

USMF „Nicolae Testemițanu”

Departamentul Pediatrie

Prelegere la tema: Pediatria ca disciplină și știință.

Asistența medicală acordată copilului în Republica Moldova: principii de organizare, cadrul legal. Puericultura. Copilul sănătos. Grupele de sănătate. Perioadele copilăriei

Titular de curs: conferențiar Dr. Ala Holban

- **Pediatria este un termen grecesc, care provine de la două cuvinte:**
- **παῖς** (*pais* = child) – copil
- **ἰατρός** (*iatros* = doctor) – tămăduire.

Pediatria are ca obiect de studiu creșterea, dezvoltarea și patologia copilului de la naștere până la vârsta de 18 ani.

Subspecialități ale pediatriei generale:

- *pediatria preventivă, care include puericultura;*
- *pediatria socială;*
- *neonatologia (copilul nou născut - 0-28 zile);*
- *psihiatria infantilă;*
- *cardiologia pediatrică;*
- *pneumologia pediatrică;*
- *boli de nutriție și metabolism;*
- *oncologia pediatrică;*
- *chirurgia, ortopedia și traumatologia pediatrică.*

Pediatria preventivă are ca scop major profilaxia îmbolnăvirilor și menținerea sănătății copiilor.

Puericultura este o pediatrie preventivă, reprezentând latura profilactică a pediatriei generale.

Originea termenului *Puericultură* este latină: *pueros* – copil; *cultura* – creștere.

Puericultura studiază creșterea și dezvoltarea organismului uman de la concepție și până la adolescență, incluzând etapele de dezvoltare, particularitățile morfologice, funcționale, psihologice și de integrare socială, tehnicile de alimentare și îngrijire.

Părți componente:

- ***Puericultură preconcepțională*** (studiază ansamblul de procedee și măsuri pentru asigurarea dezvoltării adecvate a genitorilor);
- ***Puericultură prenatală*** (ocrotirea sarcinii și protejarea produsului de concepție)
- ***Puericultură postnatală*** (asigură măsurile de îngrijire, alimentație, facilitează dezvoltarea psihoafectivă și somatică a copiilor în familie și societate, contribuie la creșterea rezistenței organismului prin mijloace specifice și nespecifice)

Pediatria preventivă, operînd cu conceptul de profilaxie, are ca direcții de activitate:

- **Profilaxia primară**, adresată copilului sănătos (pentru a împiedica apariția bolilor, specifice vârstei, dar și a unor boli care vor afecta adultul – HTA, cardiopatie ischemică, diabet zaharat, obezitate, și a combaterii cauzelor);

Incluce 2 tipuri de masuri :

- **măsuri aplicate colectivității** (se realizează printr-o serie de programe de sănătate publică care diferă de la țară la țară în funcție de gradul de dezvoltare a acesteia.

Măsuri aplicate : - prevenirea accidentelor și prevenirea intoxicațiilor (detergenți, alcool, ciuperci etc.) – dificila și se poate face prin campanii de îndrumare și instruire a populației;

- **măsuri aplicate individual** (prevenirea sinuciderilor și omuciderilor
profilaxia sarcinii la adolescenți
prevenirea utilizării drogurilor

- **Profilaxia secundară**, adresată copilului bolnav, avînd ca scop evitarea recidivelor, evitînd apariția sechelelor și a agravărilor.

Pediatria socială studiază ecosistemul copilului, relație între copil, mediul natural și social în care el trăiește.

Pediatria preventivă și cea socială sunt părți componente ale conceptului de medicină a copilului sănătos, care trebuie să reprezinte 50% din activitatea medicului pediatru.

Istoricul dezvoltării pediatriei

- Hippocrates (c. 400 BC) a descris cefalhematoma, hydrocephalus, diareea, scrofula, astmul și varicela
- Hippocrates -Tratat despre natura copilului
- Galen (c. AD 200) a descris otita, pneumonia, prolaps de intestin, rahitismul.
- Avicenna, (c. AD 990) – a scris despre tetanos, convulsii, meningită, omfalită.
- Avenzoar (c. 1150) a efectuat traheotomia.
- Hieronymus în 1583 a scris cartea De Morbus Pusiorum
 - În sec.IX - Rhazes (Muhammad ibn Zakarīya Rāzi - Persia) a descris Bolile copilului (se consideră tatăl pediatriei)
 - Edward Jenner (1749–1823) a vaccinat pentru prima dată un băiat de 8 ani contra variolei
 - 1764 Nil Rosenshtein „Compediu de pediatrie”

Spitale de copii :

- *Hôpital des Enfants Malades*, în Paris , iunie, **1802**

- **Charité** (spital fondat în 1710) în Berlin a deschis pavilion separat pentru copii în **1830**
- *spitalul „Filatov”* Saint Petersburg - **1834**
- **Vienna și Breslau** (Wrocław) – **1837** ;
- **1869 - I spital de copii în București**
- **1900 - I spital de copii în Iasi**
- **1884 - I spital de copii Chișinău - SCMC Nr.1**
- Facultatea de Medicina din Iasi si-a deschis cursurile la 1 decembrie 1879, dar o catedra de Clinica infantila apare la 1897.

Catedra avea ca baza Institutul Gregorian infiintat in 1852, iar baza clinica functiona la sectia infantila a Epitropiei "Sfantul Spiridon" din Iasi

În Republica Moldova I catedră de pediatrie este înființată odată cu Institutul de Stat de Medicină din Chișinău, actualmente USMF “Nicolae Testemițanu” în anul **1945**, la baza singurului spital de copii existent la acel moment, actualmente SCMC nr.1.

Primii șefi de catedră Pediatrie au fost profesorii **Stîrcovici, Miloserdov, Chiticari** Pe parcursul a mai mult de 60 ani de la înființarea USMF și a primei catedre, școala pediatică s-a dezvoltat mult, în prezent existînd Departamentul de Pediatrie cu mai multe clinici universitare, iar în toată republica și municipiul Chișinău activează medici pediatri calificați.

Din 1997- în Republica Moldova se introduce asistența medicală primară a medicului de familie, care are competențe și în pediatrie generală.

Asistența medicală acordată copilului în Republica Moldova: principiile de organizare, cadrul legal și normativ existent.

Sarcini:

- crearea abilităților necesare pentru aprecierea stării sănătății fizice și neuropsihice a copiilor și adolescenților
- îngrijirea și alimentația copilului sănătos și bolnav
- organizarea și îndeplinirea măsurilor profilactice, sanitaro-antiepidemice și medicale la domiciliu și în instituțiile preșcolare și școlare
- diagnosticarea corectă a bolilor acute și cronice pe baza anamnezei, examenului clinic și paraclinic, conform clasificării maladiilor OMS
- aprecierea volumului investigațiilor și tratamentului în corespundere cu standardele naționale ale RM
- acordarea ajutorului de urgență copiilor la etapele domiciliu - CMF - staționar
- însușirea elementelor de dispensarizare corectă a copiilor sănătoși și bolnavi.

Cadrul juridic internațional privind protecția drepturilor copilului, inclusiv a dreptului la viață, supraviețuire și asistență medicală

În plan internațional există un cadru normativ și juridic care protejază dreptul fiecărui copil la viață, prevede asigurarea unui nivel de trai decent, accesul la serviciile medicale și sociale de calitate, abordând direct problematica drepturilor copilului și măsurile de protecție specială pentru diverse categorii de copii aflați în diferite situații de dificultate.

Drepturile primordiale ale copilului

- Dreptul la supraviețuire
- Dreptul la servicii sociale și medicale
- Dreptul la educație
- Dreptul la alimentație rațională

Declarația Universală a Drepturilor Omului (adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 de septembrie 1948, în vigoare pentru Republica Moldova din 28.07.1990¹), garantează fiecărei persoane dreptul la un nivel de trai care să asigure sănătatea și bunăstarea sa și a familiei sale, incluzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, **îngrijirea medicală**, precum și serviciile sociale (art.25).

Convenția ONU cu privire la drepturile copilului (adoptată la 20 noiembrie 1989 de către Adunarea Generală a Națiunilor Unite, în vigoare pentru Republica Moldova din 25.02.1993²) - reprezintă un document unic, cu caracter internațional, care se referă **exclusiv la drepturile copilului**, punând accent deosebit pe responsabilitatea familiei privind protecția copilului și stabilește responsabilitățile statelor părți privind respectarea drepturilor enunțate în Convenție.

Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (adoptat la 16.12.1966, în vigoare pentru Republica Moldova din 26.04.93), prevede ca statele părți acordă **ocrotire specială mamelor**, într-o perioadă de timp rezonabilă, **înainte și după nașterea copiilor**.³

Convenția OIM nr.103 cu privire la protecția maternității (28.06.1987 în vigoare pentru Republica Moldova din 14.02.1998), prevede **asigurarea dreptului femeiei la un concediu de maternitate**, care va include și o perioadă de concediu obligatoriu postnatal. În cazul, în care o femeie își alăptează copilul, ea va avea dreptul să-și întrerupă munca în acest scop la ora sau perioadele de timp prevăzute

¹ Articolul 3 **Orice ființă umană are dreptul la viață, la libertate și la securitatea persoanei sale.**

² Articolul 6 **alin(1). Statele părți recunosc dreptul la viață al fiecărui copil. Alin(2) Statele părți vor face tot ce le stă în putință pentru a asigura supraviețuirea și dezvoltarea copilului**

³ Articolul 10 alin(2)

de legislația națională, aceste întreruperi vor fi considerate ore de lucru și vor fi remunerate în mod corespunzător⁴.

Carta Socială Europeană* (revizuită) 03.05.1996, în vigoare pentru Republica Moldova din 01.01.2002) prevede asigurarea exercitării efective a dreptului la **asistență socială și medicală** a fiecărei persoane.

Politici și reglementări juridice naționale privind protecția copilului și familiei

Prevederile Constituției Republicii Moldova (art.4, alin. 2) precum și hotărârea Curții Constituționale (nr. 55 din 14 octombrie 1999 "Privind interpretarea unor prevederi ale art.4 din Constituția Republicii Moldova") prescriu, că dacă există neconcordanțe între pactele și tratatele privitoare la drepturile fundamentale ale omului, la care Republica Moldova este parte și legile ei interne, prioritate au reglementările internaționale. Aceasta înseamnă, că normele internaționale pot fi aplicate direct în instanțele de drept naționale.

Politica Națională de Sănătate (Hotărârea Guvernului nr.886 din 6 august 2007) plasează sănătatea printre valorile cele mai de preț, fiind o componentă indispensabilă a dezvoltării și a prosperării socio-economice a Republicii Moldova. Acest document-cadru pune **bazele reorientării asistenței medicale de la politica de tratament spre politica de promovare a sănătății și de prevenire a maladiilor** și are o importanță în dezvoltarea sistemului de sănătate în scopul **abordării sistemice a problemelor de sănătate** și de integrare a eforturilor intersectoriale, ameliorării calității vieții și sănătății populației. Politica națională de sănătate a luat în considerație principiile Politicii OMS „Sănătate pentru Toți” în Regiunea Europeană, prevederile ODM, adoptate în cadrul ONU, precum și ale Planului de Acțiuni Republica Moldova – Uniunea Europeană.

Strategia națională de dezvoltare pe anii 2008-2011 (Legea nr. 295-XVI din 21 decembrie 2007) angajează Republica Moldova, de rând cu alte 191 de țări ale lumii, să atingă pînă în anul 2015 ODM, în special Obiectivul 4, care se referă la reducerea mortalității copiilor și prevede⁵:

- **reducerea ratei mortalității infantile** de la 18,5 (la 1000 născuți vii) în 2006 pînă la 16,3 în 2010 și pînă la 13,2 în 2015;
- **diminuarea ratei mortalității copiilor în vîrstă de pînă la 5 ani** de la 20,7 (la 1000 născuți vii) în 2006 pînă la 18,6 în 2010, și pînă la 15,3 în 2015;
- **menținerea ponderii copiilor în vîrstă de pînă la 2 ani vaccinați împotriva rujeolei** către anii 2010 și 2015 la nivel de cel puțin 96%.

Strategia națională de dezvoltare pe anii 2008 - 2011 stabilește consolidarea unei

⁴ Articolul 3,5, 6;

⁵ **Obiectivul 4. din Obiectivele de Dezvoltare ale Mileniului**

societăți sănătoase în calitate de prioritate de dezvoltare pe termen mediu, inclusiv prin: **fortificarea sănătății mamei și copilului**; optimizarea controlului asupra bolilor transmisibile; reducerea poverii bolilor nontransmisibile, în special prin prevenirea maladiilor cauzate de carențe de micronutrienți (fier și iod), precum și prin lansarea campaniilor naționale antifumat, antialcool și de prevenire a traumatismelor și a accidentelor la copii.

Planul de acțiuni pentru implementarea Strategiei naționale de dezvoltare pe anii 2008-2011(Hotărârea Guvernului nr.191 din 25 februarie 2008) prevede fortificarea sănătății publice prin:

- reducerea poverii bolilor noncontagioase, inclusiv prin dezvoltarea monitoringului socio-igienic cu monitorizarea și eficientizarea controlului factorilor de risc comportamentali și cei din mediul de trai;
- fortificarea serviciilor de sănătate pentru mamă și copil prin crearea și dotarea a trei centre regionale de reanimare și terapie intensivă pediatrică și a sistemului de referire cu asigurarea condițiilor de transportare asistată pentru copiii de vîrstă fragedă, ce necesită terapie intensivă și reanimare;
- fortificarea a 10 centre perinatologice de nivelul I, a 3 centre de nivelul II și a centrului perinatologic de nivelul III, reieșind din trecerea înregistrării nașterilor cu masa copilului de la 500 de grame și termenul de gestație de 22 săptămîni, etc.

Strategia de dezvoltare a sistemului de sănătate în perioada anilor 2008-2017 (Hotărârea Guvernului nr. 1471 din 24 decembrie 2007), transpunînd scopurile și prioritățile de bază, expuse în Politica Națională de Sănătate, stabilește ca obiectiv general organizarea și prestarea serviciilor de sănătate adecvate cerințelor și ajustate la necesitățile populației, îmbunătățirea serviciilor de sănătate publică în calitate de element de importanță strategică al domeniilor prioritare ale sistemului de sănătate. Rezultatele planificate vor fi estimate în conformitate cu principalii indicatori de progres ce caracterizează performanța unui sistem de sănătate și vor fi corelate cu ODM, și anume: reducerea către anul 2017 a ratei MI pîna la 13 cazuri la 1000 nou-născuți vii și a mortalității copiilor mai mici de 5 ani pîna la 15 cazuri la 1000 nou-născuți vii, estimate în baza nașterii după 22 săptămîni și cu o greutate a copilului de la 500 gr.

Constituția Republicii Moldova (29.07.1994)

stabilește, că statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică⁶, dreptul la ocrotirea sănătății⁷ și este obligat să ia măsuri pentru ca orice om să aibă nivel de trai decent, care să-i asigure sănătatea și bunăstarea lui și

⁶ Articolul 24 Dreptul la viață și la integritate fizică și psihică

⁷ Articolul 36

familiei lui, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, îngrijirea medicală, precum și serviciile sociale necesare⁸.

Legea privind drepturile copilului (nr. 338-XIII din 15.12.1994) stabilește statutul juridic al copilului ca subiect independent și prevede asigurarea vieții, sănătății lui fizice și spirituale și stipulează următoarele (art. 4):

- dreptul copilului la viață și la inviolabilitatea fizică și psihică este garantat;
- nici un copil nu poate fi supus torturii, pedepselor sau tratamentelor crude, inumane sau degradante;
- statul recunoaște dreptul copilului la folosirea celor mai bune tehnologii de tratament și recuperare, profilaxie a bolilor;
- în cazul, în care părinții refuză asistența medicală pentru copilul bolnav, aceasta se acordă contrar voinței lor, la decizia consiliului de medici, luată în prezența reprezentantului puterii;
- statul asigură mamei, în perioada pre- și postnatală, condiții necesare pentru dezvoltarea sănătoasă a copilului, pentru alimentarea lui rațională și inofensivă, asistență medicală calificată și gratuită, organizarea măsurilor de profilaxie a bolilor, de promovare a unui mod de viață sănătos.

Părinții sînt obligați să respecte recomandările medicilor privind asigurarea dezvoltării normale a copilului în perioada pre- și postnatală precum și pentru lipsa de supraveghere permanentă a copiilor de vîrstă fragedă și preșcolară⁹.

Legea ocrotirii sănătății (nr.411-XIII din 28 martie 1995) definește profilaxia în calitate de principiu fundamental în asigurarea sănătății populației și obligă autoritățile administrației publice, unitățile economice să ia măsuri sociale și medicale orientate spre profilaxia primară a maladiilor, în special, spre salubritatea mediului înconjurător, crearea și menținerea unor condiții igienice favorabile de viață și de muncă, menținerea și ocrotirea sănătății populației, a unor categorii vulnerabile, cum sînt femeile, copiii și bătrînii, spre educația sanitară a populației promovarea alimentației raționale, a odihnei active și a culturii fizice de masă¹⁰. Legea stipulează, că copilul se bucură de o atenție deosebită din partea statului și a societății și beneficiază de ocrotirea socială. Statul apără interesele și drepturile copilului, inclusiv la condiții de viață propice dezvoltării lui fizice și spirituale^{11, 12}.

Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (nr. 1585-XIII din 27 februarie 1998) reglementează funcționarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, stipulează printre categoriile de persoane, pentru care Guvernul are calitatea de asigurat, copiii de vîrstă preșcolară, gravidele,

⁸ Articolul 47

⁹ **Articolul 15** Legea privind drepturile copilului

¹⁰ **Articolul 3**

¹¹ **Articolul 48**

¹² **Articolul 51. Ajutorul acordat de stat la îngrijirea copiilor**

parturientele și lăuzele, invalizii, șomerii înregistrați oficial, persoanele care îngrijesc la domiciliu un copil invalid cu severitatea I sau un invalid din copilărie de gradul I, ținut la pat cu vârsta de până la 18 ani, mamele cu șapte și mai mulți copii, persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social.¹³

Hotărârea Guvernului “Cu privire la aprobarea Programului unic al asigurării obligatorii de asistență medicală” (nr. 1387 din 10.12.2007) prevede:

La nivel de asistență medicală primară acordarea de către medicul de familie, în comun cu echipa sa, a unui spectru de servicii și activități profilactice și curative, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

În ultimii ani în asistența medicală a mamei și copilului au fost elaborate și implementate un șir de programe naționale și ramurale, care iau inclus diverse măsuri de ameliorare a calității asistenței medicale, implementarea de noi metode de profilaxie, tehnologiile cost-efective, lucrul cu familia (**Programul Național de ameliorare a asistenței medicale perinatale, Programul Național în sănătatea reproducerii și planificarea familială, Programul Național de imunizări, Programul Național conduita integrată a maladiilor la copii Programul de alimentație naturală a copiilor, Programul Național privind dezvoltarea serviciului de asistență medicală urgentă**).

Copilul Sănătos.

Noțiune de sănătate în viziunea OMS:

„ Sănătatea este o stare de bine –
fizică ,mintală și de integrare
socială dar nu numai absența
bolii”

(SĂNĂTATEA ESTE NU NUMAI LIPSA DE MALADII SAU A DEFECTELOR FIZICE , DAR ESTE ȘI O STARE DE BINE FIZIC, PSIHIC ȘI SOCIAL)

FACTORII CE CONDIȚIONEAZĂ SĂNĂTATEA COPILULUI

- *exogeni*: de mediu , fizici, chimici, biologi
- *endogeni*: acționează începând cu perioada prenatală
- *de familie*: relație „ mamă-copil”, etc.
- *socio- economici*: - nivelul de trai

¹³ Articolul 4 alin (4)

- cultura sanitară:
- accesibilitatea ajutorului medical.

INDICI DEMOGRAFICI ȘI AI SĂNĂȚII:

- Numărul populației
- Natalitatea
- Mortalitatea totală
- Sporul natural (indicele creșterii naturale a populației)
- Mortalitatea infantilă
- Mortalitatea copiilor sub 5 ani
- Morbiditatea

CAUZE ALE MI (DUPĂ PROF.DR. ADRIAN GEORGESCU)

GENERALE

- **CONDIȚIILE SOCIO-ECONOMICE**
- **FACTORII DE EDUCAȚIE ȘI COMPORTAMENT**
- **SITUAȚIA SECTORULUI MEDICO-SANITAR**
- **FACTORII DE MEDIU**
- **FACTORII OCAZIONALI (EPIDEMII, CALAMITĂȚI)**

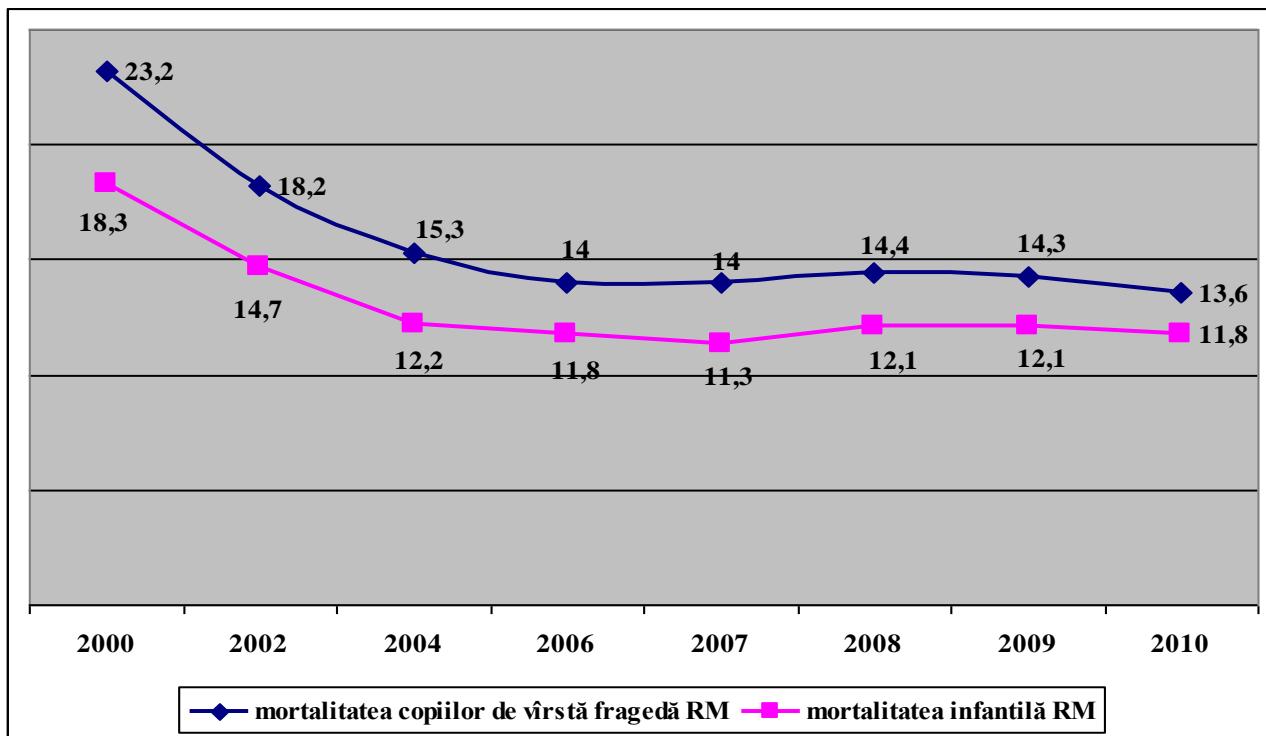
MEDICALE – BOLILE, CARE AU DETERMINAT, ÎN ULTIMĂ INSTANȚĂ DECESUL

MI ESTE INFLUENȚATĂ DE TULBURĂRILE DE NITRIȚIE ȘI DE PREMATURITATE

CAUZELE MEDICALE ALE MI IN REPUBLICA MOLDOVA

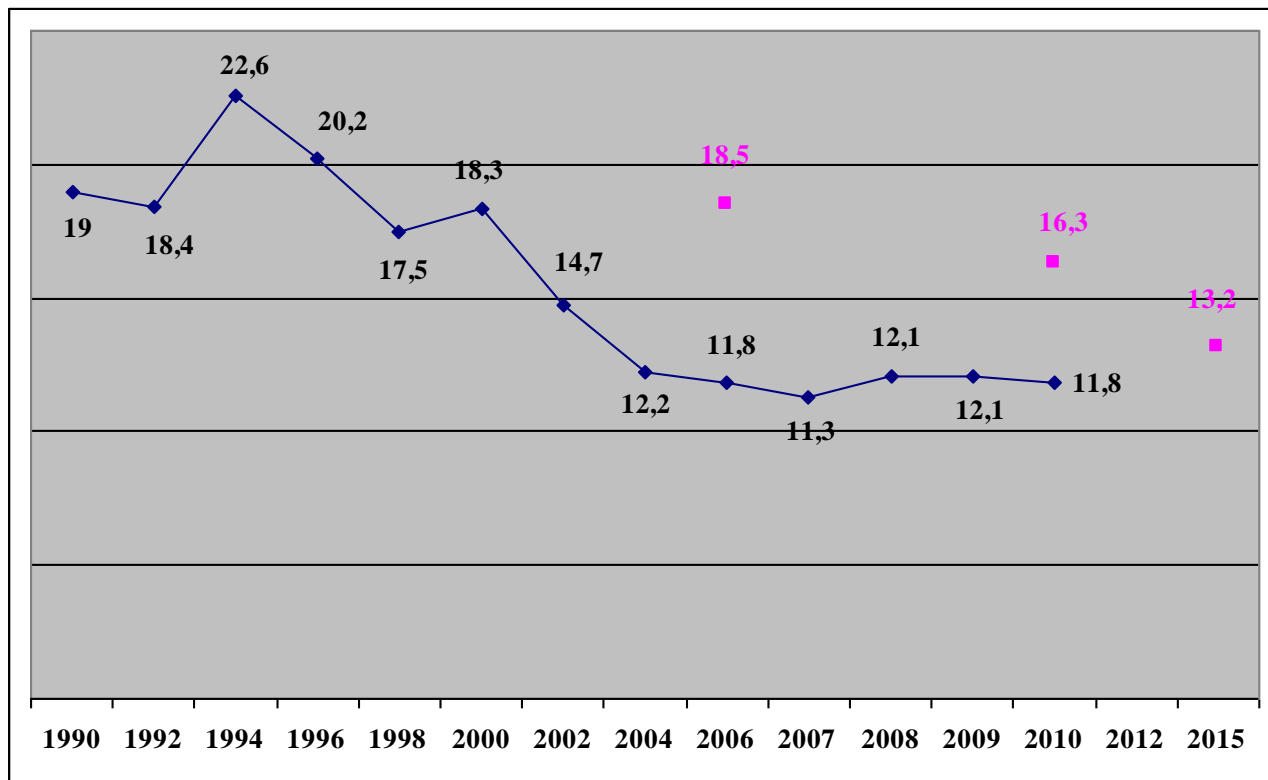
- I. Unele afecțiuni ale perioadei perinatale**
- II. Maladiile respiratorii**
- III. Viciile congenitale**
- IV. Accidentele și intoxicațiile**
- V. Bolile infecțioase și parazitare**

Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii
Mortalitatea copiilor 0-5 ani la 1000 născuți vii

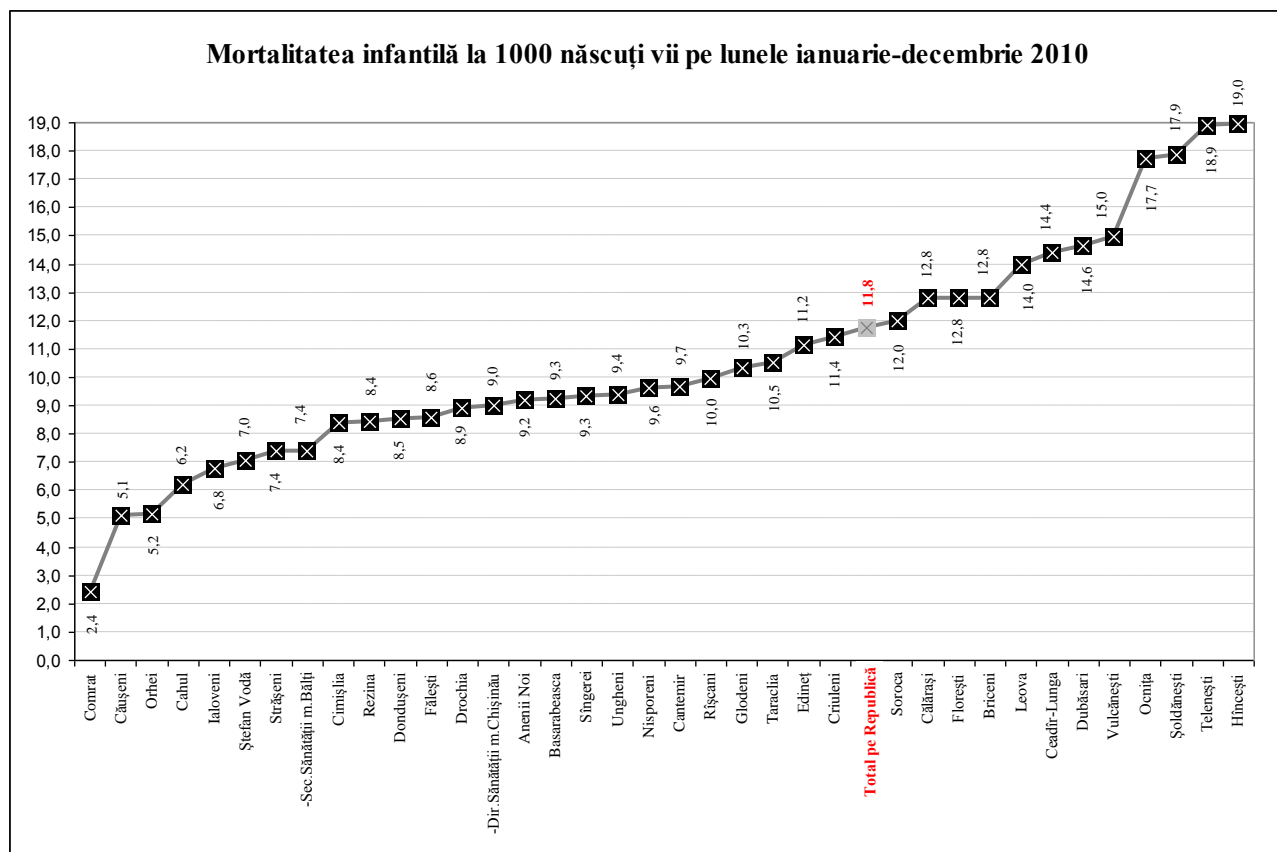


- Scăderea treptată a MI în RM a avut loc prin eforturile sectorului medico-sanitar, respectiv MS, paralel cu implementarea noilor tehnologii la nivelul asistenței medicale primare, în maternități și promovarea alimentației naturale a sugariilor
- Menținerea la un nivel destul de înalt a ratei MI la domiciliu în mare parte ține de aspectele sociale ale problemei, majoritatea deceselor reînregistrându-se la copii din familii social-vulnerabile, în care se atestă
 - o vulnerabilitate fizică a copilului
 - nivel jos de trai și școlarizare/lipsă de cunoștințe ale părinților privind și îngrijirea copilului
 - și un grad scăzut de responsabilitate ale părinților vizavi de sănătatea copilului

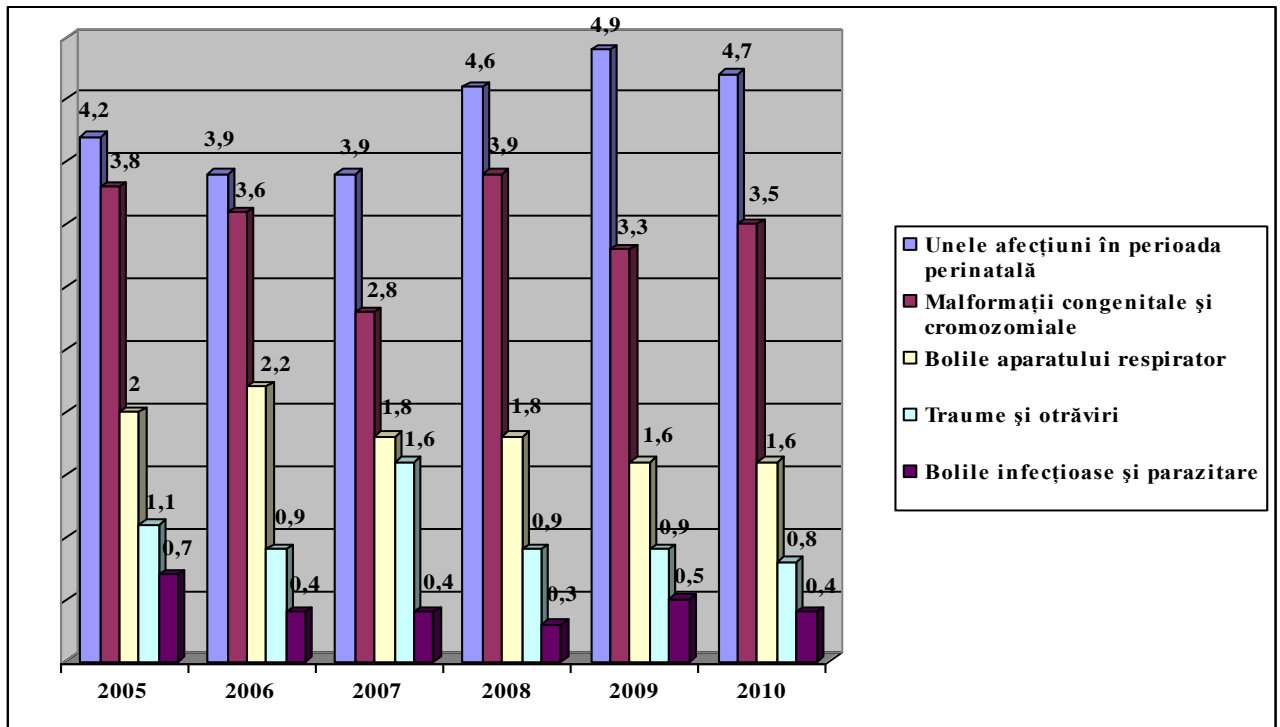
Mortalitatea infantilă în contextul ODM (la 1000 născuți vii)



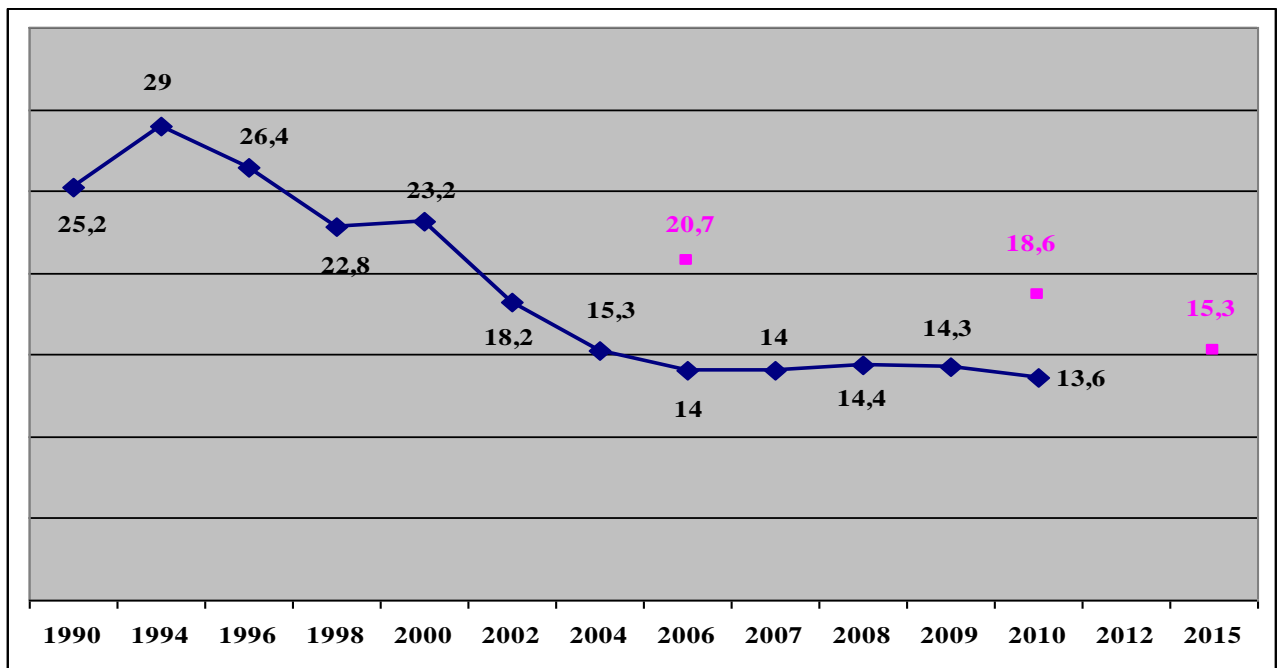
Mortalitatea infantilă la 1000 născuți vii pe lunele ianuarie-decembrie 2010



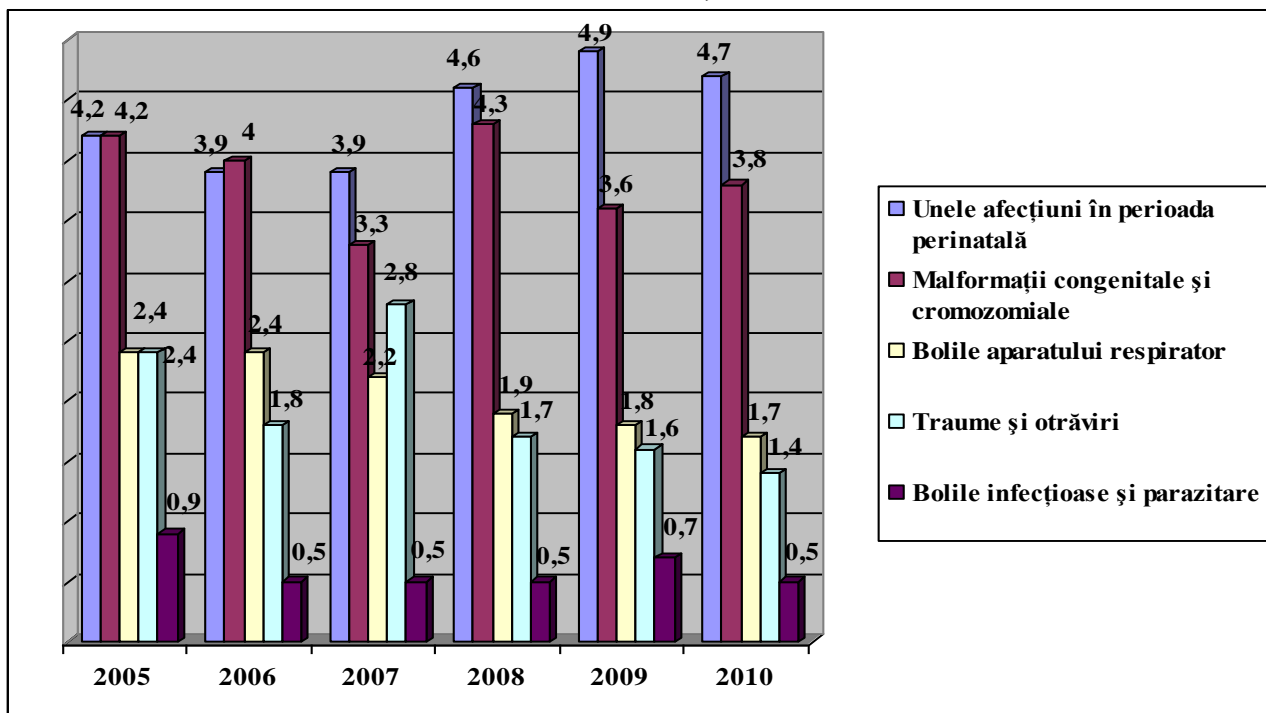
Structura mortalității infantile după principalele cauze de deces, la 1000 născuți vii



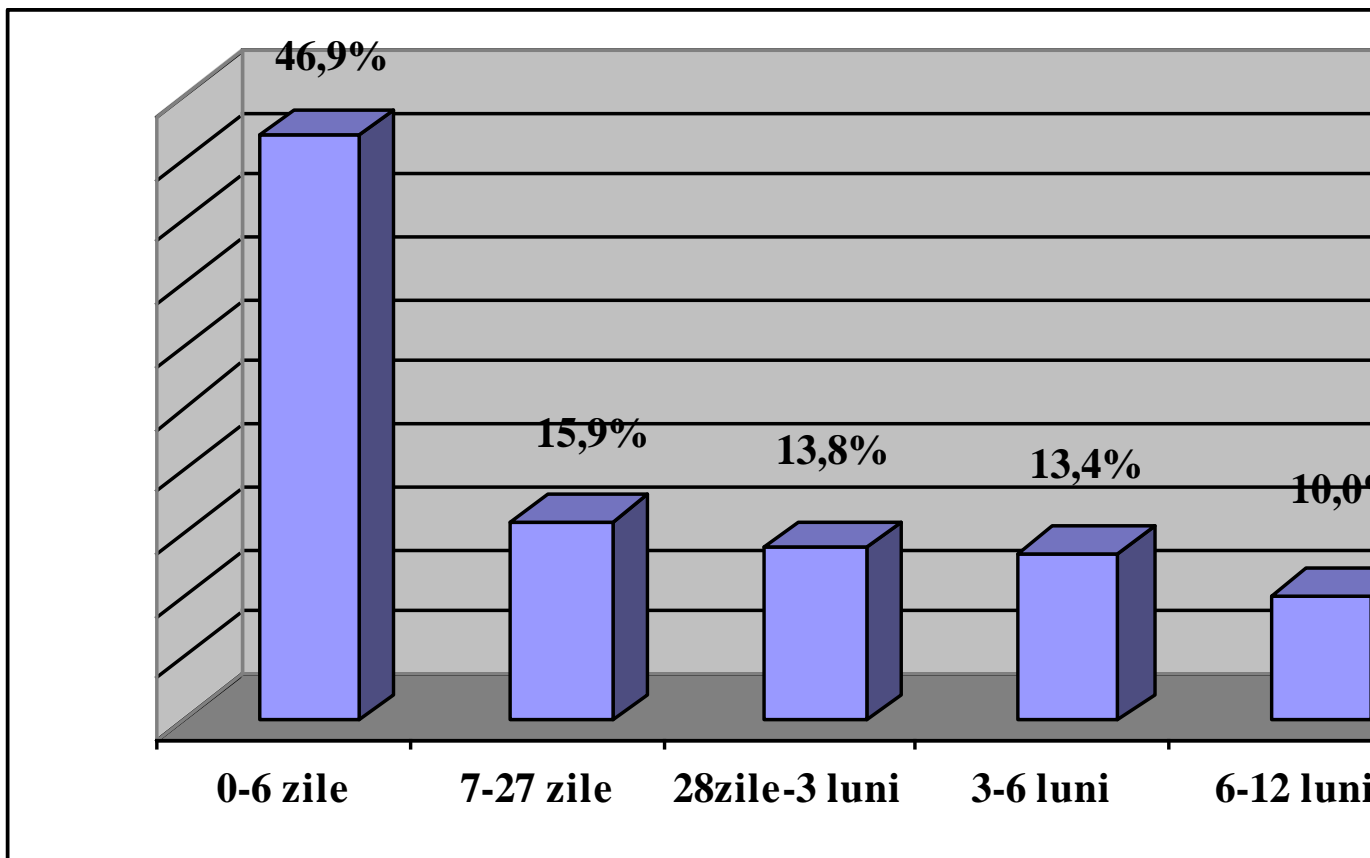
Mortalitatea copiilor de vîrstă fragedă în contextul ODM (la 1000 născuți vii)



Structura mortalității copiilor sub 5 ani după principalele cauze de deces, la 1000 născuți vii



Structura mortalității infantile în raport de vârsta copiilor anul 2007



PERIOADELE COPILĂRIEI

VĂRSTA cuprinsă între 0-18 ANI

I Etapă prenatală

- 1) Embrionară- primele 12 săptămâni de la concepție
- 2) Fetală – de la 13 săptămâni de gestație până la naștere

II Etapă postnatală

- 1) Perioada de nou- născut 0 - 28 zile
- 2) Perioada copilului sugar 28 zile – 1 an
- 3) Perioada antepreșcolară 1 - 3 ani
- 4) Perioada preșcolară 3 - 6 ani
- 5) Perioada copilului școlar mic 7 - 11 ani
- 6) Perioada de școlar mare 12 - 18 ani

- **Perioada de nou- născut 0 - 28 zile:** constituie perioada de adaptare la viața extrauterină, în care se petrec o serie de fenomene caracteristice, cum ar fi: icterul fiziologic, scădere fiziologică în greutate, criza genitală etc.
- **Perioada copilului sugar 28 zile – 1 an:**
 - este caracteristică printr-o creștere foarte activă; în nici o altă perioadă nu găsim un ritm al creșterii atât de rapid ca în etapa de sugar. De asemenea, în această perioadă dezvoltarea psihomotorie a sugarului este în progres permanent, în special datorită dezvoltării continue a sistemului nervos.
- **Perioada antepreșcolară 1 - 3 ani (copil mic):**
 - după vârsta de un an, copilul încetează de a mai fi considerat sugar, merge singur, vorbește, devine activ;
 - creșterea în lungime și greutate este mai puțin accentuată ca în I-ul an de viață;
 - în această perioadă organizarea condițiilor de mediu în grijire și stimulare a dezvoltării este foarte importantă;
 - supravegherea corectă a copilului mic, munca educativă bine condusă contribuie însușirea primelor deprinderi igienice și a unor reguli elementare de educație.
- **Perioada preșcolară 3 - 6 ani:**
 - vârsta în care psihicul copilului are o dezvoltare intensă, datorită dezvoltării din ce în ce mai complexe a sistemului nervos central;

- însușirea cunoștințelor despre lumea înconjurătoare crește neconținut, în raport cu dezvoltarea atenției, spiritului de observație, memoriei.
- copilul devine din ce în ce mai independent, prin dezvoltarea continuă a acestor funcții.

- **Perioada copilului școlar mic 7 - 11 ani**

- ritmul de creștere este mai lent la începutul acestei perioade (în comparație cu vârsta preșcolară), pentru că spre sfârșitul ei să se accelereze, odată cu apariția pubertății;
- treptat, înfățișarea copilului școlar se apropie de cea a adultului. Prin maturizarea sistemului nervos central, școlarul are o activitate psihică din ce în ce mai complexă, care îi permite însușirea unor cunoștințe variate și bogate.
- **Perioada de școlar mare 12 - 18 ani** corespunde cu puseul pubertar și maturizarea sexuală, care implică un șir întreg de restructurări morfo-funcționale la nivelul tuturor sistemelor organismului.

Perioadele critice în dezvoltarea copilului

A. Etapa prenatală

1) I trimestru de graviditate (primele 12 săptămâni de sarcină)

Caracteristici: Diferențierea intensă a țesuturilor, formarea organelor
Riscuri:

- Acțiunea teratogenă a factorilor de origine diversă (*Fizici Chimici Biologici*) contribuie la formarea viciilor congenitale de dezvoltare (VCD). Forma clinică a viciilor depinde de perioada critică de acțiune a factorului teratogen și și mai puțin de caracterul acestuia.
- Este risc înalt de aberații cromosomiale

2) Ultimul trimestru de graviditate (ultimile 12 săptămâni de sarcină)

Caracteristici: Creșterea masei corpului fătului

Trecerea maximă transplacentară a
 imunoglobulinelor de la mamă la făt
 Sinteza maximă a surfactantului

Riscuri: gestozele și insuficiența placentară, anemiile la mamă în această perioadă de sarcină au ca consecință:

- ❖ nașterea copiilor cu greutate joasă, (copii dismaturi sau cu hipotrofie intrauterină)
- ❖ nașterea copiilor cu semne de imaturitate
- ❖ nașterea copiilor cu semne de infecții intrauterine
- ❖ sensibilizarea mamei și a fătului, în special după Rh factor și grupa sanguină
- ❖ nașterea copiilor cu imunodeficiență congenitală

- ❖ nașterea copiilor cu patologia SNC, determinată de hipoxie și tulburări metabolice

ETAPA POSTNATALĂ

1) Perioada nou – născutului

Se caracterizează prin:

- ◆ adaptarea generală față de mediul extrauterin de viață
- ◆ divizarea intensă a neuronilor
- ◆ formarea intensă a sinapsurilor (legăturilor interneuronale)
- ◆ activitatea nervoasă caracterizată prin prevalența în conducere a structurilor subcorticale, prin reflexe înăscute, necondiționate
- ◆ reacția generalizată sistemului nervos datorită imaturității lui
- ◆ prevalența imunității pasive
- ◆ imunodeficiență fiziologică
- ◆ I încrucișare în formula leucocitară

Riscuri:

- semne de afecțiuni perinatale a SNC
- semne de VCD, malformații congenitale
- semne clinice de patologie ereditară
- tulburări de adaptare
- generalizare a infecțiilor, chiar și a celor minore
- sindrom de „detresă” respiratorie
- pneumopatii
- semne clinice de infecții intrauterine

2) Perioada de la 3 la 6 luni

Se caracterizează prin:

- ❖ mielinizarea intensivă a neuronilor
- ❖ formarea reflexelor condiționate
- ❖ dezvoltarea vederii binoculare
- ❖ dezvoltarea continuă a memoriei
- ❖ imunodeficiență fiziologică (răspunsul imun este insuficient)

Ca consecință, copilul este predispus pentru tulburarea procesului de formare de relație mamă – copil, pot apărea semne clinice de imunodeficiență

Astfel crește frecvența:

- bolilor respiratorii
- afecțiunilor acute a sistemului digestiv (boală diareică acută)
- manifestarilor de alergie alimentară
- manifestărilor de rahitizm
- anemiilor carentiale
- malnutriției

3)Perioada vârstei de 2- 4 ani

Caracteristici:

- ◆ are loc desăvârșirea mielinizării neuronilor și a căilor de conducere nervoasă
- ◆ se intensifică formarea reflexelor condiționate
- ◆ are loc socializarea copiilor, se „sparge” stereotipul existent
- ◆ se menține deficiența fiziologică a IgA, IgG

Copii în această perioadă sunt mai predispuși spre:

- apariția retardului în vorbire
- manifestarea semnelor de disfuncție minimă cerebrală (DMC)
- creșterea frecvenței IRA, infecțiilor infantile:(pertusis, scarlatina, varicela)
- instituirea bolilor alergice
- instalarea tonzilitelor cronice
- crește frecvența traumatismului menajer, a intoxicațiilor
- crește morbiditatea generală

4)Perioada 5-6 ani

Caracteristici:

- ❖ are loc creșterea puterii și mobilității neurologice
- ❖ se formează activitatea nervoasă superioară
- ❖ are loc încrucișarea a II a formulei leucocitare a sîngelui
- ❖ are loc sinteza maximală a imunoglobulinelor E (IgE)
- ❖ se intensifică creșterea

În această perioadă copiii sunt predispuși spre:

- manifestarea reacțiilor neurotice
- creșterea numărului de infecții infantile,
- îmbolăviri prin helmintaze
- manifestarea reacțiilor alergice
- instalarea multor maladii cronice

5)Perioada de pubertate

Caracteristici :

- ❖ are loc finisarea proceselor de mielinizare a căilor de conducere nervoasă cu excepția formațiunilor reticulare
- ❖ formarea gândirii abstracte
- ❖ sensibilizarea țesuturilor față de hormoni, în special sexuali
- ❖ se formează personalitatea

- ❖ se manifestă tendința spre independență
- ❖ are loc micșorarea masei timusului și a ganglionilor limfatici
- ❖ este posibilă formarea dependenței eventuale de nicotina, droguri, alcool

În această perioadă există riscul de:

- ◆ neuroze
- ◆ maladii psihosomatice
- ◆ endocrinopatii
- ◆ traumatizme
- ◆ creștere a îmbolnăvirilor de TBC, maladiilor limfoproliferative
- ◆ boli ale sferei genitale, maladii cu transmitere sexuală
- ◆ graviditate precoce.