

## MATERIALELE CONGRESULUI III AL MEDICILOR DE FAMILIE

Tabelul 1

## Dinamica indicilor funcției diastolice și BNP la medicația de 6 luni

Parametri	inițial			6 luni		
	lotul I Valsartan	lotul II Eprosartan	lotul III Losartan	lotul I Valsartan	lotul II Eprosartan	lotul III Losartan
E/A	0,70 ± 0,05	0,68 ± 0,04	0,67 ± 0,03	1,1 ± 0,04*** + 57,1%	1,1 ± 0,06*** + 61,7%	1,0 ± 0,05*** + 49,2%
TRIV, m/sec	145 ± 4,1	147 ± 4,3	150 ± 3,2	123 ± 2,5*** - 15,2%	121 ± 2,7*** - 17,7%	129 ± 2,9*** - 14%
CF (NYHA)	2,2 ± 0,1	2,18 ± 0,1	2,16 ± 0,09	2,0 ± 0,07*** - 9,0%	1,9 ± 0,07*** - 12,8%	2,0 ± 0,08** - 7,4%
BNP, fmol/ml	185 ± 6,1	198 ± 4,7	180 ± 5,8	147 ± 2,1** - 20,5%	142 ± 3,5*** - 28,3%	150 ± 5,2* - 17%

\* - p &lt; 0,05 comparativ cu inițial

\*\* - p &lt; 0,01 comparativ cu inițial

\*\*\* - p &lt; 0,001 comparativ cu inițial

E/A – raportul durată umplerii precoce și tardive;

TRIV – timpul de relaxare izovolumetrică;

BNP – peptida natriuretice cerebrală.

**Concluzii**

1. Terapia de durată cu ARA II (Valsartan, Eprosartan sau Losartan) ameliorează indicatorii funcției diastolice, ca și nivelul peptidei natriuretice cerebrale, lucru care condiționează un prognostic favorabil în perspectivă.

2. Mecanismul dublu de acțiune al Eprosartanului îl favorizează în această situație clinică față de Valsartan și, în mod special, de prototipul acestei clase de remedii – Losartan.

## Evaluarea copiilor cu greutatea mică la naștere în practica medicului de familie

\*N. Revenco, E. Iavorscaia, V. Grosu, S. Beniș, C. Dolganiuc, N. Braniște

Department of Pediatrics, Nicolae Testemitanu State Medical and Pharmaceutical University  
93, Burebista Street, Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: +373 022 527426. E-mail: neli\_revenco@hotmail.com

Manuscript received March 05, 2012; revised March 30, 2012

### The evolution of low birth weight in a family doctor's practice

This study focused on the monitoring and promoting the health of LBW – infants during their first year of life. The value and stumbling blocks for integrated management of LBW – babies were assessed based on the development and one – year outcomes of two groups of LBW – infants managed at one of polyclinic from Chișinău (full – term babies with intrauterine grow retardation and premature babies). The two groups were compared based on parent – related factors, the characteristics of the babies and the health promotion services provided by the polyclinic. the availability of various integrated health care services ensuring global management proved beneficial.

**Key words:** low birth weight, premature babies, full-term babies.

### Наблюдение детей с низкой массой тела при рождении в практической деятельности семейного врача

Был сделан анализ 60 амбулаторных карточек детей, рожденных с низкой массой (недоношенных, доношенных, но с ЗВР (задержка внутриутробного развития) в течение 1 года жизни. У обеих групп детей были выявлены факторы риска в перинатальном и постнатальном периодах. Была сделана оценка качества наблюдения этих детей в условиях поликлиники.

**Ключевые слова:** задержка внутриутробного развития, новорожденный недоношенный, доношенный.

## Introducere

În condițiile crizei demografice, ca rezultat al dezagregărilor sociale, economice și politice, care au adus la creșterea morbidității și mortalității în toate grupurile de vârstă, menținerea sănătății copiilor trebuie să fie un obiectiv prioritar al politicii statului și un factor important al securității sociale. Conform datelor statistice, ponderea copiilor cu greutatea mică la naștere este de 16-29%, [1]. Acest contingent de sugari au un procent înalt al morbidității și letalității pe parcursul primului an de viață [2]. În această publicație este prezentată o analiză retrospectivă a dezvoltării sugariilor cu greutatea mică la naștere de la 0-12 luni, și anume, comparând dezvoltarea fizică și neuropsihică precum și morbiditatea lor [3].

## Material și metode

În studiul retrospectiv au fost analizate fișele de observație a 60 de copii, cu vârsta de la 0-12 luni, născuți cu greutatea mică la naștere, în perioada anilor 2007-2009, aflați la evidență la CMF nr. 7, Sectorul Centru, mun. Chișinău.

Sugarii au fost împărțiți în 2 loturi:

**I lot** a cuprins: copii cu retard de dezvoltare intrauterină (RDIU), iar în **lotul II** au fost incluși copii prematuri. Analiza copiilor după termenul de gestație a sugerat următoarea informație: au fost născuți la 31-33 de săptămâni, 22 de copii – 34-37 de săptămâni. Au fost analizați factorii: ante-, intra- și postnatali, cât și starea clinică a copiilor la naștere.

Supravegherea copiilor pe parcursul primului an de viață a inclus: alimentația copiilor, evoluția neurologică și statutul psihomotor, dezvoltarea fizică, morbiditatea copiilor, procedeele profilactice aplicate.

Dintre toți copiii evaluați, 45 au fost supravegheați regulat la policlinică (75%), iar 15 copii (25%) s-au adresat la policlinică după necesitate.

Caracteristica populației de femei: vârsta medie a mamelor din **lotul I** a constituit 26-29 de ani, iar **lotul II** – 27-33 de ani. În grupul copiilor născuți prematuri au predominat mame cu studii medii speciale și fără studii 60% (18 femei), pe când în **lotul I** – 40% (12 femei).

De menționat, că în grupul femeilor care au născut prematur, 9 femei (30%) au avut condiții de muncă nocive sau au lucrat intensiv până la sfârșitul sarcinii, neavând concediu de maternitate. În **lotul I** acest indice a constituit doar 13,1% (4 femei).

În plan matrimonial 80% (24 de femei) din **lotul I** erau căsătorite, comparativ cu 86,1% (26 femei) din **lotul II**.

**Analiza antecedentelor social-economice** complicate a notat în **lotul I** – 33,1% (10 femei), iar în **lotul II** – 16,2% (5 femei).

**Studiul antecedentelor obstretical-ginecologice** la mamele copiilor evaluați conform dosarelor studiate, a stabilit că în **lotul I** au fost mai multe femei cu anemii în timpul sarcinii, comparativ cu **lotul II**. Se observă o predominare în **lotul I** a femeilor care au avut gestoze gr. II, pe când în **lotul II** nu am întâlnit asemenea cazuri.

De menționat, că în **lotul** copiilor care s-au născut prematur, mamele aveau mai frecvent în anamneză toxicoză în termeni precece ai sarcinii, iminență de avort.

**Analiza clinică a copiilor studiați** a demonstrat că starea clinică a copiilor născuți prematur era mai gravă: 18 copii (60%) din acest grup au avut în primele 5 minute de viață scorul APGAR mai mic de 7 puncte, iar din **lotul** copiilor născuți la termen doar 16,2% (5 copii). Greutatea corporală a copiilor din **lotul II** era mai mică decât a copiilor din **lotul I** (tab. 1).

Tabelul 1

## Antecedente materne la copii

Parametri	Lotul I	%	Lotul II	%
<b>Factori biologici normali</b>	28 de femei	50%	8 femei	35,8%
<b>Factori biologici anormali</b>	28 de femei	50%	15 femei	67,9%
<b>Factori sociali normali</b>	31 de femei	72,8%	14 femei	72,3%
<b>Factori sociali anormali</b>	14 femei	29,3%	8 femei	29,8%
<b>Anemii</b>	2 femei	2,5%	4 femei	11,3%
<b>Gestoze</b>	4 femei	8,2%	-	-
<b>Toxicoze</b>	3 femei	6%	11 femei	22,9%
<b>Pielonefrite</b>	-	-	6 femei	9,13%
<b>IRVA în sarcină</b>	2 femei	2,5%	4 femei	8,2%

Durata aflării copiilor în maternitate și, respectiv, în secțiile specializate a constituit în **lotul I**: 7-10 zile, comparativ cu **lotul II** – 17-24 de zile.

Patologia nou-născuților în perioada neonatală a fost următoarea: omfalită: 2 copii cu RDIU și 4 copii prematuri; encefalopatie hipoxico-ischemică (EHI): 24 de copii (80%) născuți la termen și 28 de copii prematuri (93,2%); pneumonie: 5 copii (6,2%) născuți la termen și 9 copii prematuri (30%); infecție intrauterină: 18 copii (60%) cu RDIU și 28 de copii prematuri (93,2%); torticolis muscular, picior strâmb: câte 2 copii din **lotul I** și **II** (13,2%).

Analiza morbidității neonatale a stabilit o predominare în **lotul al II-a** al afecțiunilor hipoxico-ischemice ale sistemului nervos central, deseori, pe fundalul hipoxiei cronice intrauterine a fătului, ceea ce este autentic mai frecvent, comparativ cu **lotul I**, a infecțiilor intrauterine, fiind și aceasta o cauză a suferinței fetale. De asemenea, la nou-născuții prematuri am observat un procent mai mare al icterelor neonatale, legate de imaturitatea ficatului și acțiunea toxică asupra lui.

Analiza alimentației copiilor în primul an de viață a stabilit că 1/3 dintre copii au fost alimentați natural până la vârsta de un an și, aproximativ același număr de copii prematuri, s-au alimentat natural.

Evoluția neurologică și statutul psihomotor al copiilor studiați a demonstrat că o dezvoltare psihomotorie normală a fost în **lotul I** – 100% copii, iar în **lotul II** – 90% (27 de copii). Doar 2 copii născuți prematur la termenul de gestație de 32 de săptămâni, cu greutatea de 1 800 g, au avut retard psihomotor. Tratatament neurologic au administrat, în **lotul I** – 24 de copii (88%), iar în **lotul II** – 27 de copii (90%). Controlul sistematic al neurologului au fost supuși doar 25 de copii (81,1%) din cei născuți prematuri, deși diagnosticul de encefalopatie perinatală hipoxico-ischemică a fost stabilit la 68 de copii (93,2%) din acest lot.

Examenul ecografic (neurosonografia) s-a efectuat la 15 copii (50%) din **lotul I** și la 25 de copii (83,3%) din **lotul II**. Majoritatea copiilor nu au efectuat examenul sonografic la neurolog.

Majoritatea copiilor evaluați au avut o dezvoltare fizică normală, care corespunde vârstei postnatale din **lotul I** cu 22 de copii (73,2%) și **lotul II** cu 24 de copii (90%). Am constatat în ambele loturi o incidență a stării de fond: rahitism, anemii, diateze alergice, frecvența lor prevalând în **lotul** copiilor prematuri. Stările de fond stabilite, în asociere cu alimentația artificială precece, patologia perinatală, au creat un fundal nefavorabil, condiționând scăderea capacității imunologice a copiilor, manifestată prin infecții virale

cu predominarea la copiii prematuri. Diareea, diatezele alergice s-au semnalat frecvent la sugarii cu alimentație artificială precoce (de la 2-3 luni de viață).

Profilaxia rahitismului s-a efectuat doar la 40 de copii (66,4%) din ambele loturi, iar tratamentul lui - la 25 de copii (90%). Anemia stabilită a fost tratată doar în 1/3 cazuri (în lotul I - 46,2% și lotul II - 60%), iar profilaxia anemiei s-a efectuat doar la 12 copii (40%). Investigațiile paraclinice au demonstrat următoarele: analiza generală a sângelui s-a efectuat doar la 22 de copii (73,2%) din lotul I și la 15 copii (50%) din lotul II. Unui copil prematur, născut la termenul de 32 de săptămâni gestationale, analiza generală a sângelui nu i s-a efectuat niciodată, pe parcursul primului an de viață. Analiza generală a sângelui s-a efectuat la 10 copii (33,1%) din lotul I și la 15 copii (50%) din lotul II.

Vaccinarea în maternitate a fost efectuată, respectiv, în lotul I la 90% și lotul II la 85% copii. Ulterior, pe parcursul primului an de viață, au fost vaccinați toți copiii din lotul II și 97,5% din lotul I.

Supravegherea și fortificarea sănătății copiilor cu greutate mică la naștere merită o atenție particulară pentru a limita mortalitatea și morbiditatea lor [4]. În studiul prezentat, am analizat dosarele copiilor cu greutate mică la naștere (atât cu reținere în dezvoltare intrauterină cât și prematuri), având ca obiective, în primul rând, evidențierea factorilor de risc ante-, intra- și postnatali, evoluția fizică, psiho-motorie a acestor copii pe parcursul primului an de viață, urmărind trasarea unor căi de ameliorare a asistenței lor medicale în perioada infantilă.

În urma analizei efectuate, am stabilit diferențe (deseori autentice) în loturile studiate, începând cu perioada antenatală. La această etapă, este necesară evidențierea gravidelor din grupul de risc sporit (nașteri premature, gestoze, iminențe de întrerupere a sarcinii) cu tratamentul lor complex pentru a evita atât complicațiile la naștere, cât și în perioada postnatală, ameliorarea condițiilor socio-economice ale femeilor din familiile vulnerabile, celibatate; stabilizarea cuplului familial, sporirea nivelului de instruire a mamelor, ceea ce reprezintă un factor semnificativ în sănătatea acestor copii. Totuși, lipsa studiilor speciale sau sărăcia relativă nu întotdeauna constituie un obstacol în evoluția sănătății sugariilor, ceea ce au remarcat și alți autori [3].

S-a stabilit că copiii născuți prematur erau mult mai fragili, prezentând factori de risc din momentul nașterii, în special, cei cu vârsta de gestație mai mică de 34 de săptămâni (un scor APGAR

mai mic la naștere, o incidență mai înaltă în perioada neonatală a diverselor patologii, ca EHI, IIU, icterul și alte patologii asociate).

Efectele pozitive ale supravegherii regulate pe parcursul primului an de viață a copiilor cu greutate mică la naștere s-au reflectat semnificativ asupra calității nutriției acestor copii și a profilaxiei patologiei pe parcursul perioadei infantile. 1/3 dintre copiii ambelor loturi au fost alimentați natural, ceea ce a favorizat o dezvoltare fizică și psiho-motorie normală.

Datele morbidității copiilor, cuprinși în studiu, trezesc îngrijorarea față de incidența destul de înaltă a stărilor de fond. Este de notat faptul că atenția necesară tratamentului și profilaxiei acestor stări, mai ales în cazul copiilor din grupurile de risc sporit (profilaxia rahitismului, a anemiilor, în special, la prematuri), nu se efectuează suficient investigațiile paraclinice necesare pentru depistarea eventualelor dereglări la acești copii. Cu toate acestea, un indice pozitiv în activitatea CMF este imunizarea la timp și în masă a copiilor.

Copiii cu greutate mică la naștere prezintă un grup de risc sporit. Fiind externați la domiciliu, după aflarea în maternitate sau în serviciile neonatale specializate, acești copii trebuie să beneficieze de o supraveghere riguroasă atât din partea medicului de familie, cât și de medicii - specialiști, pentru a le asigura o dezvoltare fizică și psiho-motorie normală. În acest scop, calitatea supravegherii lor pe parcursul primului an de viață poate fi influențată de următorii factori: ameliorarea asistenței medicale femeilor însărcinate, cu evidențierea gravidelor grupului de risc sporit; maturitatea și stabilizarea cuplului în plan psiho-afectiv, social și economic; ameliorarea calității serviciilor prestate și a relațiilor dintre mame și personalul medical, capabil de a informa și educa părinții, atât în timpul aflării lor în maternitate sau serviciile neonatale, cât și în timpul vizitelor la policlinică și domiciliu; asigurarea unui minimum de organizare funcțională și structurală a asistenței medicale în condițiile CMF, pentru a corespunde necesităților sugariilor (organizarea consultațiilor copiilor, investigațiilor paraclinice etc.).

### Bibliografie

1. Шабалов НП, Таболин ВА. Неонатология. Ленинград, 2000;1-2:160.
2. Brown R. Practical Neonatal Pediatrics. Second Ed., 2003;48.
3. Avery ME. Intrauterine developmental retardation. *Pediatrics*. 2005; 89;7:397.
4. Polin Richard A. Practical neonatology. Philadelphia, 2004;66-125.
5. Ghidul Național de Perinatologie „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale”. 2006;127.