

5. Șcerbatiuc D. Probleme actuale în organizarea ajutorului medical chirurgical oro-maxilofacial. Probleme actuale de stomatologie, Congresul XI al ASRM, Chișinău, 9-10.10.2001, pag. 5-7;
6. Fală V. Tratament rațional, complex al periodontitelor cronice distructive la dinți cu defecte parțiale și totale de coroană. Teza de doctor în medicină, Chișinău 2006;
7. Barovski E. Stomatologia terapeutică, Chișinău 1990, p. 200 – 233;
8. Burlibașa C. Chirurgia orală și maxilofacială, București 2005 p. 197 - 233;
9. Gănuță N., Bucur A., Ștefanescu L., Marinescu R., Gănuța A., Botnar H. Chirurgia oromaxilofacială, București 1998, p. 199 – 237;
10. Безруков В.М., Григорьянц Л.А., Зуев В.П., Панкратов А.С. Оперативное лечение кист с использованием гидроксиапатина ультравысокой дисперсности, Стоматология, 1998, стр. 31;
11. Боровский Е.В., Мылзенова Л.Ю. Оценка обоснованности диагноза и надежности пломбирования корневых каналов при эндодонтическом лечении, Журнал: Клиническая стоматология, 2000, N 3, стр. 46-49;
12. August M., Bast B., Jackson M., Perrott D. Use of the fixed mandibular implant in oral cancer patients: retrospective study, J.Oral & Maxillofacial Surgery, 1998, - 56(3), - p. 297-301;
13. Black G.V. Amputation of roots. A work on special dental pathology, Chicago, Medico-Dental Publishing Co., 1915, - p. 205-206.

### **Rezumat**

Clinico-radiologic a fost studiată manifestarea clinică a materialului biocompozit Kolapol KP-3 asupra regenerării țesutului osos în urma afecțiunilor periapicale odontogene. A fost dovedit că e posibil de evitat apariția defectelor estetice în urma augmentării defectelor osoase. Dinamica și timpul vindecării e în plină dependență de mărimea inciziei și volumul procesului patologic distructiv.

### **Summary**

Clinically and radiological was studied clinical evolution of bone regeneration using biocomposite material Kolapol KP-3 in periapical odontogenic affections. Proved that is possible to avoid appearance of esthetical defects after augmentation of bone defects. Dynamics in healing period depends on the size of the incision and the volume of pathological process.

## **INDICATORII PRINCIPALI DE SĂNĂTATE REPRODUCTIVĂ UMANĂ**

**Gheorghe Paladi**, academician, **Mihail Strătilă**, dr. în medicină, USMF “Nicolae Testemițanu”,  
Centrul Național de Sănătate a Reproducerii și Genetică Medicală

Nivelul indicatorilor sănătății reproductive dă posibilitate organelor statale să conștientizeze situația reală care s-a creat în domeniul ocrotirii mamei și copilului, în vederea luării, la timp, a deciziilor necesare pentru ameliorarea situației create.

Indicatorii sănătății reproducerii umane sunt folosiți pentru a monitoriza schimbările în timp, a aprecia diferențele între diverse grupuri de populație și pe regiuni (urbane, rurale), pentru a stabili ratele natalității, fertilității, morbidității și mortalității materne, perinatale, infantile etc.

Indicatorii menționați pot fi exprimați în numere absolute, rate și proporții. De exemplu: rata natalității (numărul copiilor născuți vii la 1000 locuitori), rata totală a fertilității (numărul de copii pe care îl poate avea o femeie în perioada de reproducere 15-48 ani), rata mortalității generale (numărul anual de decese la 1000 locuitori), rata mortalității perinatale (numărul de decese perinatale raportat la 1000 de nașteri), rata mortalității infantile (numărul de decese la 1000 copii născuți vii), rata mortalității materne (numărul anual de decese la 100000 nou-născuți vii), indicele de avorturi (numărul total al întreruperilor de sarcină pe un anumit teritoriu, la 1000 femei fertile între 15-48 ani).

Există o interdependență între indicatorii reproducerii umane și procesele evolutive demografice care au loc în diferite țări și regiuni ale lumii. Cele mai semnificative schimbări în compartimentul mișcării populației au fost înregistrate în ultimele două secole ale mileniului doi.

Numărul populației la mijlocul lunii iunie 2005 a atins cifra de 6 mld. 477 mln. de locuitori – dintre care 61% trăiesc pe teritoriul Asiei; 14% în Africa; 11% în Europa; 9% în America Latină; 5% în America de Nord și sub 1% pe teritoriul Oceaniei (*fig.1*).



Fig. 1. Populația Terrei. Datele prezentate de Institutul Național de Demografie, Franța, 2005

Astăzi populația este foarte inegal răspândită pe suprafața Terrei. Șase țări (China, India, SUA, Indonezia, Brazilia și Pakistan) dețin un număr de 3,3 mld. de locuitori. China, de una singură, a depășit cifra de 1,3 mld., iar India de 1,1 mld.

În prima jumătate a sec. XXI creșterea populației va fi caracterizată de tempouri considerabile scăzute și dacă populația lumii în a doua jumătate a sec. XX a crescut cu 41%, în următorii 50 de ani, aceasta se va majora cu 47%, ceea ce va constitui o creștere anuală cu 72 mln. (1,2%). Către anul 2050, populația lumii va atinge cifra de 8-10 mld. Tot în această perioadă de timp, Uniunea Europeană va avea mai puțin de 5% din populația totală a lumii, prin comparație cu anul 1914, când Europei îi aparțineau 25% de locuitori din întreaga populație a globului (tab.1).

Tabelul 1

### Populația lumii

#### De ieri (1950-2000)

Anul	Populația
1950	2 519 470
1960	3 023 812
1970	3 696 588
1980	4 442 295
1990	5 279 519
2000	6 085 572

#### De astăzi (2005)

Anul	Populația
2005	6 464 750

#### De mâine (2005-2050)

Anul	Populația
2005	6 464 750
2010	6 842 923
2020	7 577 889
2030	8 199 104
2040	8 701 319
2050	9 075 903

Schimbările simțitoare care deja au loc, se regăsesc și în structura vârstnică a populației. Considerabil se va reduce grupa de vârstă între 0-14 ani și va crește ritmul procesului de îmbătrânire a

populației. Către anul 2028 ponderea persoanelor vârstnice între 55-64 de ani se va mări cu 44,1%, iar a vârstnicilor peste 80 de ani - cu 180,5% către anul 2050.

Actualmente, pe pământ trăiesc peste 654 mln. de oameni care au depășit vârsta de 60 de ani. Conform datelor presupuse, această cifră va crește până la 2 mld. către anul 2050. Pentru prima dată în istoria omenirii, numărul persoanelor vârstnice îl va depăși pe cel al copiilor de 0-14 ani.

În paralel cu creșterea speranței de viață și scăderea fertilității, se micșorează și numărul populației de vârstă reproductivă, fapt ce va influența negativ rata brută a natalității, ceea ce în viitor se va reflecta asupra efectivului total al populației.

În Republica Moldova fenomenul evoluției proceselor demografice din ultimele decenii este asemănător cu acele schimbări în mișcarea populației care s-au petrecut în țările din Vestul Europei începând cu a doua jumătate a sec. XX.

După indicii stabili ai natalității în Republica Moldova de 20-21‰ care s-a menținut timp de două decenii - 1970-1990, urmează o scădere bruscă fără precedent a nivelului natalității, care către anul 2000 a atins cifra de 9,8‰, cu reducerea sporului natural de 10 ori (-1,7 în 2000), rata fertilității fiind de 1,3‰, iar a natalității de 11,5‰.

Între anii 2001-2008, situația rămâne similară cu cea din anul 2000, cu o neînsemnată creștere a natalității către anul 2008. Acest indice este determinat de contingentul crescut al femeilor născute în anii 1970-1980. O nouă scădere a natalității se va înregistra după anii 2012-2015 când în perioada de reproducere vor intra femeile născute după anii 1990 cu o rată de fertilitate scăzută.

Această situație din domeniul reproducerii, în viitor va fi agravată și de schimbările care se înregistrează în compartimentul reproductiv al cuplurilor și al unui nou mediu de familie. Aceste modificări vor contribui la înrăutățirea de mai departe a situației demografice prin logica și mecanismele evoluției unei populații în scăderea fertilității și natalității.

Situația demografică în Republica Moldova, pe termen lung va fi determinată de 3 forțe majore: nivelul ratei fertilității, mortalității generale și a evoluției proceselor migraționale. În prezent și în viitorul apropiat, toți acești factori, inclusiv starea socio-economică au și vor avea o influență negativă asupra fenomenului demografic din țară.

La baza demografică a prognozei se află numărul, structura și distribuția teritorială a populației stabile a Republicii Moldova la 1 ianuarie 2008. Rezultatele prognozei pot fi influențate de mai mulți factori economici, sociali, politici, care pot interveni ca o consecință a dezvoltării economice a țării, a politicilor sociale, economice și migraționale promovate în perioada preconizată. Având în vedere că la baza prognozei se află astfel de indicatori ca ratele fertilității, natalității, mortalității și a migrației populației la o variantă medie de evoluție, nu trebuie să ne așteptăm la schimbări esențiale în rezultatele prognozei pentru anii apropiați.

Conform prognozei Centrului de cercetări socio-demografice ale familiei al Academiei de Științe a Moldovei, în varianta când rata fertilității în viitorul apropiat va rămâne de 1,3-1,4 copii la o femeie de vârstă ferertilă, atunci efectivul acestui segment de femei va scădea de la aproximativ 1000000 în anul 2006 la 538 000 către anul 2051, iar numărul de nașteri în această perioadă de timp, se va micșora de la 37800 mii până la 20,6 mii de nașteri.

O politică lipsită de realitate și întârziată din partea statului față de aceste procese negative, ar putea să majoreze costurile necesare pentru redresarea situației care s-a format în ultimele decenii în domeniul mișcării populației. Indicatorii principali ai reproducerii umane se află într-o directă corelație cu starea funcției de procreare, care în ultimul timp, sub influența multor factori nefavorabili, are tendințe de înrăutățire.

Principalii indicatori ai sănătății reproductive umane, de o importanță atât medicală, cât și socială, sunt ratele mortalității materne, perinatale, infantile și numărul avorturilor.

**Mortalitatea maternă** este unul din principalii indicatori ai sănătății reproductive. Acest indice reflectă nu numai capacitatea de utilizare corectă a serviciilor de maternitate în întreaga țară sau diferite regiuni ale ei, dar și situația socio-economică, nivelul de cultură, educație și de trai ale populației.

Progresul în domeniul medicinei din ultimele decenii, implementarea în practică a noilor tehnologii, inclusiv în domeniul obstetricii, au cunoscut o perfecționare, o revoluție continuă, îmbogățindu-și disponibilitățile și posibilitățile de diagnostic și tratament.

Perioada ultimilor 200 de ani, în special, a doua jumătate a sec. XX, este marcată de o îmbunătățire lentă a sănătății publice în întreaga lume. Scade mortalitatea generală a populației, se micșorează indicii mortalității infantile și a deceselor materne. Crește speranța medie de viață, în special, în țările industrial-dezvoltate. Către anul 2004, de exemplu, acest indice a atins cifrele de 83,8 ani în Franța și 85,8 de ani în Japonia. Cu mare regret, în țările în curs de dezvoltare, îndeosebi în regiunile afectate de HIV/SIDA, speranța medie de viață nu depășește 40 de ani pentru populația din Zimbabwe, unde în ultimii ani s-a micșorat cu 20 de ani; 50 de ani pentru populația din Africa de Sud, unde de asemenea acest indice s-a micșorat cu 14 ani. Pentru Republica Moldova astăzi avem speranța medie de viață de 68,8 ani.

Inegalitatea care a avut loc și care mai persistă în dezvoltarea socio-economică a țărilor, inclusiv în domeniul sănătății publice, a statutului social al femeii, a dus la o scădere, departe de a fi uniformă, a principalilor indicatori ai sănătății populației, inclusiv și ai sănătății reproducerii umane, cum ar fi mortalitatea maternă, perinatală și infantilă.

Conform clasificării internaționale a bolilor, decesul matern este definit ca: „Decesul unei femei survenit în cursul sarcinii, în timpul nașterii sau în perioada de 42 zile de la întreruperea sarcinii sau a nașterii, indiferent de durata și localizarea sarcinii, printr-o cauză determinată sau agravată de sarcină sau de o îngrijire, ajutor medical incorect, excluzând cauzele accidentale”.

Mortalitatea maternă reprezintă un factor de risc pentru femei, ce continuă să rămână important în diverse proporții, pe întreg glob.

Actualmente, în lume, o femeie decedează în timpul sarcinii sau nașterii în fiecare minut, drept consecință a unor cauze cu influență directă sau indirectă.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), anual, în întreaga lume, în timpul sarcinii, nașterii și a perioadei post-partum decedează circa 585000 femei, dintre care 99% sunt din țările în curs de dezvoltare. Riscul de deces în Africa este de 1:16, în Asia de 1:65, vis-à-vis de 1:2800 în majoritatea țărilor industrial dezvoltate (tab. 2).

Cu regret, anchetele confidențiale efectuate în diferite țări ale lumii, au arătat subestimarea datelor reale vis-a-vis de cele oficial declarate, inclusiv și în unele țări europene.

Tabelul 2

### Indicatorii mortalității materne în diverse regiuni ale lumii

Regiuni	Indicele mortalității materne (numărul cazurilor de mortalitate maternă la 100 000 nou-născuți)	Numărul cazurilor de mortalitate maternă	Probabilitatea decesului matern în timpul nașterii
<b>În toată lumea</b>	400	529,000	1 / 74
<b>Regiunile dezvoltate</b>	20	2,500	1 / 2,800
Europa	24	1,700	1 / 2,400
<b>Regiunile în curs de dezvoltare</b>	440	527,000	1 / 61
Africa	830	251,000	1 / 20
Africa de Nord	130	4,600	1 / 210
Țările Africii, situate spre Sud de Sahara	920	247,000	1 / 16
Asia	330	253,000	1 / 94
Asia de Vest	55	11,000	1 / 840
Partea de vest a Asiei Centrale	520	207,000	1 / 46
Asia de Sud-Vest	210	25,000	1 / 140
Asia de Est	190	9,800	1 / 120

America Latină și bazinul Caraibian	190	22,000	1 / 160
Oceania	240	530	1 / 83

Sursa: WHO, UNICEF și UNFPA, „Maternal Mortality in 2000: estimates developed by ” WHO, UNICEF and UNFPA”, 2003, Organizația Mondială de Sănătate, Geneva.

### Cazurile de deces pot fi clasificate în următoarea modalitate:

**1. Directe** - rezultând din complicațiile obstetricale asociate sarcinii, cauzate de intervenții, omisiuni, tratament incorect sau alte evenimente ce rezultă din cele expuse;

**2. Indirecte** - rezultând din boli preexistente sarcinii sau boli, care au apărut în timpul gravidității, nefiind cauzate de sarcină, dar care ar fi putut fi agravate de procesele fiziologice ale acesteia;

### 3. Accidentale.

Cauzele mortalității materne au suferit unele schimbări pe parcursul anilor, unele au putut fi prevenite, altele tratate la timp.

Până la momentul actual, în multe țări ale lumii, cu regret, în calitate de factori care mențin indicii înalți ai mortalității materne, pe primul plan rămân condițiile socio-economice, inclusiv statutul social al femeii, ce influențează în mod fundamental, toată viața acesteia și îndeosebi graviditatea și viitorul nou-născutului. Dacă am putea rezolva problemele în acest domeniu, am avea o îmbunătățire semnificativă, pe termen lung, a tuturor indicatorilor sănătății reproductive. Nu pot fi ignorați și alți factori cum ar fi: sarcinile și nașterile la adolescente și la femeile peste 35 ani, mai ales în cazul primiparelor, multiparitatea, sarcinile multiple, insuficiența sau deficiența sistemului sanitar, lipsa cadrelor bine instruite la toate nivelele de deservire a gestantelor.

În majoritatea țărilor lumii și, în special, în cele în curs de dezvoltare, cauzele principale ale deceselor materne sunt: hemoragiile severe, infecțiile septice, eclampsia, complicațiile trombo-embolice, avortul și maladiile extragenitale drept cauze indirecte (fig. 2).

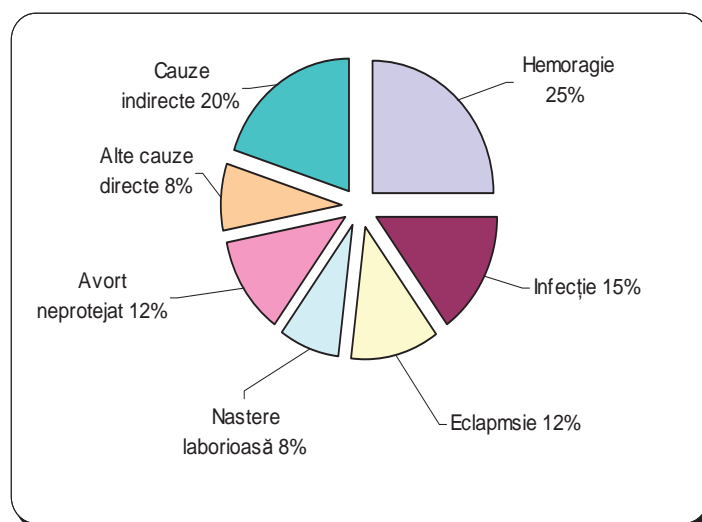


Fig. 2. Cauzele mortalității materne în lume

O cauză importantă a pierderilor reproductive, care menține indicii mortalității materne este întreruperea sarcinii - avortul. Avortul prezintă o operație de distrucție totală a unui potențial început uman, abordarea etică a acestei probleme existând atât timp cât va continua să se apeleze la întreruperea sarcinii.

Datele statistice din ultimii ani arată o scădere a numărului de avorturi în Republica Moldova. Dacă în anii 1980-1990, la 90000 de nașteri se înregistrau 100000 de avorturi, adică 111 avorturi la 1000 de nou-născuți vii, atunci în anul 2007 acest indice a constituit 37,4 avorturi la 100 de nou-născuți vii, ceea ce nu corespunde realității (tab. 3). Astăzi întreruperea sarcinii are loc într-o mulțime de structuri medicale, inclusiv cele private, majoritatea dintre care nu le înregistrează.

**Incidența avorturilor în Republica Moldova (aa. 2001-2007)**

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Numărul total (abs.) de avorturi	14911	14603	15751	16070	15018	14385	14197
- la 1000 femei de vârstă fertilă	14,9	14,5	15,5	15,8	14,7	14,1	14,1
- la 100 de nou-născuți vii	41,6	40,6	44,1	43,7	41,8	38,7	37,4
Ponderea avorturilor la primigeste (%)	11,9	12,8	12,5	12,9	14,4	17,1	16,4
Ponderea avorturilor la grupa de vârstă 15-19 ani (%)	10,6	11,1	10,7	9,5	9,7	9,2	9,5

*Sursa:* Centrul Științifico-Practic Sănătate Publică și Management Sanitar

Cu toate că se implementează noțiunile de planificare familială, implicarea pe larg a metodelor de contracepție – proces început din a doua jumătate a sec. XX, numărul de avorturi până în prezent crește, provocând îngrijorare îndeosebi în țările în care acesta este interzis la dorința femeii. Este cunoscut faptul că mai mult de 1/3 din mortalitatea maternă, înregistrată în lume, este condiționată de întreruperea sarcinii și complicațiile avortului. Anual, în lume se efectuează 40-60 mil. de avorturi, ceea ce constituie aproximativ 1/3 din numărul total de sarcini.

O altă cauză care continuă să înrăutățească sănătatea reproductivă este consecința revoluției sexuale, care a sporit răspândirea maladiilor sexual transmisibile și ca o consecință, creșterea bolii inflamatorii pelvine și a sarcinii ectopice.

Conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), 10-15% din cupluri suferă de infertilitate pe parcursul vieții reproductive. Aproximativ 50-80 mln. de persoane suferă de infertilitate primară sau secundară. Numai pe parcursul ultimilor 10 ani, în Republica Moldova, cuplurile sterile au crescut de aproximativ două ori și au atins cifra de 16%. În paralel cu creșterea sterilității feminine se observă o sporire vădită a infertilității masculine.

**Mortalitatea maternă în Republica Moldova**

Actualmente, în Republica Moldova, sănătatea reproducerii atât feminine, cât și masculine, în comparație cu multe țări europene, se confruntă cu multiple probleme, determinate de perioada anevoioasă de tranziție, situația socio-economică precară, nivelul scăzut de trai, schimbările în modul de comportament al indivizilor în particular și al familiilor în general, care au un efect negativ asupra sănătății întregii populații și îndeosebi a viitoarelor generații.

Pe parcursul ultimului deceniu al sec. XX și la începutul sec. XXI, Ministerul Sănătății al Republicii Moldova a întreprins un șir de acțiuni orientate spre ameliorarea situației în domeniul sănătății mamei și copilului. Au fost elaborate și implementate în practică programe naționale și ramurale, noi forme organizatorice de deservire a gravidelor și a nou-născuților, au fost introduse în practică asigurațiile obligatorii de asistență medicală. În anul 1997 a fost adoptat „Programul Național de Perinatologie”, scopul principal al acestui document fiind reducerea mortalității materne și perinatale. A fost apreciat și recomandat Sistemul Regionalizat de Asistență Medicală, constituit din trei nivele:

- **Nivelul I** - în care sunt internate femeile cu nașteri fiziologice;
- **Nivelul II** - în cadrul căruia sunt permise nașterile cu risc moderat;
- **Nivelul III** - care este reprezentat de Institutul de Cercetări Științifice în domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului, la baza căruia se concentrează nașterile cu risc major.

Toate aceste măsuri întreprinse și nu în ultimul rând micșorarea numărului de nașteri, au contribuit la reducerea ratei deceselor materne (fig. 3).

Cu regret, în prezent, acești indici se află mult sub nivelul celor din țările europene ca Suedia, Olanda, Danemarca, Elveția, Austria, Franța etc., care raportează o rată a mortalității materne de 5-6 decese la 100000 de nou-născuți vii, a mortalității perinatale de 4-5‰ și a mortalității infantile de 4-5‰.

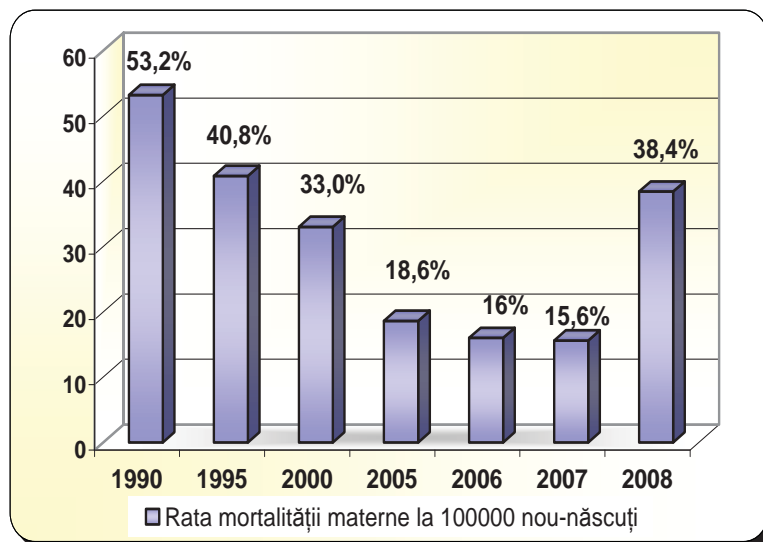


Fig. 3. Dinamica ratei mortalității materne în Republica Moldova  
*Sursa:* MS și PS al RM, 2008

O atenție deosebită merită creșterea numărului deceselor materne în anul 2008, analiza detaliată a căroră a demonstrat, în primul rând, ineficacitatea măsurilor organizatorice, îndeosebi la nivelul primar de deservire a femeilor gravide, pe parcursul sarcinii, în timpul nașterii și a perioadei postpartum.

În ceea ce privește structura mortalității materne, prezentată în *fig.4*, ea se deosebește de cauzele deceselor materne în țările industrial dezvoltate, unde în ultimii ani a scăzut semnificativ numărul deceselor condiționate de hemoragii, stări septice și complicații postavortum.

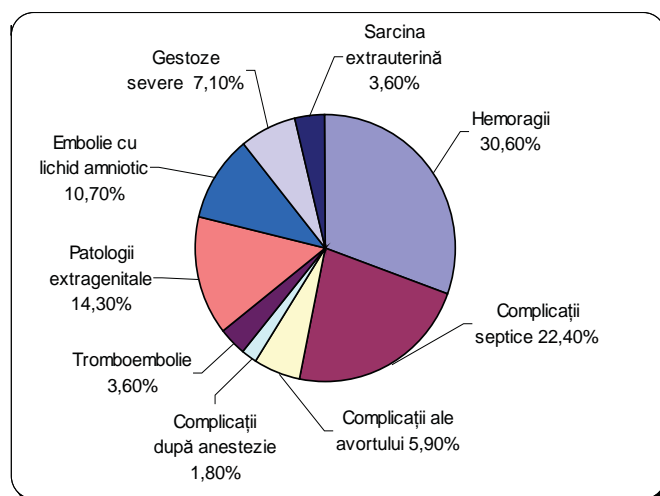


Fig. 4. Structura cauzală a mortalității materne pe anii 2000-2008  
 în Republica Moldova

Prezența hemoragiilor și a complicațiilor septice care ocupă mai mult de 50% în structura mortalității materne în Republica Moldova, demonstrează neajunsurile care au loc în pregătirea cadrelor și a organizării sistemului de urgență, îndeosebi în maternitățile raionale.

#### **Mortalitatea perinatală**

Mortalitatea perinatală ca și cea maternă, reflectă nivelul calității de deservire a femeii, atât în perioada preconcepțională, cât și în timpul sarcinii, nașterii și a primelor zile post-partum. Factorii care determină decesele materne sunt responsabili și pentru decesele perinatale. Conform definiției OMS, perioada perinatală este stabilită de la 22 săptămâni de gestație (154 zile) până la a 7-a zi post-partum (168 ore).

Mortalitatea perinatală este formată din decesele antenatale, intranatale, care constituie mortalitatea, și decesele până la a 7-a zi post-partum, care reprezintă mortalitatea neonatală precoce.

Decesele din ziua a 7-a până în ziua a 22-a sunt incluse în mortalitatea neonatală tardivă, care împreună cu decesele survenite din ziua a 29-a, până la vârsta de 12 luni formează indicatorul mortalității post-natale sau infantile.

Pentru compararea internațională a mortalității perinatale, se iau în considerare următorii indicatori:

**1. Mortinatalitatea**, care include numărul total de decese survenite antenatal și intranatal, după termenul de gestație de 22 săptămâni, raportate la 1000 nou-născuți vii și morți.

Mortalitatea perinatală = numărul feților născuți morți cu masa  $\geq 500$  g + numărul deceselor din perioada neonatală precoce cu masa  $\geq 500$  g  $\times 1000$  / numărul nou-născuților vii și morți cu masa  $\geq 500$  g.

**2. Mortalitatea neonatală precoce**, care cuprinde decesele survenite în primele 6 zile de viață inclusiv, fiind raportate la 1000 nou-născuți vii.

Mortalitatea neonatală precoce = decesele între 0-7 zile a nou-născuților cu masa  $\geq 500$  g  $\times 1000$  / numărul nou-născuților vii cu masa  $\geq 500$  g.

**3. Mortalitatea neonatală tardivă**, care cuprinde decesele survenite timp de 7-28 zile post partum, fiind raportate la 1000 nou-născuți vii.

Mortalitatea neonatală tardivă = decesele între 7-28 zile a nou-născuților cu masa  $\geq 500$  g  $\times 1000$  / numărul nou-născuților vii cu masa  $\geq 500$  g.

**4. Mortalitatea perinatală**, care este compusă din mortinatalitate și mortalitatea neonatală precoce.

Mortalitatea perinatală = numărul feților născuți morți cu masa  $\geq 500$  g + numărul deceselor din perioada neonatală precoce cu masa  $\geq 500$  g  $\times 1000$  / numărul nou-născuților vii și morți cu masa  $\geq 500$  g.

În ultimele decenii, mortalitatea perinatală în toată lumea și îndeosebi în țările industrial dezvoltate a avut o tendință de micșorare. Un factor pozitiv, în acest context, a fost implementarea serviciului de perinatologie și folosirea noilor tehnologii, atât în domeniul obstetricii, cât și în deservirea nou-născuților.

În lume, anual se nasc peste 132 mln. copii, numărul deceselor perinatale fiind de peste 6 mln. (3 mln. 325 mii în perioada ante- și intranatală și peste 3 mln. în perioada neonatală precoce) (tab. 4).

Tabelul 4

**Rata mortinatalității, mortalității neonatale precoce, perinatale și neonatale tardive pe continentele lumii**

	Nou-născuți vii (000)	Rata mortalității perinatale (%)	Numărul deceselor perinatale (000)	Rata mortinatalității (%)	Numărul copiilor decedați ante- și intranatal (000)	Rata mortalității neonatale precoce (%)	Numărul deceselor neonatale precoce (000)	Rata mortalității neonatale tardive (%)	Numărul deceselor neonatale tardive (000)
În toată lumea	132882	47	6337	24	3328	23	3008	30	4002
Africa	30305	62	1929	32	1002	31	927	41	1240
Asia	77490	50	4016	27	2124	24	1892	32	2517
Europa	7185	13	91	8	61	4	30	5	38
America Latină și Caraibe	11671	21	247	10	112	12	135	15	175
America de Nord	4479	7	33	3	16	4	17	5	21
Oceania	255	42	11	23	6	19	5	26	7

Din tab.4, rezultă că indicatorul mortalității perinatale cunoaște o varietate mare între continente, țări și regiuni, parametrii de apreciere fiind incontestabil legați de starea socio-economică și calitatea asistenței medicale.



În țările industrial dezvoltate, nivelul indicatorului mortalității perinatale este de 6-10‰, fiind de 5-6 ori mai scăzut decât în țările în curs de dezvoltare, inclusiv în Republica Moldova.

### **Mortalitatea perinatală în Republica Moldova**

Pe fundalul scăderii natalității, mortalitatea perinatală în Republica Moldova, în ultimii ani, are o tendință de micșorare lentă, dar rămâne de 2 ori mai mare decât în țările europene dezvoltate, unde acest indicator constituie 5-6‰.

Procesul de regionalizare a asistenței perinatale, pregătirea medicilor neonatologi, reanimatologi, geneticieni și altor specialiști, implementarea în practică a tehnologiilor avansate în secțiile de naștere, reanimare și terapie intensivă, au contribuit la scăderea mortalității neonatale precoce de la 9,8‰ în anul 1990, până la 5,1‰ în anul 2007, pierderile copiilor din cauza prematurității, în primele 6 zile post-partum, constituind peste 52% (tab. 5 și fig. 5). Mai puțin a scăzut, în acest interval de timp, mortinatalitatea.

Îmbunătățirea deservirii gravidelor la nivelul primar, conduita rațională a nașterilor, lărgirea indicațiilor pentru operația cezariană, au dus la micșorarea mortalității intranatale, crescând în același timp, mortalitatea antenatală.

Tabelul 5

### **Dinamica ratei mortalității perinatale, mortinatalității și mortalității neonatale precoce în Republica Moldova**

	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
<b>Mortalitatea perinatală</b> la 1000 născuți vii și morți	15,2	14,7	13,1	11,4	11,2	11,5	10,5	10,3
<b>Mortinatalitatea</b> la 1000 născuți vii și morți	6,8	7,7	6,9	5,9	5,8	5,9	5,2	5,2
<b>Mortalitatea neonatală precoce</b> la 1000 născuți vii	8,5	7,1	6,3	5,6	5,4	5,7	5,4	5,1

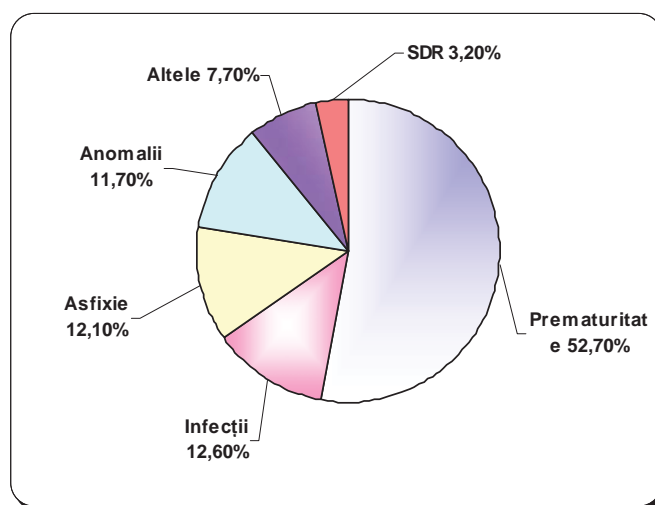


Fig. 5. Cauzele mortalității neonatale precoce în Republica Moldova

În ultimii ani, conform hotărârii OMS, în țările industrial dezvoltate, în rata mortalității perinatale sunt incluși toți feții decedați ante-, intra- lu postnatal de la 500 g (de la 22 săptămâni de gestație).

În Republica Moldova, înregistrarea și includerea acestor copii în mortalitatea perinatală, a început de la 1 ianuarie 2008, ceea ce a dus la majorarea indicatorului dat. Credem că această decizie a fost luată prea devreme. Îngrijirea acestor copii este foarte costisitoare și mai întâi de toate e nevoie de condiții, care astăzi lipsesc în maternitățile noastre.

În Spitalul Clinic Municipal nr. 1 din or. Chișinău, pe parcursul anului 2008, la 7800 nașteri s-au născut 41 copii cu masa între 500-1000 g. Dintre ei au decedat 36 copii: 20 – antenatal, 15 – în perioada neonatală și un copil – între a 3-a și a 6-a lună de viață.

Ameliorarea situației în domeniul sănătății reproductive în Republica Moldova se desfășoară cu dificultăți, cu un procent considerabil de deficiență care agravează problemele societății, având în același timp și consecințe imprevizibile asupra comportamentului demografic al populației.

Analiza cauzelor mortalității, atât materne, cât și perinatale din Republica Moldova, demonstrează că o bună parte din acestea pot fi evitate și reduse la nivelele înregistrate în țările industrial dezvoltate. Pentru aceasta trebuie găsite noi forme organizatorice și de perfecționare a sistemului sanitar și a cadrelor respective, responsabile de starea sănătății mamei și copilului. Este necesar de reîntors la funcțiile pe care trebuie să le îndeplinească moașa, în primul rând, în regiunea rurală. „Povara” ei este de a organiza serviciul profilactic în domeniul ocrotirii sănătății mamei și copilului, minimalizând, în așa fel, jetfele reproductive.

Progresul din ultimele decenii în domeniul obstetricii, schimbările ce au avut loc în comportamentul familiei și a statutului femeii, cer revizuirea tacticii conduitei unor patologii obstetricale care mențin nivelele înalte a pierderilor reproductive, cum ar fi: sarcina și nașterea prematură, prezența fesiery ale fătului, retardul de dezvoltare intrauterină a fătului, hipertensiunea indusă de sarcină etc.

În această ordine de idei, știința trebuie axată în principal pe problemele prioritare care reies din situația reală creată în obstetrică. Un rol important în reducerea pierderilor reproductive îi aparține situației socio-economice, statutului social al femeii, celui educațional, dotarea și calitatea personalului medical din unitățile spitalicești de deservire a gravidelor, parturientelor, lăuzelor și nou-născuților.

#### Bibliografie selectivă

1. Ahmad OB, Lopez AD, Inoue M. *The decline in child mortality: a reappraisal*. Bulletin of the World Health Organization, 78(10):11 75-91, 2000.
2. Bernaz E., Richards B., G. Mihalaș G. *Indicatorii statistici, generalități*. Tratat de obstetrică, sub redacția I. Munteanu, București, 2000.
3. Centers for Disease Control. *Birthweight-specific neonatal mortality rates, Morbidity and Mortality Weekly Report*, 34(31):487, 185, 2007.
4. Department of Measurement and Health Information Systems (MHI), Evidence and Information for Policy (EIP). *WHO under-five mortality. Unpublished country estimates computed for the World Health Report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.
5. Department of Measurement and Health Information Systems (MHI), *Evidence and Information for Policy (EIP). WHO under-five mortality. Unpublished country estimates computed for the World Health Report 2005*. Geneva, World Health Organization, 2005.
6. Dondiuc Iu., *Rolul auditului proximităților obstetricale în profilaxia mortalității materne*. Materialele conferinței a III-a internaționale de medicină perinatală. Ministerul sănătății și protecției sociale. UNICEF. Buletin de perinatologie, N3, p. 57-61, 2006.
7. Ețco L., Petrov V., *Optimizarea serviciului obstetrical în instituția de nivelul III în condițiile regionalizării asistenței perinatale*. Materialele conferinței a III-a internaționale de medicină perinatală. Ministerul sănătății și protecției sociale. UNICEF. Buletin de perinatologie, N3, p. 19-23, 2006.
8. Greb AE et al. *Accuracy of fetal death reports: comparison with data from an independent stillbirth assessment program*. American Journal of Public Health, 77(99):1202 06, 1997.
9. Luca V., Marius M. *Urgențe în obstetrică*. Brașov, 2006.
10. MacFarlane A, Mugford M. *Birth counts: statistics of pregnancy and childbirth*, Vol. 1. London, HMSO, 2000.
11. Sănătatea publică în Moldova. *Date statistice*. Ministerul sănătății. Centrul științifico-practic. Sănătatea publică și managementul sanitary, anii 2000-2005, Chișinău, 2006.
12. Stanescu A., Fota N., Negraru A., *Regionalisation of perinatal /neonatal care in Romania*. Materialele conferinței a III-a internaționale de medicină perinatală. Ministerul sănătății și protecției sociale. UNICEF. Buletin de perinatologie, N3, 213, 2006.
13. Serbanescu F et al., eds. *Reproductive health survey Romania, 1999*. Bucharest/ Atlanta, GE, Romanian Association of Public Health and Health Management (ARSPMS)/National Commission for Statistics (CNS)/ Centers for Disease Control and Prevention (DRH/CDC), 2001.
14. Stratulat P., Berdaga V., Curteanu A., Caraush T., *Achievements, impediments and prospects in developing perinatal servoces. Collaboration with national and international partners*. Materialele conferinței a III-a internaționale de medicină perinatală. Ministerul sănătății și protecției sociale. UNICEF. Buletin de perinatologie, N3, p. 9-19, 2006.
15. Tafforeau J et al. *Naissances, mortalite perinatale et infantile, statistiques 1987 [Births and perinatal and infant mortality, statistics 1987]*. Brussels, Centre de Recherche Operationnelle en Sante Publique, Direction Generale de la Sante, 1993.

16. The World Health Report 2005. *Make every mother and child count*. Geneva, World Health Organization, 2005.
17. United Nations Children's Fund/World Health Organization. *Low birth weight: country, regional and global estimates*. New York, UN OF, 2004.
18. World Health Organization. *Perinatal mortality. A listing of available information*, 4th ed. (WHO/FRH/MSM/95.7). Geneva, WHO Maternal Health and Safe Motherhood Programme, 1996.
19. United Nations Department of Economic and Social Affairs. *Population and vital statistics report* (Statistical Papers Series A. Vol. LIV, No. 3). New York, 2002.
20. World Health Organization. *WHO Mortality database* www3.who.int/whosis, Geneva, World Health Organization, 2003.
21. World Health Organization. *Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates*. Department of making pregnancy safer, 2006.

### Rezumat

În lucrare sunt expuși indicatorii situației demografice atât în lume, cât și în Republica Moldova. Se analizează situația sănătății reproductive și indicatorii principali ai pierderilor reproductive (mortalitatea maternă, perinatală, avortul), incidența, cauzele și structura acestor indicatori. Sunt făcute unele propuneri în ceea ce privește ameliorarea situației în domeniul sănătății reproductive.

### Summary

In this study, the world and Republic of Moldova demographic indicators are exposed. The reproductive health and the main indicators of perinatal losses (maternal and perinatal mortality, abortion), incidence, causes and structure are analysed. Proposals for improvement of reproductive health were done.

## ИММУНОКОМПЕТЕНТНЫЕ КЛЕТКИ Фолликулярной Жидкости при Экстракорпоральном Оплодотворении у Женщин с Бесплодием Воспалительного ГенеЗа

**В.И.Грищенко**, академик, **Н.Г.Грищенко**, доцент, Харьковский национальный медицинский университет, Центр репродукции человека «Имплант», г. Харьков

Основной задачей данного исследования явилось изучение иммунологических показателей, в частности, профиля иммунокомпетентных клеток (ИКК) фолликулярной жидкости (ФЖ) при использовании вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ) с целью повышения их эффективности при бесплодии, обусловленном хроническими воспалительными заболеваниями органов малого таза (ХВЗОМТ).

Трубно-перитонеальное бесплодие, обусловленное нарушением проходимости или функциональной несостоятельностью маточных труб, по данным различных авторов выявляется у 35 – 60% пациенток с нарушением репродуктивной функции. Основной причиной этих изменений являются воспалительные заболевания органов малого таза, частота которых до настоящего времени не имеет тенденции к снижению и, по данным различных авторов, составляет до 60 – 80% в структуре гинекологической патологии. 70% составляют женщины в возрасте до 25 лет, 75% - нерожавшие женщины, а у каждой 4-й, перенесшей воспалительные заболевания органов малого таза, возникают осложнения, угрожающие бесплодием. Следует отметить, что даже после однократно перенесенного заболевания частота бесплодия колеблется от 5 до 18% [1].

ХВЗОМТ с поражением маточных труб и яичников, являются частым показанием для проведения экстракорпорального оплодотворения (ЭКО). При этом принято считать, что воспалительный процесс к моменту проведения ВРТ уже завершился. Недостаточно изучено состояние организма женщины, ее репродуктивной системы, микроокружения яйцеклетки после перенесенного воспалительного заболевания, а эти факторы, вероятно, могут отражаться на наступлении беременности в результате ВРТ и на ее исходе.

В литературе есть сообщения о том, что ХВЗОМТ являются фактором, ухудшающим прогноз эффективности ВРТ [2]. Более того, Г.Н.Дранник [3] подчеркивает, что воспалительные