

## STUDII ȘTIINȚIFICE

STAREA DE SĂNĂTATE A COPIILOR ȘI ADOLESCENȚILOR  
DIN REPUBLICA MOLDOVA ȘI ÎMBUNĂTĂȚIREA ASISTENȚEI  
MEDICALE ÎN CADRUL ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARETHE HEALTH STATUS OF CHILDREN AND ADOLESCENTS IN THE  
REPUBLIC OF MOLDOVA AND THE IMPROVEMENT OF MEDICAL  
ASSISTANCE IN PRIMARY MEDICAL ASSISTANCEGalina Buta<sup>1,2</sup><sup>1</sup> Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”<sup>2</sup> Departamentul microelectronică și inginerie biomedicală, UTM

## Rezumat

Pentru formarea elementelor de bază ale sănătății viitoarelor generații este necesară asigurarea și protecția optimă a dezvoltării copilului până la vârsta de 18 ani.

**Scopul studiului** este evaluarea dinamicii stării de sănătate a copiilor și adolescenților.

**Material și metode:** Cercetarea a fost realizată în baza rezultatelor examenelor profilactice, morbiditatea generală, dezvoltarea fizică a preșcolariilor și elevilor claselor 1-12 și unii factori determinați, existenți la nivelul CNSP și CNMS, și cuprinde intervalul anilor 2003-2015. Structura deficiențelor este dominată de acuitatea vizuală scăzută (19,8 - 26,6 cazuri la 1000 copii examinați), urmată la o distanță esențială de retardul fizic (10,1 - 14,8 cazuri la 1000 copii examinați), dereglările de ținută (7,1 - 8,5 cazuri la 1000 copii examinați) și defectele de vorbire (5,8-7,5 cazuri la 1000 copii examinați). Structura înregistrată a morbidității generale a elevilor este determinată de bolile sistemului respirator (J00-J99) - 97,4±8,78%, maladiile endocrine, de nutriție și metabolism (E00-E90) - 48,3±7,72%, bolile ochiului și anexelor sale (H00-H59) - 41,3±2,26% și maladiile parazitare (B65-B83) - 40,3±6,73%.

**Concluzii:** Au fost obținute date noi privind dinamica stării de sănătate a copiilor. Analiza particularităților dezvoltării fizice a copiilor, nivelului și structurii morbidității și invalidității la copiii din diferite grupe de vârstă, a permis obținerea de date comparative privind starea de sănătate în funcție de vârsta și locul de educație a copiilor.

**Cuvinte-cheie:** starea de sănătate, deficiențe, elevi, preșcolari, examene medicale profilactice, asistență medicală primară

## Summary

In order to form the basic elements of future generations' health, it is necessary to optimally ensure and protect the development of a child until the age of 18.

**The purpose of this study** is to assess the dynamics of the health status in children and adolescents.

**Material and Methods:** The research was conducted on the basis of the results of the prophylactic examinations, general morbidity, physical development of preschoolers and pupils from 1st up to 12th grade, also some determinant factors, existing at CNSP and CNMS level, covering the period 2003-2015. The deficiency structure is dominated by low visual acuity (19.8 - 26.6 cases per 1000 children examined), followed at an essential distance by physical retardation (10.1 to 14.8 cases per 1000 examined children), posture disorders, (7.1 to 8.5 cases per 1000 examined children) and speech defects (5.8-7.5 cases per 1000 examined children). The structure of the registered general morbidity of pupils is determined by diseases of the respiratory system (J00-J99) - 97,4 ± 8,78%, endocrine, nutrition and metabolism maladies (E00-E90) - 48,3 ± 7,72%, eye diseases and its annexes (H00-H59) - 41.3 ± 2.26% and parasitic diseases (B65-B83) - 40.3 ± 6.73%.

**Conclusions:** New data on the dynamics of children's health status has been obtained. The analysis of the particularities of children's physical development, of the level and structure of the morbidity and disability in children from different age groups, allowed us to obtain comparative data regarding the health status, in accordance to the age and place of education of the children.

**Key words:** health status, deficiencies, pupils, preschoolers, prophylactic medical examinations, primary health care

**Introducere.** Starea de sănătate a generației în creștere este în vizorul guvernelor din majoritatea statelor din lume și a organismelor internaționale notorii, ca UNICEF, OMS, FAO, ONU etc. [1, 6]. În foarte multe state economic dezvoltate, promovarea sănătății copiilor și adolescenților a fost ridicată la rang de strategie politică, conștientizând faptul că „măsura tuturor valorilor este omul”, iar prosperitatea statului este direct dependentă de beneficiile aduse de persoanele sănătoase [8, 9, 10].

Pentru formarea elementelor de bază ale sănătății viitoarelor

generații este necesară asigurarea și protecția optimă a dezvoltării copilului pe tot parcursul copilăriei, adică, până la vârsta de 18 ani [13]. Anume atingerea acestui obiectiv trebuie să fie prioritară pe agenda de lucru a statului (guvernului) și societății civile [3].

În perioada de creștere și dezvoltare, corpul este extrem de sensibil la efectele factorilor de existență, inclusiv a celor sociali. S-a observat că cele mai pronunțate modificări negative, în starea de sănătate a copiilor au loc în etapele critice de dezvoltare a copilului - în vârsta primei copilării, inclusiv în primul an de

viață, la etapa tranziției la educația formală (5-8 ani) și la etapa de adolescență (10-17 ani).

De-a lungul ultimilor două decenii, perioadă de derulare la scară largă a schimbărilor socio-economice în societate în RM au fost puse în aplicare o serie de reforme care vizează, direct sau indirect, protejarea și păstrarea sănătății populației [10]. Obiectivul principal al reformelor implementate a fost asigurarea, în limitele resurselor disponibile, conservării la maximum posibil a garanțiilor de bază ale vieții și dezvoltării copiilor, păstrarea accesului copiilor la servicii de sănătate, educație și protecție socială a populației.

În același timp, măsurile întreprinse nu au fost în măsură să inverseze dinamica actuală negativă ale indicatorilor de sănătate a populației copiilor [5, 11]. Caracterul tranzitoriu al societății moldovenești contemporane precum și schimbările intense și extrem de rapide din ultimii ani, au determinat formarea unor comportamente ale copiilor moderni care nu sunt orientate spre păstrarea și fortificarea sănătății [5, 7, 10].

În acest context, problema conservării, fortificării și restabilirii sănătății tinerei generații are o semnificație socială ridicată. Copiii de azi, în viitorul apropiat, vor determina posibilitatea dezvoltării dinamice progresive a societății moldovenești. Deteriorarea stării lor de sănătate va contribui la creșterea în mod semnificativ a costurilor economice, demografice și sociale ale societății și statului.

Actualul studiu și-a propus drept scop evaluarea dinamicii stării de sănătate a copiilor și adolescenților prin prisma rezultatelor examenelor medicale de bilanț, morbidității generale, dezvoltării fizice și factorilor care influențează formarea diferitelor aspecte ale ei, pentru dezvoltarea unui sistem de măsuri de îmbunătățire a asistenței medicale primare pentru copii și supraveghere a sănătății publice.

**Material și metode:** Studiul a fost realizat în baza datelor privind rezultatele examenelor profilactice, morbidității generale și dezvoltării fizice ale preșcolarilor și elevilor claselor 1-12, și unor factori determinați monitorizați de serviciul de stat de supraveghere a sănătății publice, existente la nivelul CNMS și CNSP. Perioada de observație cuprinde intervalul anilor 2003-2015.

Evaluarea igienică a condițiilor educaționale din instituțiile preșcolare și preuniversitare s-a efectuat în baza rezultatelor supravegherii sanitare curente.

Analiza rezultatelor obținute s-a efectuat cu aplicarea metodelor statistice tradiționale în [14].

**Rezultate.** Actualmente în RM, examenele medicale profilactice periodice de bilanț ale stării de sănătate se efectuează preșcolarilor și elevilor. Acestea au ca scop cunoașterea nivelului de dezvoltare fizică, prevenirea unor îmbolnăviri, depistarea precoce a unor afecțiuni sau deficiente, precum și aplicarea tratamentului recuperator, orientarea școlară și profesională în funcție de starea de sănătate. Importanța acestor examene medicale de bilanț constă în evaluarea în dinamică a unor aspecte ale sănătății și nivelului dezvoltării fizice la populația preșcolară și școlară.

Copiii, care merg pentru prima dată la școală sau la grădiniță sunt examinați de medicul de familie, sunt consultați de medicii-specialiști: neurolog, oftalmolog, chirurg-ortoped, pediatru, stomatolog, logoped sau psihiatru și dau analiza generală de sânge, urină și helminți. Toate aceste investigații medicale sunt

incluse în Pachetul Unic de Asigurări Medicale Obligatorii. Înainte de noul an școlar, medicii le reamintesc părinților despre necesitatea trecerii controlului medical profilactic.

Centrele de Sănătate Publică organizează monitorizarea morbidității generale a copiilor instituționalizați în circa 100% din numărul total de grădinițe și școli din teritoriul arondat, a condițiilor educaționale – în 100% obiective supravegheate (în proporție de 75% cu efectuarea investigațiilor de laborator și instrumentale), a alimentației – după meniurile de repartitie și rezultatele analizei de laborator a rațiilor alimentare – în 100% instituții supravegheate.

Evaluarea complexă a dinamicii stării de sănătate a copiilor și elevilor, și unii factori determinanți, a constatat un șir de dinamici negative.

Structura deficiențelor înregistrate este dominată de acuitatea vizuală scăzută (19,8 - 26,6 cazuri la 1000 copii examinați), urmată la o distanță esențială de retardul fizic (10,1 - 14,8 cazuri la 1000 copii examinați), dereglările de ținută (7,1 - 8,5 cazuri la 1000 copii examinați) și defectele de vorbire (5,8-7,5 cazuri la 1000 copii examinați). Acuitatea vizuală scăzută cel mai frecvent este depistată la elevii claselor 2-4 și 5-8, cu precădere din mediul urban; retardul fizic – la nivel de raioane, dereglările de ținută – la nivel de municipii, iar defectele de vorbire – la nivel de municipii, cu precădere la elevii claselor primare. Cele mai rar depistate deficiențe sunt acuitatea auditivă scăzută (2,1 – 3,0 cazuri la 1000 copii examinați), ratele cărora sunt mai înalte în mediul rural, cu precădere la elevii claselor 2-4.

Dinamica acuității vederii se caracterizează prin scăderea accentuată a incidenței patologiilor însoțite se diminuarea acuității vederii, printre persoanele rezidente în municipii de la 43,3 cazuri la 1000 examinați în anul 2003 până la 15,9 cazuri la 1000 examinați în anul 2009, urmată de o oscilare cu amplitudine mică în perioada imediat următoare. Astfel, începând cu anul 2011 – variabilele înregistrate la copiii din mediul municipal practic se instalează la nivelul mediu pe RM. La elevii claselor 9-12 valorile înregistrate sunt puțin mai joase față de cei din clasele 2-4 și 5-8, având tendință de descreștere cu mici oscilații, atingând valoarea cea mai joasă (25,6 cazuri la 1000 examinați) în 2009.

Scăderea acuității vizuale este determinată direct de condițiile de iluminare a locului suprafeței de lucru și a obiectelor necesare de distingere. În acest context este de menționat că condițiile de iluminat în grădinițe și școli corespund exigențelor igienice în vigoare în proporție de 83±2,13% cazuri. NMA neconforme sunt decelate cu precădere în instituțiile din sistemul educațional preșcolar din ambele medii de reședință și școlar din mediul rural.

Ratele cazurilor de retard fizic scad treptat pe toată perioada estimată atingând nivelul de 10,1 cazuri la 1000 examinați – în anul 2011, apoi oscilând nesemnificativ, în limitele de până la 1,1 cazuri la 1000 examinați în ambele direcții până în anul 2015. Analiza datelor denotă cele mai înalte rate la nivel de raioane, printre elevii claselor I (25,7-35,1%), cu o dinamică accentuată pozitivă la elevii claselor 2-4. Valori mai joase față de media pe țară, s-au înregistrat printre elevii claselor 9-12, ratele variind între 12,2‰ (2004) și 8,0‰ (2014).

Cele mai joase valori la compartimentul retard fizic au înregistrat preșcolarii, curba scăzând în dinamică de la 9,7 la 1000 examinați în 2004 până la 7,3 la 1000 examinați în 2015.

Dereglări de ținută, înscrie o sporire treptată și constantă, de la 7,1 la 1000 examinați în anul 2004 până la 12,3 în anul 2014.

La nivel de municipii, ratele înregistrate sunt superioare celor medii republicane. Ratele cele mai înalte înregistrează elevii claselor 1, care ating valori de 13,6‰ - 18,2‰. Apoi urmează elevii claselor 2-4, valorile variind între 10,2‰ și 12,8‰ (2007, 2008, 2011, 2015). Valorile ratelor printre elevii claselor 5-8, variază între 9,8‰ și 12,7‰ (2007, 2011, 2014). La elevii claselor 9-12, în perioada analizată practic se dublează numărul elevilor cu dereglări de ținută de la 6,8‰ în anul 2003 până la 14,2‰ în anul 2014.

Unul din factorii din mediul educațional, care contribuie la dezvoltarea dereglărilor de ținută, este mobilierul utilizat. De menționat că doar în 57±3,58% din școlile din mediul urban, mobilierul școlar este marcat conform prevederilor igienice în vigoare, iar în mediul rural acest indicator se cifrează la 83,2±2,45%.

Un alt factor care contribuie la formare acestui aspect al dinamicii stării de sănătate a copiilor și elevilor este activitatea fizică redusă sau inactivitatea fizică, determinată de suprasolicitarea intelectuală, orarul nefiziologic al lecțiilor, limitarea orelor de educație fizică și sedentarismul, determinat în mare măsură de rețelele de socializare.

Defectele de vorbire manifesta o creștere treptată de la 4,6‰ în anul de referință până la 9,3‰ în anul 2015.

Acuitatea auditivă scăzută este cea mai rar depistată deficiență, și în mediu, pe țară, manifestă o dinamică oscilatorie cu tendință vădită de scădere, de la 3,0‰ în anul 2003 până la 0,9‰ în anul 2015. Cele mai înalte rate sunt înregistrate în mediul rural.

Nivelul mediu al morbidității generale a elevilor, înregistrat în RM în perioada aflată sub observație, este de 464,0±13,11 cazuri la 1000 elevi, fiind determinat în proporție de 21,6±4,70% de cazurile de patologie cronică (tab. 1). Printre clasele de patologie cu nivel maxim al incidenței se enumeră bolile sistemului respirator (J00-J99) – 97,4±8,78‰, Maladiile endocrine, de nutriție și metabolism (E00-E90) – 48,3±7,72‰, bolile ochiului și anexelor sale (H00-H59) – 41,3±2,26‰ și maladiile parazitare (B65-B83) – 40,3±6,73‰.

#### Tabelul nr. 1

Nivelul și structura morbidității generale a elevilor, date medii aa. 2003-2015

Clasa patologiei	Indicii de morbiditate				Rangul
	intensivi, per 1000 elevi		extensivi, %		
	M	± m	M	± m	
Morbiditatea generală	464,0	13,11	100	0,00	
Inclusiv cronică	100,2	23,02	26,9	2,70	
Maladiile infecțioase (A00-B64)	4,7	1,89	1,1	0,44	XVI
Maladiile parazitare (B65-B83)	40,3	6,73	8,3	1,13	IV
Boli ale sistemului respirator (J00-J99)	97,4	8,78	21,0	1,86	I
Boli ale sistemului digestiv (K00-K99)	47,9	9,95	11,0	1,89	II
Gastrită, duodenită, (K29)	23,2	5,86	5,3	1,34	X
Boli ale sistemului nervos (G00-G99)	37,7	3,99	8,1	0,82	V
Bolile ochiului și anexelor sale (H00-H59)	41,3	2,26	9,0	0,60	III
Acuitate vizuală acută (f31-san)	34,2	5,35	7,3	1,36	VII

Tulburări mintale și de comportament (F00-F99)	4,9	0,62	1,0	0,17	XVII
Boli ale sângelui (D50-D89)	33,5	5,46	7,1	1,16	VIII
Anemii fierodeficitare (D50)	32,8	6,12	6,9	1,35	IX
Maladii endocrine, de nutriție și metabolism (E00-E90)	48,3	7,72	11,0	1,37	II
Obezitate (E66)	12,0	1,64	2,5	0,32	XIV
Boli de piele și ale țesutului celular subcutanat (L00-L99)	14,4	3,08	3,2	0,83	XIII
Boli ale sistemului genito-urinar (N00-N99)	17,8	2,39	4,0	0,40	XII
Boli ale sistemului osteoarticular (M00-M99)	23,6	5,45	4,8	1,10	XI
Dereglări de ținută (F31-san)	12,6	3,79	2,5	0,64	XIV
Boli ale sistemului circulator (I00-I99)	34,1	3,63	7,4	0,99	VI
Traume (T00-T98)	7,5	1,31	1,5	0,16	XV
Boli ale urechii și ale apofizei mastoideiene (H60-H95)	6,8	0,27	1,5	0,05	XV

Cota patologiei cronice constituie 25,2% și 28,5% (26,9±2,70%) din numărul total de persoane cu probleme de sănătate în mediul urban și rural corespunzător.

Indicii structurali practic repetă tendințele caracteristice pentru indicii intensivi (tab. 1).

Nivelul incidenței principalelor clase de boală este determinat de prevalarea unor anumite forme nozologice. Astfel, patologia respiratorie este prezentată de maladiile cronice ale amigdalelor (43,4±13,38%) și de bronșitele cronice (15,6±4,39%); patologia aparatului digestiv de gastrite, duodenite 48,4±1,34%, patologia oftalmologică de scădere a acuității vizuale (82,8±0,04%), afecțiunile sângelui și organelor hematopoietice – de anemiile feriptive (97,9±12,02%), bolile endocrine – de obezitate (24,8±4,11%). Cu toate că patologia sistemului circulator ocupă numai locul al VI-lea în structura morbidității generale, s-a pus în evidență un fapt foarte alarmant – 32,9±21,97% cazuri de boală sunt prezentate de cardiopatia reumatică cronică. Analiza corelativă dintre nivelul de înregistrare a amigdalitelor cronice și cardiopatiilor reumatice a decelat existența unei conexiuni directe vădite (r=0,73).

În conformitate cu rezultatele actualei cercetări s-a constatat că proporția copiilor sănătoși este de 28,9±2,13%, a copiilor cu devieri funcționale – 45,3±4,26%, cu boli cronice – 25,8±3,23%. Printre copiii din perioada tardivă a adolescenței numărul celor sănătoși este cu 2,7±1,21% (p<0,05). Cu două sau mai multe comorbidități au fost certificați 20-27% dintre elevi (în funcție de vârsta și locul de reședință).

Trezește foarte mari îngrijorări ritmul și scorul creșterii anemiilor, miopiilor și tulburărilor mintale, cu atât mai mult că această tendință este caracteristică pentru majoritatea raioanelor din republică.

Un indice integral de evaluare a stării de sănătate a copiilor și adolescenților este grupa de sănătate. În perioada aflată sub observație, copii, în mediu 55,0±3,45% elevi, sunt considerați sănătoși, 41,0±2,36% – sunt raportați la grupa II de sănătate și 4,1±2,08% – la grupa III de sănătate. Din an în an crește numărul copiilor frecvent bolnavi și se micșorează numărul elevilor care nu s-au îmbolnăvit nici o dată.

S-au constatat devieri considerabile în ceea ce privește

dezvoltarea fizică. Masă corporală medie posedă  $79,8 \pm 2,42\%$  dintre copiii cu vârsta de 10-14 ani și  $81,7 \pm 1,89\%$  dintre copiii de 15-17 ani. Frecvența masei corporale normale depinde de locul de reședință și sex. Valorile medii ale masei corporale, în mediul urban, sunt mai frecvent în rândul fetelor, iar în mediul rural – printre băieții. Printre copiii din ambele perioade de adolescență, cu deviații ale masei corporale, semnificativ mai frecvent se întâlnește deficitul ( $14 \pm 2,36\%$  și, respectiv  $11,3 \pm 1,80\%$ ). Carența masei corporale este mai tipică pentru locuitorii orașului, cu precădere printre băieții și fetele de 10-14 ani –  $15,6 \pm 3,45\%$  și  $13,4 \pm 1,20\%$  corespunzător, versus  $12,1 \pm 2,45\%$  și  $11,5 \pm 1,72\%$  printre băieții și fetele de 15-17 ani corespunzător ( $p < 0,01$ ).

Talia normală (valorile medii) se întâlnește cu aceeași frecvență în ambele grupe de vârstă ( $79,9 \pm 3,24\%$ ). În ambele grupe de vârstă s-a înregistrat mai frecvent talia scundă  $12,3 \pm 1,74\%$  și  $7,8 \pm 1,36\%$  ( $p < 0,05$ ). Printre copii cu vârsta de 10-14 ani, niveluri joase ale taliei sunt mai frecvente la locuitorii din mediul urban, iar pentru cei în vârstă de 15-17 ani – la cei din mediul rural, atât băieți cât și fete ( $15,8 \pm 0,73\%$  și  $11,3 \pm 1,02\%$ ).

Deoarece din multitudinea de factori existențiali, determinanți ai sănătății umane, alimentația deține unul din locurile centrale, cu atât mai mult, pentru generația în creștere, cu considerarea rolului plastic, energetic și catalitic al alimentelor, am considerat important de a prezenta mai detaliat rezultate relevante, referitor la acest factor.

Problema fundamentală a alimentației umane o constituie realizarea unui bilanț echilibrat între necesitățile alimentare ale organismului și satisfacerea acestor necesități prin aport corespunzător de substanțe nutritive, în cadrul unei alimentații raționale, care presupune asigurarea echilibrată a necesităților organismului.

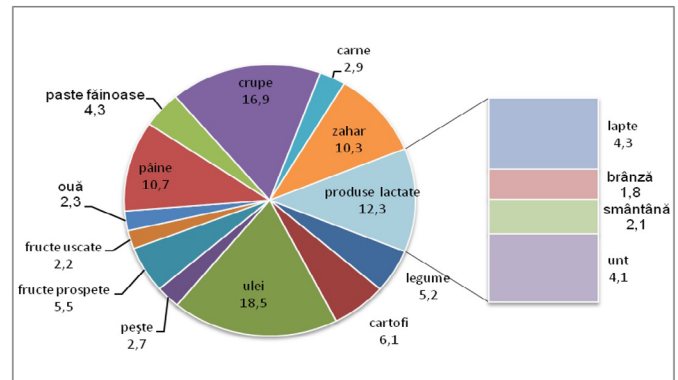
În R. Moldova până în anul 2003 alimentația copiilor instituționalizați era acoperită (realizată, organizată) numai cu produse provenite din ajutoare umanitare și anume: paste făinoase, ulei, fulgi de cartofi.

Începând cu ianuarie 2003, alimentația copiilor din școli și grădinițe a fost diversificată, inclusiv cu produse de origine animalieră, actualmente incluzând toate grupele de produse alimentare. În perioada 2003-2015 s-a majorat consumul cantitativ la unele grupuri de produse alimentare, care se încadrează în limitele de la  $18,1 \pm 17,08\%$  pentru brânză până la  $57,5 \pm 14,8\%$  pentru cartofi, în raport cu anul de referință 2003. Cotele majorării fiind de  $50,0 \pm 15,64\%$  pentru fructe,  $49,5 \pm 12,66\%$  pentru legume,  $40,7 \pm 9,91\%$  pentru lapte,  $39,4 \pm 15,36\%$  pentru unt și  $28,5 \pm 23,50\%$  pentru carne.

În același timp se constată și o neuniformitate a dinamicii de diversificare a rației alimentare a copiilor instituționalizați din RM, astfel încât putem distinge 4 subperioade – 2003-2004 și 2005-2006, 2006-2012 și 2013-2015. La prima etapă diversificarea rației s-a efectuat preponderent pe contul produselor de origine vegetală, la cea de-a doua și cu produse de origine animalieră (lapte și produse din lapte), la cea de-a treia – cu produse de origine animalieră (carne și produse din carne), iar la cea de-a patra – o înrăutățire a acestui indicator, cu tendințe de majorarea cotelor produselor de origine vegetală (preponderent crupe). Pentru toate produsele se constată o tendință de sporire cu rata medie anuală de  $9,3 \pm 2,00\%$  anul, variind de la  $6,9\%$  (carnea și derivatele ei) până la  $11,3\%$  (unt).

Structura produselor alimentare este dominată de pâine, crupe și produse de panificație ( $31,9 \pm 8,80\%$ ), urmate de lapte și derivatele lui ( $12,5 \pm 4,31\%$ ), legume și cartofi ( $11,3 \pm 1,79\%$ ), carne

și derivatele ei ( $2,9 \pm 2,31\%$ ), pește ( $2,7 \pm 2,51\%$ ), ouă ( $2,3 \pm 2,40\%$ ) etc. (fig. 1).



**Figura 1.** Structura produselor alimentare folosite în instituțiile preșcolare și preuniversitare din RM

Se constată că în perioada analizată, rația alimentară asigură acoperirea cheltuielilor de energie cu  $101 \pm 16,3\%$  și  $107 \pm 19,6\%$ , respectiv la preșcolari și elevi. În ceea ce privește acoperirea cu principiile nutritive de bază, acoperirea necesarului de proteine constituie  $74,0 \pm 10,77\%$  și  $82,0 \pm 9,71\%$ , de lipide –  $72,0 \pm 24,04\%$  și  $77,0 \pm 17,36\%$ , de glucide –  $127,0 \pm 8,05\%$  și  $120,0 \pm 20,14\%$  corespunzător pentru preșcolari și elevi, fapt evaluat negativ din punct de vedere a sănătății publice și care, într-o anumită măsură, explică tendințele dinamicii dezvoltării fizice a populației pediatrice. Raportul dintre principiile nutritive de bază este:  $1:0,96:6,82$  pentru preșcolari și  $1:0,96:6,37$  pentru elevii claselor, versus norma de  $1:1:4$ .

Rația alimentară acoperă necesarul în produse de origine animalieră în proporție de numai  $28,8 \pm 7,70\%$  cu variații de la  $19,1 \pm 16,24\%$  (pește) până la  $40,5 \pm 9,83\%$  (lapte). În același timp și carența în fructe și legume este considerabilă, în mediu valorând  $47,0 \pm 5,57\%$ . Cea mai consemnată acoperire este caracteristică pentru pâine și produsele de panificație –  $107,9 \pm 29,85\%$ , care se asigură cu precădere pe contul crupelor –  $152,0 \pm 49,85\%$ .

În afară de cele constatate, limitarea drastică a finanțării sănătății preventive și crearea ANSA, a condus la pierderea controlului asupra factorului central determinant al sănătății, a stării de sănătate a copiilor din toate grupele de vârstă, la limitarea activităților profilactice și de promovare a sănătății, cu precădere în sectorul asistenței medicale primare. Toate acestea complică proiectarea și implementarea măsurilor de conservare a sănătății, inclusiv a tehnologiilor performante de prevenție, de diagnostic și de tratament în organizarea asistenței medicale a copiilor la etapa asistenței medicale primare.

Organizarea asistenței medicale primare este o prioritate nu numai a științei, dar și a organelor statale de conducere. Acest lucru se datorează faptului că asistența medicală primară joacă un rol-cheie în implementarea măsurilor de protecție a sănătății copiilor, asigurarea cu servicii medicale calitative, elaborarea și introducerea unor tehnologii moderne, argumentate științific pentru prevenția morbidității și dizabilității copiilor.

Este necesar de a implementa noi abordări în efectuarea examenelor medicale profilactice a elevilor. Este insuficient ca medicul de familie doar să reamintească părinților despre necesitatea efectuării examinărilor la începutul anului școlar, poziția pro activă a medicinei de familie este crucială. Elevii trebuie invitați activ pentru examinări.

Este indicată oportunitatea extinderii protocolului de examinare medicală în adolescență, cu includerea examenului alergologului-imunologului, gastroenterologului, investigarea funcției respiratorii, USG glandei tiroide și organelor sistemului hepato-bilio-pancreatic.

Discuții. Evaluarea sănătății în colectivități de copii și tineri reprezintă în prezent un obiectiv important și motiv de preocupare pentru guvernare, deoarece asigurarea sănătății la aceste vârste reprezintă garanția unui nivel de sănătate acceptabil la generațiile următoare și a dezvoltării durabile ale societății. Acest obiectiv este foarte complex, întrucât, în cazul copiilor și adolescenților, este vorba deopotrivă de mediul de viață în centrul populat, privind calitatea aerului, a apei, a alimentului și alimentației, cu efectele asupra sănătății organismului expus, dar și de mediul și modul de viață și activitate școlară [8, 10, 11].

Evaluarea și monitorizarea unor aspecte de sănătate ale populației pediatrice din diverse colectivități de copii și tineri este o preocupare constantă a serviciilor medicinei preventive (sub diversă formă de organizare) atât în țările din UE cât și în fostele republici ex-URSS. Adicional, conform recomandărilor OMS, cunoașterea este aprofundată prin realizarea, în ultimele două decenii, a unor programe naționale de sănătate în relație cu mediul și un complex de studii și cercetări care s-au referit la diverse aspecte ale sănătății în paralel cu factorii de risc.

Literatura de specialitate și studiile efectuate au semnalat dinamici negative și tendința de înrăutățire a stării de sănătate a copiilor și adolescenților, atât în țările dezvoltate, puternic industrializate, cât și în cele în curs de dezvoltare [1]. Tendințe similare sunt înregistrate și în RM [9,10] cât și la nivel regional (în România și CSI) [8]. Nutriția nesănătoasă și suprasolicitarea educațională sunt menționați ca factori de risc prioritari pentru sănătatea tinerei generații [2]. Rezultate similare au fost

evidențiate și în actualul studiu.

Alimentația în instituțiile preșcolare și preuniversitare din RM, nu pot determina o nutriție sănătoasă, atât din punct de vedere energetic, cât și nutrițional. Literatura de specialitate și studiile efectuate au semnalat necesitatea îmbunătățirii managementului medicului de familie în supravegherea copiilor.

#### Concluzii:

1. Pe fondul situației socio-economice complexe și instabile, caracteristică pentru dezvoltarea RM în ultimele două decenii, s-au format tendințe negative a stării de sănătate a copiilor și adolescenților din toate grupele de vârstă.

2. În promovarea și fortificarea stării de sănătate a copiilor și adolescenților sunt indispensabile colaborarea inter-instituțională, relațiile permanente între profesioniștii învățământului și cei ai sănătății pentru reglementări privind condițiile de mediu fizic în colectivități de copii și școlari, precum și cerințele, solicitările, exigențele procesului de învățământ.

3. În prezent se impune necesară fundamentarea științifică și dezvoltarea noilor abordări privind organizarea asistenței medicale a copiilor și adolescenților și desfășurarea activităților de promovare și fortificare a stării de sănătate, prin optimizarea asistenței medicale primare cu considerarea stării de sănătate, factorilor care influențează formarea sănătății și asigurarea medico-socială a segmentului respectiv de populație, în condițiile actuale de dezvoltare a societății.

4. Este indicată oportunitatea extinderii protocolului de examinare medicală în adolescență, cu includerea examenului alergologului-imunologului, gastroenterologului, investigarea funcției respiratorii, USG glandei tiroide și organelor sistemului hepato-biliar-pancreatic.

#### Bibliografie

1. Barlow Sarah E., the Expert Committee. Expert Committee Recommendations Regarding the Prevention, Assessment, and Treatment of Child and Adolescent Overweight and Obesity: Summary Report, *Pediatrics* 2007; 120:5164-5192
2. Cazacu-Stratu Angela, Cojocaru Iu., Gherciu-Tutuescu Svetlana, Ostalep T., Babin Lucia, Hăbășescu I. Evaluarea stării de sănătate a elevilor din instituțiile preuniversitare din mun. Chișinău în relație cu condițiile de instruire. În *Sănătate publică, Economie și Management în Medicină*. 3(60)/2015.p.31
3. Dumitrache Carmen, Stanescu Camelia Teodora, Kassai Viorica, Nicolescu Rodica, Ursu Ciprian, Drost Magdalena. Evaluarea nivelului de dezvoltare fizică și a stării de sănătate pe baza examenelor medicale de bilanț la copiii și tinerii din colectivitățile școlare din mediul urban și rural. Disponibil pe <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2014/12/Raport-BILANT-2013.pdf>
4. Friptuleac Gr. Sabau D., Rubanovici Vi. Aspecte ale morbidității prin boli ale aparatului digestiv în relație cu unii factori de risc. În *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 3(60)/2015.p. 41
5. Meșina V., Zepca V., Arnaut N., Țigănaș O. Abilități igienice la elevii instituțiilor de învățământ primar din Republica Moldova. În *Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină*. 3(60)/2015. p.134
6. Opopol N., Cebanu Angela, Obreja Galina. Nutriția în sănătatea publică. Ch.: Bons Offices, 2006, -190 p.
7. Portretul adolescentului moldovean, explicat de Ministerul Sănătății. Disponibil pe <http://agora.md/stiri/17723/portretul-adolescentului-moldovean-explicat-de-ministerul-sanatatii>
8. Raport național de sănătate a copiilor și tinerilor din România – 2015. pdf. Disponibil pe <http://insp.gov.ro/sites/cnepss/wp-content/uploads/2016/01/Raport-National-de-Sanatare-a-Copiiilor-si-Tinerilor-din-Romania-2015.pdf>
9. Rezultatele studiului asupra sănătății populației în Republica Moldova. / Biroul Național de Statistică al R. Moldova. – Ch.: Statistica, 2006 (tipar. SA "CRIO"), -286 p.
10. Situația privind sănătatea și dezvoltarea adolescenților în Republica Moldova. Disponibil pe <http://sspt.md/index.php?pag=news&id=293&rid=274&l=ro>
11. UNICEF – Moldova. Sănătatea și dezvoltarea adolescenților. 2009. Disponibil pe <https://www.unicef.org/moldova/03-2009 Rom Adoles Health and Develop.doc>
12. Vasilov M: Aprecierea igienică a orarului școlar. Sinteză națională. Edit. Cermi, Iași. 2002
13. Wang Y., Lobstein T. Worldwide trends in childhood overweight and obesity. *Int J Pediatr Obes* 2006; 1:11-25.
14. Сепетлиев Д. Статистические методы в научных медицинских исследованиях: Пер. с болгар. – М.: Медицина, 1968. – 420 с.