A HOMOCISTEINEI ȘI VITAMINEI D  
ÎN REALIZAREA HIPERTENSIUNII ARTERIALE LA COPII**  
*IMSP Institutul de Cardiologie*

**SUMMARY**

**THE ROLE OF ANTENATAL RISK FACTORS, HOMOCISTEINE AND VITAMINE D  
IN THE REALIZATION OF ARTERIAL HYPERTENSION AT CHILDREN.**

**Keywords: children, risk factors, arterial hypertension, homocysteine, vitamin D**

**Theme topicality.** *In the recent decade, besides the genetic, antenatal and traditional risk factors researches have been focused on the identification of the new risk factors of AHT in children such as hypovitaminosis D and hyperhomocysteinemia that will identify AHT at the preclinical stage.*

**The material and methods.** *The investigation made is of type – case-control and included 115 hypertensive children, aged 10-18, that were divided in the following way: group I - 35 hypertensive children with normal weight (AHT, NW), group II - 36 hypertensive children with overweight (AHT, OW), and group III - 44 hypertensive children with obesity (AHT, OB). Control group included 35 children with normal tension and weight (N, N) of the similar age. Homocysteine (Hcy) was appreciated through the liquid chromatography with ion exchange, but 25-OH –vitamin D was determined through immunochemistry chemiluminescence detection (CLIA)*

**Results.** *Out of prenatal risk factors the following were of significant importance: alimentation errors in pregnant women, physical development during the first year and duration of natural alimentation. There was revealed a lower serum level of 25 (OH) vit D (AHT, OB - 21,9 ±3,79 ng /ml); AHT, OW- 20,5±0,96 ng / ml); AHT, NW -26,37±1,06 vs NN-32,22±0,48 ng /ml), but increased one of Hcy (AHT, OB-26,5±3,41 μmol/L; AHT, OW-13,1±2,63 μmol/L; AHT, NW -8,2±0,54 vs NN-6,1±0,23 μmol/L) in all the investigated groups as compared to control group. But the lowest level of 25 (OH) vit D and the highest one of Hcy was stated at children where AHT was associated with obesity or over weight.*

**Conclusions.** *The results of the research show that hypovitaminosis D and hyperhomocysteinemia are the risk factors for the AHT as well as for the overweight. Prevention of the development of these pathologies must start during the pregnancy. Additional investigations are necessary to complete these statements as well as correction of vitamin D deficiency from the point of view on cardio vascular health.*

**РЕЗЮМЕ**

**РОЛЬ ПРЕНАТАЛЬНЫХ ФАКТОРОВ РИСКА, ГОМОЦИСТЕИНА И ВИТАМИНА D  
В РАЗВИТИИ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ У ДЕТЕЙ**

**Ключевые слова: дети, факторы риска, артериальная гипертензия, гомоцистеина, витамин D**

**Актуальность.** *В дополнение традиционных, пренатальных и генетических факторов, исследования последнего десятилетия были сосредоточены на выявлении новых факторов риска в развитии АГ у детей - гиповитаминоз D и гипергомоцистеинемия, которые помогут выявить АГ на доклинических стадиях.*

**Материалы и методы:** *Исследование проводилось по типу случай-контроль и включило 115 детей с АГ в возрасте 10-18 лет, разделённые следующим образом: группа I – 35 детей с АГ и нормальным весом (АГ, НВ), II группа - 36 детей с АГ и избыточным весом (АГ, ИВ), и III группа – 44 детей с АГ и ожирением (АГ, ОЖ).*