

## EVOLUȚIA SĂNĂTĂȚII PREȘCOLARILOR ȘI A ELEVILOR ÎN REPUBLICA MOLDOVA PRIN PRISMA EXAMINĂRII MEDICALE PROFILACTICE

Galina BUTA<sup>1</sup>, Zina COBĂLEANU<sup>2</sup>,  
Iurie GUZGAN<sup>2</sup>, Pavel BORȘ<sup>2</sup>, Vasile CORCEA<sup>2</sup>,  
<sup>1</sup>USMF Nicolae Testemitanu,  
<sup>2</sup>IMSP Spitalul Clinic Republican

### Summary

#### *The dynamics of preschoolers and schoolers' health in the Republic of Moldova through preventive health examination*

There were analyzed the official statistical data on preventive examinations results in children aged 0-18 years in the period 2003-2011. The period surveyed is considered sufficient to assess the organization of the health system and its influence on the young generation morbidity indicators. The research showed that the most frequently recorded deficiency is "low visual acuity" with a national wide rate which varies between 26.6 and 19.8 in 1000 examined pupils. In the cities this indicator is higher compared to the national average, while the district level is lower. Most often this deficiency is detected in 2nd-4th and 5th-8th graders. The 2nd place at a significant distance from the 1st, is occupied by „physical retardation” cases. This deficiency is often detected in the rayons, where the rates are higher than the national average and the rate in municipalities is lower. The 3rd place is occupied by “bad posture disorders”, which rates, compared to the national average, are higher in municipalities and lower in rayons. These diseases are often first detected in the 1st grade pupils. “Speech defects” and “scoliosis” share the 4th place in the ranking. More often they occur in the municipalities and rarely in rayons. In this case most frequently they are detected in pupils of 1st and 2nd-4th grades. Preventive medical check-ups help identify areas of intervention for family doctors, specialists and managers in the health system, in order to improve children health.

**Keywords:** children, preschool, school age, morbidity, prophylactic examinations

### Резюме

#### *Динамика здоровья детей дошкольного и школьного возрастов Республики Молдова на основании профилактических медицинских осмотров*

Изучены статистические данные, представленные Национальным Центром Мененджемента в Здравоохранении, относящиеся к профилактическим осмотрам детей 0-18 лет за период 2003-2011 г. Установлено, что чаще всего выявлено „понижение остроты зрения”, которое на национальном уровне составляет от 26,6 до 19,8 случаев на 1000 осматриваемых. В городах этот показатель выше по сравнению со средним по стране, в то время как на уровне районов – ниже. Понижение остроты зрения чаще всего выявляется у учеников 2-4 и 5-8 классов. Второе место занимает «отставание в физическом развитии». Этот недостаток чаще выявляется в районах, где уровень выше, чем в среднем по стране. На уровне муниципий этот показатель ниже. Третье место занимают «нарушения осанки». Регистрируемый показатель на уровне муниципий выше, а в районах выше, чем в среднем по стране. Эти нарушения чаще выявляются у первоклассников. «Дефекты речи» и «сколиоз» занимают 4-е место в рейтинге. На уровне муниципий этот показатель выше, чем в среднем по стране, когда в районах – ниже. Чаще всего эти состояния выявляются у первоклассников и учащихся 2-4 классов. Таким образом, профилактические осмотры дают возможность найти места приложения воздействия семейных врачей, специалистов и руководителей в системе здравоохранения для улучшения здоровья детей.

**Ключевые слова:** дети, дошкольный возраст, школьный возраст, заболеваемость, профилактические медицинские осмотры

### Introducere

Promovarea și protejarea sănătății populației pe tot parcursul vieții sunt printre cele mai importante obiective ale comunității mondiale, reflectate în *Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului* [1] și în *Strategia Sănătatea pentru toți în secolul XXI* a Organizației Mondiale a Sănătății [2, 3].

Nivelul și structura morbidității pediatrie au fost studiate de mai mulți autori. Acest domeniu merită o atenție deosebită, deoarece, în condițiile implementării asigurărilor obligatorii de asistență medicală, serviciile medicale la copii sunt acordate de către medicii de familie. În plus, se constată un nivel net superior al morbidității generale înregistrate la copii – de circa 2 ori – în comparație cu cel înregistrat la populația adultă ( $p < 0,05$ ), atât după prevalență, cât și după incidență.

Morbiditatea populației poate fi analizată în baza rezultatelor examenelor medicale profilactice. Rezultatele scot în evidență nu numai bolile, ci și stările patologice care nu au fost până acum un pretext de adresare în instituțiile medicale. Cu atât mai mult cu cât evidența integrală a tuturor maladiilor se efectuează după diagnozele precizate.

În scopul supravegherii dinamicii dezvoltării copiilor și a depistării timpurii a stărilor morbide, anual se organizează examenul medical profilactic al copiilor. Acesta se desfășoară preponderent în lunile august–septembrie, la nivelul sectorului medical primar, și implică antrenarea medicilor-specialiști de profil: neurolog, oftalmolog, chirurg-ortoped, pediatru, stoma-

tolog, logoped și psihiatru. Investigațiile clinice și paraclinice, conform vârstei și patologiilor înregistrate, se efectuează în baza Programului Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală, Standardelor și Protocoalelor Clinice, aprobate de către Ministerul Sănătății Republicii Moldova [4, 5].

În urma realizării reformelor în sistemul de sănătate și adaptării la condițiile socioeconomice actuale, apare necesitatea efectuării studiilor speciale, orientate spre determinarea particularităților medico-demografice și a morbidității populației. Studiile sunt realizate în baza metodelor contemporane de evaluare și analiză, având ca scop determinarea priorităților ce țin de perfecționarea și optimizarea activităților în medicina de familie [6, 7].

Scopul studiului constă în analiza nivelului și a structurii morbidității pediatrie în contextul examenelor medicale profilactice.

### Material și metode

A fost analizată dinamica datelor statistice oficiale ale Centrului Național de Management în Sănătate (CMNS) privind rezultatele examinărilor profilactice ale preșcolărilor și elevilor din Republica Moldova, pentru perioada 2003-2011 [8]. Intervalul de timp analizat a fost dictat de caracteristicile comune ale grupelor participante la studiu în această perioadă, fiind diferite până în anul 2002 inclusiv și, respectiv, după 2012.

Analiza statistică a rezultatelor obținute a fost realizată cu ajutorul procedurilor specifice de sistematizare și organizare a cercetării. Interpretarea datelor a inclus aplicarea unui șir de operații și metode de lucru specifice sistematizării materialului factual brut, grupării statistice în funcție de parametri și niveluri. Prezentarea datelor statistice s-a efectuat prin tabelare și construcții de grafice [9].

### Rezultate și discuții

Potrivit datelor statistice ale CNMS, în rezultatul examenelor medicale profilactice, cea mai înaltă rată au înregistrat maladiile care se manifestă prin „**acuitatea vizuală scăzută**” (figura 1). Astfel, la 1000 de copii examinați s-au înregistrat de la 26,6 cazuri în anul 2003, urmând o scădere treptată, dar cu mici oscilații, până la 19,8‰ în anul 2011.

Analiza după locul de reședință denotă faptul că la nivel de municipii rata celor depistați cu acuitate vizuală scăzută este mai înaltă față de media pe țară și la nivel de raioane. Cu toate acestea, ratele au avut tendința de scădere lentă de la 43,3‰ în anul 2003 la 15,9‰ în 2009, fiind cea mai joasă rată pe toată perioada luată în studiu. În anul 2010 se înregistrează o creștere de până la 20,3 cazuri la 1000 examinați, urmată de o scădere de până la 18,9‰ în 2011.

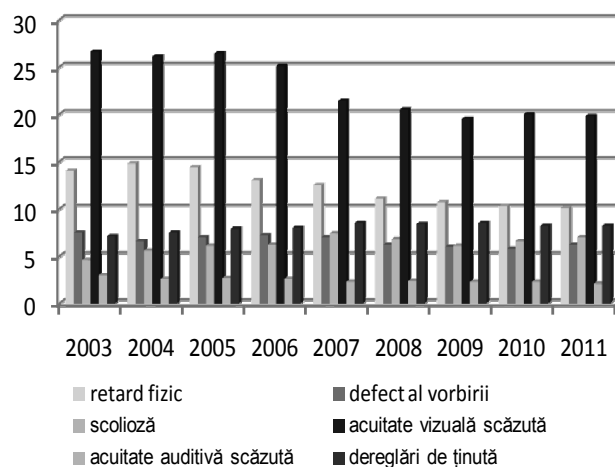


Figura 1. Evoluția sănătății preșcolărilor și elevilor în Republica Moldova (2003-2011)

La nivel de raioane, curba se manifestă cu valori mai joase față de media pe republică, care în primii ani scade în dinamică de la 22,0‰ (2003) până la 20,4‰ (2007). În continuare, caracterul este oscilatoriu, dar cu tendință de micșorare: 20,5‰ (2008), 20,6‰ (2009), 19,9‰ (2010) și 20,0‰ (2011).

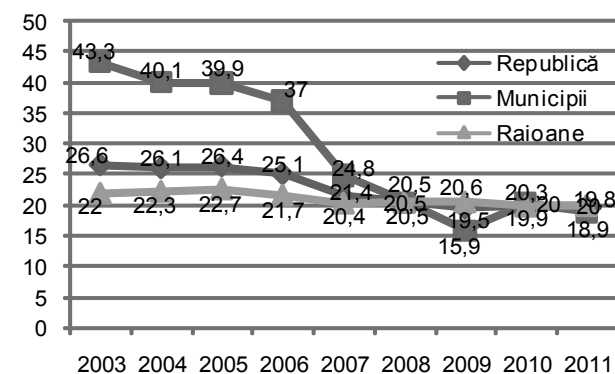


Figura 2. Evoluția valorilor „acuității vizuale scăzute” la 1000 de examinați, în funcție de mediul de reședință, anii 2003-2011

Analizând evoluția depistării acuității vizuale în funcție de grupele de studiu, constatăm că, odată cu înaintarea în vârstă, aceasta deficiență este depistată mai frecvent (figura 3). Astfel, cele mai joase rate s-au înregistrat la preșcolari, variind între 7,9‰ (2003) și 4,1‰ (2011), păstrând tendința clară de descreștere pe toată perioada. Este de menționat că aceste valori sunt mult mai joase față de media pe țară. Celelalte grupe luate în studiu au înregistrat valori mai mari decât media pe țară. Astfel, ratele înregistrate printre elevii claselor 1 s-au încadrat în valori cuprinse între 24,3‰ (2009) și 38,2‰ (2005). Rate variind între 28,1‰ (2011) și 36,9‰ (2005) au fost atestate printre elevii claselor 2-4. Acuitatea vizuală scăzută printre elevii claselor 5-8 a variat între 29,8‰ (2011) și 36,9‰ (2003).

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‰) în 2009.

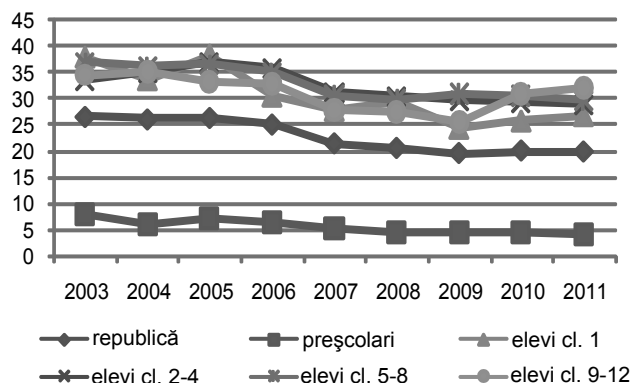


Figura 3. Evoluția valorilor „acuității vizuale scăzute” în funcție de grupele de studiu, anii 2003-2011

Pe locul 2, la o distanță esențială, s-au clasat cazurile „cu retard fizic”, care în anul 2003 au înregistrat nivelul de 14,0 la 1000 de examinați, ratele scăzând treptat pe toată perioada estimată, atingând nivelul de 10,1‰ în anul 2011 (figura 4).

Analiza pe mediile de reședință denotă faptul că cele mai înalte rate s-au înregistrat la nivel de raioane. Deși curba repetă aceeași legitate ca cea la nivel de țară, ratele înregistrate sunt mai înalte. După o creștere de la 15,7‰ (2003) la 16,8‰ (2004 și 2005), ratele scad vizibil, atingând în anul 2011 nivelul de 12,3 cazuri la 1000 de examinați.

La nivel de municipii, indicatorul este mai jos față de media pe țară și pe raioane. Ratele, cu unele oscilații, înregistrează o descreștere de la 7,6 la 1000 de examinați în 2003 până la 3,0‰ în 2009 și 2011.

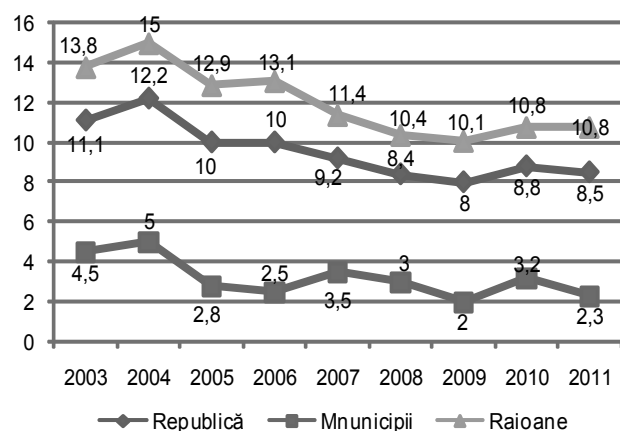


Figura 4. Rezultatele examenelor profilactice la copii de 0-18 ani, la 1000 examinați, depistați cu „retard fizic”, anii 2003-2011

Analiza după grupele de studiu denotă că ratele cele mai înalte s-au înregistrat printre elevii claselor 1, care în 2003-2005 au manifestat o creștere (25,7; 27,6; 35,1 la 1000 de examinați), atingând apogeul (35,1‰) în anul 2005. În continuare, curba scade spectaculos, atingând rata cea mai joasă de 18,9 cazuri la 1000 de examinați în 2010.

Retardul fizic mai puțin afectează elevii claselor 2-4, curba crescând treptat (18,6‰; 20,4‰; 21,0‰ – 2003; 2004 și 2005). În continuare, curba scade lent, atingând cea mai joasă rată (14,1 la 1000 de examinați) în 2010.

Următorul în clasament se situează grupul de elevi al claselor 5-8, ratele scăzând de la 16,8‰ (2003) la 13,0 la 1000 de examinați (2011). Aceste trei grupe au manifestat valori mai înalte față de media pe țară, care au variat între 14,8‰ în 2004 și 10,1‰ în 2011.

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‰ (2009).

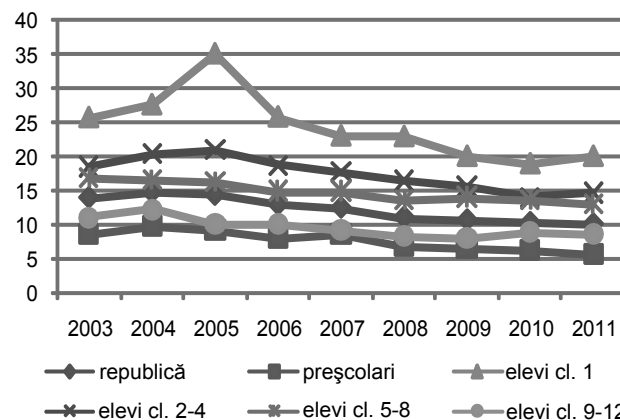


Figura 5. Evoluția valorilor deficienței „retard fizic” în funcție de grupele de studiu, anii 2003-2011

Cele mai joase valori la compartimentul „retard fizic” le-au demonstrat preșcolarii, curba scăzând în dinamică de la 9,7 la 1000 de examinați în 2004 la 5,6‰ în 2011.

Pe locul 3 sunt situate cazurile cu „deregări de ținută”, care în anul 2003 înregistrează nivelul de 7,1 la 1000 de examinați, crescând treptat: 7,5‰ (2004), 7,8‰ (2003), 7,9‰ (2005), 8,0‰ (2006); 8,5‰ (2007). După o mică depreciere de la 8,4‰ (2008) și o creștere până la 8,5‰ (2009), atinge rata de 8,2 la 1000 de examinați în 2010 și 2011 (figura 6).

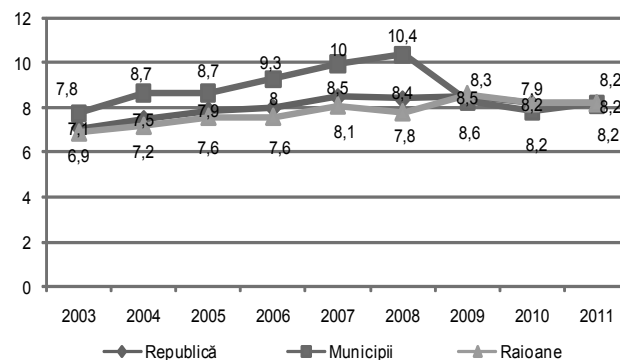


Figura 6. Evoluția valorilor deficienței „deregări de ținută” în funcție de mediul de reședință, anii 2003-2011

La nivel de municipii, ratele înregistrate sunt mai înalte față de media pe țară și manifestă o creștere dinamică pe parcursul anilor – de la 7,8‰ (2003) la 10,4‰ (2008). După o mică descreștere de până la 8,3‰ (2009), indicatorul se stabilizează la nivelul de 8,2 la 1000 de examinați în anii 2010 și 2011.

La nivel de raioane, indicatorul este puțin mai mic față de media pe țară. În anul 2009 depășește puțin media pe țară, atingând valorile de 8,6 la 1000 de examinați. În următoarea perioadă, indicatorii pe țară, municipii și raioane practic coincid.

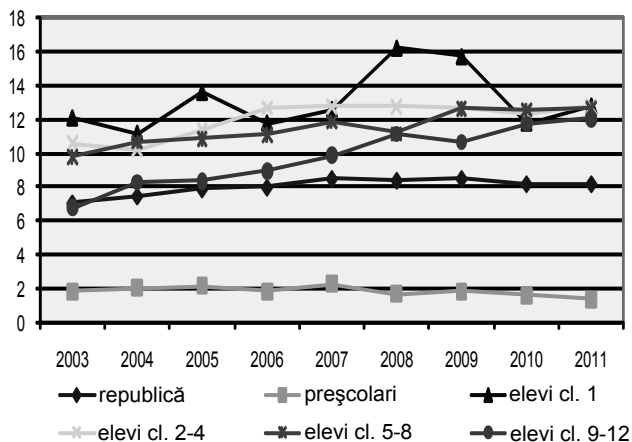


Figura 7. Evoluția valorilor deficienței „deregări de ținută” în funcție de grupul de studiu, anii 2003-2011

Făcând o analiză pe grupele de studiu, constatăm că ratele cele mai înalte se înregistrează la elevii claselor 1, care ating valori de 13,6‰ (2005), 16,2‰ (2008), apoi scad până la 15,7‰ (2009). Astfel, cele mai joase rate s-au atestat în anii 2004 (11,2‰) și 2010 (11,8‰). Pentru clasele 2-4, valorile variază între 10,2‰ (2004) și 12,8‰ (2007, 2008, 2011). Valorile ratelor printre elevii claselor 5-8 variază între 9,8‰ (2003) și 12,7‰ (2007, 2011). S-a înregistrat o creștere în dinamică. Curba pentru elevii claselor 9-12 crește de la 6,8‰ (2003) la 11,2‰ (2008), urmând de o scădere dinamică până la 10,7‰ (2009), 11,8‰ (2010) și 12,1‰ (2011). Astfel, aceste grupe manifestă valori mai înalte față de media pe țară.

Cele mai mici valori față de media pe țară le manifestă grupul de preșcolari, înregistrând o creștere lentă oscilatorie de la 1,9‰ (2003) la 2,0‰ (2007). În continuare se înregistrează o scădere a valorilor până la 1,4‰ în anul 2011. Astfel, „deregările de ținută” sunt instalate mai sus față de „defectele de vorbire” și „scolioză”, care se clasează pe locul 4.

În prima perioadă a anilor 2003-2006, „defectele de vorbire” s-au înregistrat cu rate de 7,5; 6,6; 7,0; 7,2 la 1000 de examinați. În această perioadă, „scolioza” înregistra valori mai joase (4,6‰; 5,6‰; 6,1‰; 6,2‰), atingând apogeul în anul 2007 (7,4‰). În continuare are valori puțin mai înalte față de deficiența anterioară – „defecte de vorbire”.

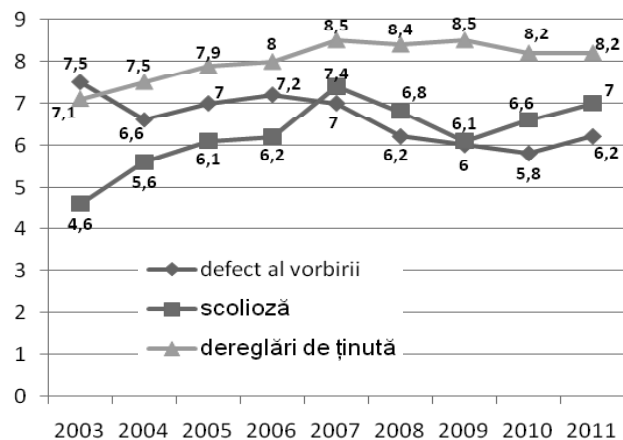


Figura 8. Evoluția valorilor deficiențelor „defect de vorbire”, „scolioză” și „deregări de ținută”, anii 2003-2011

„Acuitatea auditivă scăzută” este cea mai rar depistată deficiență, plasându-se pe locul 5 printre celelalte deficiențe la preșcolari și elevi. Analizând evoluția depistării acestei deficiențe după mediile de reședință, constatăm că media pe țară manifestă dinamică oscilatorie, cu tendință vădită de scădere. Astfel, dacă în anul 2003 rata constituia 3 cazuri la 1000 de examinați, atunci în 2011 valorile atinse în depistarea acestei deficiențe au scăzut până la 1,5 la 1000 de examinați. La nivel de municipii, ratele sunt mai joase față de media pe țară și scad spectaculos de la 2,9‰ în 2003 la 1,5 la 1000 de examinați în anul 2011.

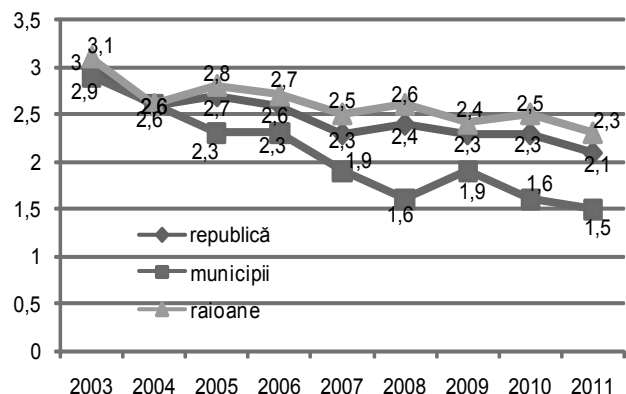


Figura 9. Evoluția valorilor deficienței „acuitate auditivă scăzută” după mediul de reședință, anii 2003-2011

La nivel de raioane, ratele sunt puțin mai înalte față de media pe țară, încadrându-se în valorile 3,1 la 1000 de examinați (2003) și 2,3‰ (2011).

Analizând grupele luate în studiu, constatăm că cele mai înalte rate ale „acuității auditive scăzute” sunt înregistrate printre elevii claselor 1, manifestând valori de 6,4 cazuri la 1000 de examinați (2003) la 4,7‰ (2004) și 5,2‰ (2008). În continuare, valorile scad până la 4,0‰ în 2009 și 2010. În anul 2011 s-au înregistrat valori de 4,3 la 1000 examinați. De asemenea, valori mai înalte față de media pe țară

au înregistrat indicatorii printre elevii claselor 2-4, manifestând o curbă cu caracter oscilatoriu, dar cu tendință de descreștere vădită. Astfel, în primii ani (2003-2007), ratele au variat între 3,7 și 4,0 la 1000 de examinați. În continuare, ratele scad la 3,7‰; 3,4‰; 3,4‰; 3,1‰ și 2,9‰ în anii 2007, 2008, 2009, 2010 și 2011.

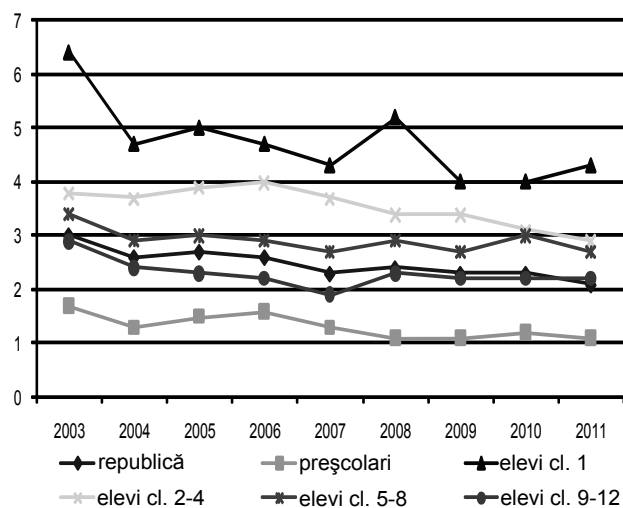


Figura 10. Evoluția valorilor deficienței „acuitate auditivă scăzută” după grupele de studiu, anii 2003-2011

Urmează clasele 5-8, care de asemenea înregistrează valori mai înalte față de media pe țară, manifestând valori oscilatorii, variind între 3,4‰ (2003) și 2,7‰ (2007, 2009, 2011).

Rate mai joase față de media pe țară au înregistrat elevii claselor 9-12, care în prima perioadă (2003-2007) scad dinamic (2,9‰; 2,4‰; 2,3‰; 2,2‰; 1,9‰). În continuare, valorile indicatorului, după o creștere de până la 2,3‰ în anul 2008, se stabilizează la valoarea de 2,2 cazuri la 1000 de examinați.

Cele mai mici rate se înregistrează printre preșcolari. Pentru acest grup, valorile variază între 1,7‰ (2003), 1,5‰ (2005), 1,6‰ (2006). În continuare, acestea scad de la 1,3‰ (2007) la 1,1‰ (2008, 2009 și 2011).

## Concluzii

1. Sănătatea generației tinere este motiv de preocupare a tuturor, deoarece asigurarea unei stări bune la aceste vârste reprezintă garanția unui nivel de sănătate acceptabil la generațiile următoare.

2. Cel mai bun mod de protejare a sănătății copilului este examinarea profilactică regulată și complexă conform prevederilor Programului Unic al AOAM, Standardelor și Protocoalelor Clinice Naționale.

3. S-a constatat că la 1000 de copii examinați revin de la 19,8 până la 26,6 copii care suferă de acuitate vizuală scăzută, de la 10,1 la 14,8 au întârzieri în dezvoltarea fizică; între 7,1 și 8,5 copii au dereglări de ținută; circa 5,8-7,5 copii la 1000 de examinați suferă de tulburări de vorbire. Scolioza se înregistrează de la 4,6 la 7,4 cazuri la 1000 de examinați și acuitatea auditivă scăzută se înregistrează între 2,1 și 3,0 cazuri la 1000 de examinați. Cele mai mici rate înregistrează acuitatea auditivă scăzută, care variază între 2,1 și 3 cazuri la 1000 de copii examinați.

4. Rezultatele prezentate constituie suportul unor recomandări pe termen scurt sau de perspectivă pentru protejarea și promovarea sănătății la aceste vârste, ca element de predicție pentru sănătatea viitoare, pentru determinarea normativelor și volumului serviciilor medicale, precum și pentru dezvoltarea în perspectivă a strategiilor manageriale.

5. Sunt necesare acțiuni de promovare a sănătății și de combatere a comportamentelor nesănatoase.

## Bibliografie

- Hotărârea Guvernului nr. 288 din 15.03.2005 despre aprobarea *Obiectivelor de Dezvoltare ale Mileniului până în anul 2015*. <http://lex.justice.md/index.php?action=view&view=doc&lang=1&id=300778>
- Strategia Sănătatea pentru toți în secolul XXI. [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/109759/EHFA5-E.pdf).
- Tulcinschiy T.H., Varavicova E.A. *Noua sănătate publică. Introducere în secolul XXI*. Chișinău: Editura Ulysse, 2003, 744 p.
- Ordinele anuale privind aprobarea *Normelor metodologice de aplicare a Programului Unic al Asigurărilor Obligatorii de Asistență Medicală*. <http://lex.justice.md/viewdoc.php?action=view&view=doc&id=356365&lang=1>
- Protocoalele Clinice Naționale pe diferite nosologii, aprobate de MS al RM. <http://old.ms.gov.md/public/info/Ghid/protocols/>
- Ețco C., Buta G. *Particularitățile organizării asistenței medicale primare în condițiile asigurărilor medicale obligatorii în municipiul Chișinău*. Ch., 2014, 281 p.
- Buga M., Ețco C., Ciocanu M. *Preocupările importante în elaborarea politicilor în cadrul asigurărilor sociale de sănătate în țările din Europa de Vest*. În: Sănătate Publică, Economie și Management în Medicină, 2007, nr. 6, p. 35-42.
- Jaba E. *Statistica*. București: Economica, 1998, 464 p.
- Mureșanu P. *Manual de metode matematice în analiza stării de sănătate*. București.

Prezentat la 29.09.2015

**Galina Buta,**  
tel. 069322284  
e-mail: butagalina@yahoo.com