

USMF „Nicolae Testemițanu”
Depatramentul Pediatrie
Prelegere pentru studenți Medicină, Medicină Preventivă.

Pediatria ca disciplină și știință. Puericultura. Copilul sănătos.
Perioadele copilăriei-caracteristica și semnificația lor.

18.03.2020

Planul prelegerii.

- Pediatria ca disciplină și știință.
- Ocrotirea sănătății mamei și copilului - cadrul legal
- Organizarea asistenței medicale mamei și copilului în RM. Indicii de bază.
- Puericultura. Copilul sănătos. Medicina copilului sănătos.
- Carnetul de Dezvoltare a copilului. Supravegherea copiilor.
- Particularitățile de bază ale colectării anamnezei și examinării copiilor.

Primii ani de viață au o importanță vitală pentru copil, familie, societate. Starea copilului reflectă raportul sinergic dintre sănătatea lui, alimentație și etapa de dezvoltare la care se află. Știința despre dezvoltarea copilului ca una fundamentală în ceea ce privește sănătatea acestuia și constituie coloana vertebrală a pediatriei. Cercetările atrag atenția asupra corelației dintre creșterea și dezvoltarea copilului și calitatea nutriției, îngrijirii, educației și, implicit, asupra vulnerabilității copilului în timpul acestei perioade formative, considerată critică sau sensibilă. Mesajul principal este că pentru orice problemă ce poate apărea în dezvoltarea unui copil (din punct de vedere fizic, motor, cognitiv, emoțional, social, legat de personalitate, etc.), cu cât intervenția este mai timpurie, cu atât șansa de remediere este mai mare; și invers, cu cât intervenția este mai târzie, cu atât mai mari sunt costurile asociate, iar prognosticul e mai puțin favorabil.

Unele argumente. 80% din arhitectura cerebrală a individului se dezvoltă în perioada prenatală. 60% din structurile mentale ale unui adult se formează în primii trei ani de viață, din acestea 50% înainte de naștere. Copilul se naște cu circa 100 miliarde de celule nervoase, între 1/4 și 1/5 din celulele nervoase ale creierului unui adult, adăugând primii trei ani din viață celule gliale pentru a sprijini și hrăni acești neuroni. În primul an de viață are loc o explozie sinaptică, neuronii sunt capabili să formeze mii de interconexiuni între ei care se extind și în alte regiuni ale creierului. La 6 ani copilul are 2/3 din creierul unui adult și are de 5-7 ori mai multe conexiuni între neuroni decât creierul unui copil de 18 luni sau al unui adult. Acest potențial de dezvoltare a creierului se finalizează în jurul vârstei de 10-11 ani, când copilul pierde circa 80% din acest volum de conexiuni neuronale. Ceea ce nu dezvoltăm sau nu utilizăm, pierdem ca și capacitate.

Pediatria este ramura medicinei care se ocupă cu descrierea, diagnosticul, tratamentul și profilaxia bolilor copilului. Cuvântul pediatrie provine din limba greacă **pais, paidos - copil, iatreia – tratament**. Pediatria este o disciplină medicală de sinestătătoare prin particularitățile fiziologice ale vârstei copilăriei. Afirmatia potrivit căreia “copilul nu este un adult în miniatură” trebuie luată în considerație în toate situațiile în care se acordă îngrijiri unui copil (consult profilactic, probleme de educație, tratament etc.). Domeniul pediatriei este mare și complex, incluzând pediatrie preventivă, curativă, socoală, comportamentală. Pediatria modernă presupune cel puțin 5 activități de bază:

- Cunoașterea și influențarea mediului social și de viață în care se dezvoltă copilul;
- Profilaxia prenatală și postnatală;
- Diagnosticul și tratamentul bolilor;
- Profilaxia și reabilitarea; ameliorarea stării de sănătate, mărirea performanțelor fizice și intelectuale ale copilului în toate etapele vieții acestuia;
- Folosirea metodelor screening de investigații.

Definiția și obiectul puericulturii. Puericultura este ramura pediatriei care se ocupă de copilul sănătos și anume de ansamblul mijloacelor care asigură o dezvoltare fizică, psiho-motorie normală și ocrotirea sănătății prin măsuri profilactice, crearea de condiții optime de creștere, ocrotirea lui de la naștere până la adolescență, prin prevenirea îmbolnăvirilor încă din perioada de concepție. Termenul de puericultură a fost folosit pentru prima dată de medicul obstetrician francez Carron, etimologic provine din limba latină: *“pueros”*- copil și *“cultura”*-creștere. Astfel puericultura reprezintă latura profilactică a medicinei copilului, în timp ce pediatria reprezintă latura curativă. Puericultura ne învață, pe de o parte, fiziologia copilului normal, cunoașterea mecanismelor și factorilor care influențează creșterea și dezvoltarea normală, particularitățile metabolismului la diverse vârste, cunoașterea nevoilor energetice, hidrice și altor principii ale nutriției și alimentației, dar și cum putem asigura creșterea și dezvoltarea normală somatică și psihică a copilului, unei nutriții corespunzătoare în vederea menținerii stării de sănătate a populației.

Obiectivul puericulturii: studiul *creșterii* și *dezvoltării copilului* de la naștere și până la maturizare pe etape de vârstă, cuprinzând toate aspectele ce concură la realizarea acestui deziderat; păstrarea sau chiar fortificarea sănătății, prevenirea bolilor. Ingrijirile medicale ale copilului sănătos tind să devină prioritare în practica pediatriei, atât în domeniul profilaxiei bolilor, cât și în cel al protecției medico-sociale a copilului în general, prin individualizarea acestora. Medicina copilului sănătos devine azi obiectiv fundamental și rațional în structurarea programelor de sănătate pe glob. Dezvoltarea programelor medico – sociale de protecție a copilului stă la baza medicinei copilului sănătos, în sensul prevenirii îmbolnăvirilor, a ocrotirii sociale a acestuia, permițând în final o dezvoltare armonioasă fizică, mentală și socială, realizând conceptul de sănătate. Puericultura se adresează copilului și familiei, condițiilor de mediu socio-economic. În raport cu factorii și momentele asupra cărora poate acționa activitatea profilactică, puericultura se poate clasifica în puericultură preconcepțională, puericultură prenatală, puericultură postnatală.

I. Puericultura preconcepțională cuprinde ansamblul de măsuri ce asigură starea de sănătate și dezvoltare armonioasă a părinților (genitorilor). Etapa preconcepțională este importantă, de care depinde atât rezultatul final al sarcinii, cât și sănătatea viitorului copil. Asistența preconcepțională include un complex de măsuri informativ-educative, consultativ-diagnostice și curativ-profilactice menite să prevină sarcinile nedorite și cu risc sporit. Fiecare cuplu, înainte de a concepe o sarcină, trebuie să cunoască următoarele aspecte legate de procesul de procreare:

- starea de sănătate a femeii care dorește sarcina;
- semnele caracteristice ale patologiei funcției reproductive;
- factorii de risc preconcepționali;
- folosirea metodelor contraceptive;
- maladiile sexual-transmisibile și metodele de profilaxie ale acestora;
- pregătirea fizică și psihologică către o sarcină.

Factorii de risc preconcepționali. Vizează în principal factorii teratogeni care determină injurii prenatale. **Factorii social – biologici:**

- vârsta mamei sub 18 ani și după 35 ani (ex. boala Down la vârsta de 20 ani riscul este 0,5%, la 30 ani - 1,2%, peste 40 ani riscul atinge 20%);
- talia mamei sub 150 cm; masa corpului în surplus de 25%;
- vârsta tatălui după 40 ani;
- nutriția: carențe în aminoacizi, vitaminele E, A, acid folic, oligoelemente ca Zn, Iod;
- factorii profesionali nocivi la mamă și la tată;
- stresul; fumatul; folosirea alcoolului.

Factorii extragenitali:

- boli materne neinfecțioase (diabetul zaharat manifest neglijat, viciu cardiac; boală hipertonică; maladie renală; patologie a glandei tiroide; anemie; coagulopatie; miopie sau alte maladii oftalmologice fără schimbări la fundul ochiului).

- Infecții specifice cronice (tuberculoză, bruceloză, sifilis, toxoplazmoză).

Factorii obstetricali:

- mai mult de 4 nașteri în anamneză;
- avorturi în anamneză, avort spontan habitual (mai mult de 2 avorturi);
- nașteri premature;
- mortinatalitate în anamneză;
- anomalii congenitale la copii precedenți;
- masa copilului până la 2500 și mai mult de 4000g;
- sterilitate în anamneză;
- cicatrice pe uter după operație;
- tumori ale uterului și ovarelor;
- anomalii de dezvoltare ale uterului.

Recomandări pentru pregătirea cuplului către sarcină.

Sănătatea reproducerii nu înseamnă doar evitarea îmbolnăvirilor. Sănătatea înseamnă păstrarea unei stări bune din punct de vedere fizic, psihic și social a fetei, pregătirea pentru funcția reproductivă în pubertate și adolescență, dezvoltarea ginecologiei infantile și endocrinologiei.

- Evitarea unei sarcini nedorite, sarcinii la un interval de mai puțin de 2 ani, prea devreme (până la vârsta de 18 ani) și prea târziu (după 35 ani) apelând la folosirea metodelor contraceptive.
- Control medical complex înainte de a planifica o sarcină.
- Evitarea fumatului. Fumatul este dăunător în preconcepție și pe perioada sarcinii. Fumătoarele sunt expuse riscului de avort spontan, de a naște prematur, iar nou-născuții vor avea o greutate mai mică la naștere. Un mediu în care se fumează crește riscul morții subite la copii, riscuri de boli respiratorii, boli cardiovasculare, cancer.
- Evitarea alcoolului. Alcoolul în exces poate afecta fertilitatea ambilor parteneri. Mai mult de un pahar sau două pe zi este asociat cu dificultăți în concepția unui copil. Consumul de alcool în timpul sarcinii sau alăptării riscă să afecteze grav sănătatea copilului: avort, anomalii de dezvoltare a fătului, retard al creșterii fătului, retard mintal al copilului.
- Alimentația corectă. Zilnic alimente variate ce conțin substanțe nutritive și vitamine.
- Acidul folic câte 0,4 mg/zi în calitate de supliment înainte de sarcină și de continuat până la 12 săptămâni de sarcină, poate preveni nașterea unui copil cu defect al tubului neural.
- Activitatea fizică joacă un rol important în păstrarea sănătății, menținerea unei stări bune a femeii.
- Profilaxia bolilor sexual-transmisibile. Bolile sexual-transmisibile (herpes, sifilis, gonoree, chlamidie, HIV/SIDA) pot fi prevenite prin evitarea contactelor sexuale la întâmplare și utilizarea condomului. Dacă există un risc sporit de a contracta o boală sexual-transmisibilă înainte de a planifica o sarcină, se vor efectua testele corespunzătoare.

II. Puericultura antenatală (prenatală, intrauterină) – se referă la supravegherea medicală a gravidei, dezvoltarea intrauterină normală a produsului de concepție până la naștere. Obiectivele: depistarea precoce a sarcinii și luarea în evidență a gravidei. Femeile trebuie să facă cel puțin 6 vizite la medic, mai multe conform indicațiilor medicului sau dacă au unele probleme sau întrebări. Perioada de sarcină normală este 280±10 zile. Sunt importante respectarea regimului de viață și muncă, alimentația corectă, profilaxia specifică (acid folic, fier, vitamina D), depistarea și tratamentul precoce a bolilor. Viața intrauterină cuprinde 3 perioade:

- *perioada embrionară*, primele 3 luni de sarcină, organogeneză rapidă, diferențierea și dezvoltarea comportamentelor moleculare și enzimatice celulare; se subdivide în 2 perioade: de blastogeneză (primele 2 săptămâni de sarcină) și embriogeneză (între 2-12 săptămâni de sarcină);
- *perioada fetală precoce* (trimestrul II de sarcină) – se desăvârșește organogeneza, dezvoltarea structurilor fine a organelor;

-*perioada fetală tardivă* (trimestrul III de sarcină) – perfecționarea maturizării histologice și biochimice a fătului, se dezvoltă aparatele și sistemele care preiau funcțiile și activitățile impuse de procesul adaptării la viața postnatală.

Patologia prenatală include totalitatea bolilor în care agresiunea se produce în orice moment, de la gametogeneză până la naștere și care se poate exprima în timpul vieții intrauterine, după naștere sau după un anumit "interval liber".

III. Puericultura postnatală – cuprinde totalitatea măsurilor de supraveghere, îngrijire, alimentație corectă, igiena mediului extern, condiții psiho-afective în familie și colectivitate necesare unei creșteri și dezvoltări armonioase a copilului. Scopul principal este profilaxia, creșterea rezistenței organismului prin mijloace specifice și nespecifice, scăderea morbidității și mortalității infantile care influențează durata medie de viață, sporul natural al populației.

Nou-născutul sănătos este un copil născut la termenul de gestație de 38-42 săptămâni; cu scorul Apgar ≥ 7 puncte în primul minut de viață și care nu a necesitat resuscitare; cu greutatea la naștere în limitele a 2800-4000 g, care în timpul examinării arată sănătos, fără anomalii de dezvoltare ori alte semne patologice și la care este prezent reflexul de sugere. Nou-născutul sănătos are un risc scăzut de declanșare a stărilor patologice în perioada neonatală și *are nevoie numai de îngrijiri esențiale*. Aproximativ 80% de nou-născuți sunt sănătoși.

Îngrijirea reprezintă un factor important în dezvoltarea optimă a copilului. Conceptul îngrijirii este strâns legat de cel al dezvoltării. A îngriji înseamnă a răspunde necesităților fundamentale ale copilului, ce țin de: protecție, alimentație, dragoste și afecțiune, interacțiune și stimulare, securitate, asistență medicală.

DREPTURILE COPILULUI.

În plan internațional, există cadrul juridic bine structurat, care protejează dreptul fiecărui copil la viață, la trai decent, accesul la serviciile medicale și sociale de calitate, abordând direct și detaliat problematica drepturilor copilului, măsurile de protecție special pentru diverse categorii de copii aflați în diferite situații de dificultate.

La 20 noiembrie 1989, Adunarea Generală a ONU a adoptat Convenția privind Drepturile Copilului, legea internațională care include setul complet de drepturi ale copilului. O convenție este un acord între țări pentru ca ele să respecte aceeași lege. Republica Moldova a ratificat Convenția ONU privind Drepturile Copilului la 12.12.1990. Din acel moment, guvernul trebuie să se asigure permanent că fiecare copil se bucură de toate drepturile înscrise în Convenție, fără nici o excepție. Pentru a pune în practică prevederile Convenției, Parlamentul RM a adoptat Legea RM privind Drepturile Copilului (nr. 338-XIII din 15.12.1994). Convenția cuprinde drepturi civile, politice, economice, sociale, culturale și recunoaște că dreptul de a se bucura de un anumit drept nu poate fi separat de cel de a beneficia și de celelalte. Convenția stabilește că, pentru ca un copil să își poată dezvolta în mod liber capacitățile sale intelectuale, morale și spirituale, acesta are nevoie să trăiască într-un mediu salubru și fără pericole, să aibă acces la îngrijiri medicale, să aibă o alimentație, o îmbrăcăminte și o locuință conform normelor minimale, mediu ambiant în care să simtă căldură afectivă și în care să-i fie respectate nevoile.

Convenția privind Drepturile Copilului:

- oferă o lume sigură, în care copiii se pot dezvolta sănătos, își pot realiza pe deplin potențialul și participa în viața societății;
- asigură protecție copiilor, care sunt mai vulnerabili decât adulții în fața dificultăților vieții, a exploatarei și abuzului;
- asigură condiții pentru ca vocea copiilor să fie auzită, chiar dacă ei nu au drept de vot, influență politică sau putere economică;
- protejează copiii față de ideile greșite ale multor adulți că ar fi o proprietate a părinților și persoane care sunt incapabile să contribuie la dezvoltarea societății.

Convenția are 4 principii generale care stau la baza tuturor drepturilor copilului, de care ar trebui să se conducă atât adulții, care sunt responsabili de realizarea ei, cât și copiii, care beneficiază de ea.

1. *Nondiscriminarea*. Toți copiii, fără excepție, indiferent de rasă, etnie, religie, gen, situație financiară, de ceea ce cred sau spun, de tipul familiei din care provin, dizabilitate, alt statut al copilului au aceleași drepturi (Articolul 2).

2. *Interesul superior al copilului*. Atunci când iau decizii referitoare la copii, instituțiile, organizațiile, toți adulții implicați în lucrul cu copiii și membrii familiilor copiilor trebuie să se gândească în primul rând la ceea ce este mai bine pentru copii și să acționeze astfel (Articolul 3). 3. *Supraviețuirea și dezvoltarea*. Toți copiii au dreptul la viață. Guvernul trebuie să se asigure că ei supraviețuiesc și se dezvoltă sănătos în toate aspectele vieții: fizic, emoțional, mintal, social și cultural (Articolul 6).

4. *Opinia copilului*. Ai dreptul să te implici și să spui ce crezi atunci când adulții iau decizii care sunt importante pentru viața ta. Opiniile tale trebuie să fie ascultate, acceptate și luate în serios în familie, la școală, în cercul de prieteni, în timpul tău liber sau în orice alt mediu și situație. Nimeni nu te poate obliga să faci ceea ce nu vrei (Articolul 12).

Convenția cuprinde 54 de articole. Primele 41 de articole se referă la drepturile copilului. Articolele 42-45 se referă la modul în care statele trebuie să urmărească și să raporteze respectarea Convenției. Articolele 46-54 ale Convenției descriu în ce mod statele pot adera la ea, cum are loc ratificarea acesteia, care sunt limbile oficiale în care este scrisă Convenția. Prevederile principalele ale Convenția privind Drepturile Copilului.

- Copil înseamnă orice ființă umană din lume în vârstă de până la 18 ani.
- Dreptul la viață. Orice copil are dreptul la viață, supraviețuire și dezvoltare.
- Dreptul la protecția împotriva rasismului și a tuturor formelor de discriminare. Toți copiii sunt egali în drepturi, indiferent de rasă, culoare, limbă, religie, naționalitate, opinie, vârstă, gen, dizabilitate, convingeri, avere sau origine socială.
- Fiecare copil are dreptul de a trăi, de a crește în siguranță și de a fi respectat pentru gândurile și ideile sale. Interesul superior al copilului trebuie să fie întotdeauna prima prioritate.
- Orice copil are dreptul la un nume, la o naționalitate, are dreptul, în măsura posibilului, să-și cunoască părinții și să fie îngrijit de aceștia.
- Dreptul la sănătate. Orice copil are dreptul la asistență medicală. Copilul cu dizabilități are dreptul la îngrijire specială pentru a îndepărta barierele sociale și economice.
- Orice copil are dreptul la educație. Educația trebuie să pregătească copilul pentru viață, să-i dezvolte respectul pentru drepturile omului și să-l formeze în spiritul înțelegerii, păcii și toleranței.
- Dreptul la familie. Copilul are dreptul de a trăi cu părinții săi, în afară de cazul în care interesul său este să nu o facă. Dacă părinții au divorțat sau trăiesc departe unul de celălalt, copilul trebuie să aibă posibilitatea de a menține relații cu amândoi.
- Dreptul la protecție contra exploatării sexuale și a violenței, dreptul la protecție împotriva exploatării prin muncă.
- Dreptul de a avea o identitate culturală și religioasă. El trebuie să aibă posibilitatea de a-și alege religia și de a o practica, să se exprime în limba lui, să-și păstreze cultura, să beneficieze de libertate de gândire.
- Dreptul la exprimare. Copilul are dreptul să ia atitudine în tot ceea ce îl privește, în familie, la școală, și chiar și în justiție, când sunt în joc interesele sale.
- Orice copil are dreptul la joc, odihnă, recreere și la activități culturale și artistice potrivite vârstei copilului.
- Copilul are dreptul la libertatea de asociere, în structuri formale și informale, precum și dreptul la libertatea de întrunire pașnică, în limitele prevăzute de lege.

- Dreptul la protecția împotriva războiului și a privării de libertate. Nici un copil nu trebuie să facă războiul; nici un copil nu poate fi torturat, condamnat la moarte, închis pe viață. Măsurile educative trebuie să primeze asupra închisorii.
- Copilul are dreptul să depună singur plângeri referitoare la încălcarea drepturilor sale fundamentale. Copilul este informat asupra drepturilor sale precum și asupra modalităților de exercitare a acestora.

Declarația Universală a Drepturilor Omului (adoptată de Adunarea Generală a ONU la 10 de septembrie 1948, în vigoare pentru Republica Moldova din 28.07.1990), 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).

Pactul internațional cu privire la drepturile economice, sociale și culturale (adoptat la 16.12.1966; în vigoare pentru RM din 26.04.93) – prevede că statele părți acordă ocrotire specială mamei, într-o perioadă de timp rezonabilă, înainte și după nașterea copilului.

Convenția OIM nr.103 cu privire la protecția maternității (adoptată la 28.06.1987; în vigoare pentru RM din 14.02.1998) – prevede asigurarea dreptului femeii la concediul de maternitate, care include obligatoriu și o perioadă postnatală. Femeia care alăptează copilul are dreptul să-și întrerupă munca în acest scop la ora sau perioadele de timp prevăzute de legislația națională, aceste întreruperi fiind considerate ore de lucru și remunerate corespunzător.

Acte normative pentru reglementarea drepturilor copilului în RM.

La nivel național, RM garantează dreptul la viață prin **Constituția Republicii Moldova**, adoptată la 29.07.1994, articolul 243. Constituția Republicii Moldova stabilește că statul garantează fiecărui om dreptul la viață și la integritate fizică și psihică, dreptul la ocrotirea sănătății, nivel de trai decent, bunăstarea lui și familiei lui, cuprinzând hrana, îmbrăcămintea, locuința, precum și serviciile sociale necesare.

Legea RM privind drepturile copilului nr. 338 din 15.12.1994, stabilește statutul juridic al copilului ca subiect independent și prevede asigurarea sănătății lui fizice și spirituale, stipulând 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 inumane, 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, alimentarea lui rațională, asistență medicală calificată și gratuită, organizarea măsurilor de profilaxie a bolilor, de promovare a unui mod de viață sănătos;
- Părinții sunt obligați să respecte recomandările medicilor privind asigurarea dezvoltării normale a copilului în perioada pre- și postnatală și poartă răspundere juridică pentru lipsa de supraveghere permanentă a copiilor de vârstă fragedă și preșcolară.

Legea ocrotirii sănătății (nr.411-XIII din 28.03.1995) 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. 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.

Legea cu privire la asigurarea obligatorie de asistență medicală (nr. 1585-XIII din 27.02.1998) reglementează funcționarea sistemului de asigurări obligatorii de asistență medicală, stipulează categoriile de persoane, pentru care Guvernul are calitatea de asigurat: copiii până la împlinirea vârstei de 18 ani, gravidele, 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, mamele cu patru și mai mulți copii, persoanele din familiile defavorizate care beneficiază de ajutor social.

Programul unic al asigurării obligatorii de asistență medicală (aprobat prin Hotărârea Guvernului RM 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 copiilor, în cadrul asigurării obligatorii de asistență medicală.

Alte legi. Codul familiei al RM nr.1316-XIV din 26.10.2000; Legea învățământului nr. 547 din 21 iulie 1995; Codul Muncii al RM; Codul Penal al Republicii Moldova (nr. 985 din 18.04.2002); Codul Contravențional al RM (nr. 218 din 24.10.2008; modificări în 2016).

În ultimii ani, în sistemul de asistență medicală a mamei și copilului au fost elaborate și implementate un șir de programe naționale și ramurale, care au inclus diverse măsuri de ameliorare a calității asistenței medicale, aplicarea unor noi metode de profilaxie, tehnologii cost-eficiente, modalități de lucru cu familia (Programul Național de ameliorare a asistenței medicale perinatale, Programul Național de Sănătate a Reproducerii și Planificare Familială, Programul Național de Imunizări, Programul Național de Conduită Integrată a Maladiilor la Copii, Programul de Alimentație Naturală a Copiilor, Programul Național privind Dezvoltarea Serviciului de Asistență Medicală Urgentă, serviciile de intervenție timpurii etc.).

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.”

Domeniile care influențează starea de sănătate (OMS, 1994)

Domeniile și ponderea lor	Descrierea domeniilor
Biologia umana- 20 %	Include: ereditatea, procesele de mutație și îmbătrânire, multimea sistemelor corpului (osteoarticular, muscular, nervos, cardiovascular, endocrin), caracteristicile populației
Mediul 20 %	Include toate aspectele legate de sănătate, care sunt externe corpului uman și care au un control redus sau nu-l are deloc (factori fizici, chimici, socio-culturali, etc.)
Comportamentul (stilul de viață) 50%	Constă din totalitatea comportamentelor și deciziilor luate de către indivizi, care influențează starea de sănătate a acestora, și asupra cărora indivizii posedă un anumit grad de control . Include: nivelul sociologic (calitatea vieții și satisfacerea nevoilor materiale/sociale și psihologice (stilul vieții, particularitățile psihologice, etc.); nivelul familiei (regimul vieții, mediul rural/urban, etc.)
Sistemul sanitar 10 %	Exprimă cantitatea, calitatea, aranjamentul, natura și relațiile dintre oameni și servicii, precum și acordarea a asistenței medicale (preventive, curative, recuperatorii) .

Importanța vârstei copilăriei.

- Unica perioadă din viață pentru formarea și acumularea de sănătate pentru toată viața
- Sănătatea este suma calității, cantității, ritmului de creștere și a programării dezvoltării în perioada intrauterină și în copilărie
- Organizarea optimă a mediului de dezvoltare, a alimentației, profilaxia - garantează un nivel optim de sănătate;
- și invers lipsa acestor modele (mediu, alimentație) - sunt de neînlocuit în viața ulterioară.

Beneficiile alimentației naturale până la 9 - 12 luni.

- Micșorarea mortalității infantile de boli infecțioase cu 20 – 34 %
- Micșorarea mortalității copiilor de leucoze cu 26 %, de tumori cerebrale – cu 44 %
- Creșterea IQ către vârsta de 20 ani cu 11 puncte.
- Micșorarea mortalității adulților de HTA și complicațiile ei (AVC, infarcte) cu 14 %.

La nivel global fortificarea sării cu Iod, produselor lactate cu vit.D și A, făinii cu vit. B1, B2, PP, Bc, Fe vor determina:

- Prevenirea a 4 decese copii din 10;
- Reducerea mortalității materne cu circa 1/3;
- Creșterea capacității de muncă cu 40%;
- Crește IQ populație cu 10 – 15 puncte;
- Crește produsul național brut cu circa 5%.

Supravegherea medicală a sănătății copilului.

Actualmente, în RM sănătatea copiilor este monitorizată de serviciul de asistență medicală primară. Managementul serviciului de asistență medicală primară asigură supravegherea, instruirea și activitățile curative acordate copiilor în familie. Serviciul de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copilului este direcționat spre:

- acordarea asistenței curativ-consultative în oficiul medicului de familie;
- acordarea asistenței curativ-consultative la domiciliu;
- planificarea/organizarea măsurilor antiepidemice în rândurile populației pediatrice;
- planificarea/organizarea măsurilor profilactice primare și de imunizare;
- planificarea/organizarea activităților în domeniul Educație pentru sănătate, Promovarea modului sănătos de viață și informare.

Asistenta medicala a copilului.

-cuprinde urmatoarele componente:

1. supravegherea activa a starii de sanatate
2. depistarea si diagnosticarea precoce a bolilor
3. supravegherea bolnavilor cronici
4. imunizări
5. tratamente curative si tratament de urgenta în etapa prespitaliceasca
6. educatia pt.sanatate.

Supravegherea activa a copilului sanatos:

-face parte din activitatea preventiva ce se face în asistenta medicala primara

-se adreseaza sugarului, copilului si adolescentului

-scopuri:

- urmarirea dezvoltarii copilului
- supravegherea sanatatii fizice
- supravegherea sanatatii psiho-emotionale
- supravegherea sanatatii sociale

-se efectueaza de catre medicul de familie 2 tipuri de vizite:

1. **vizite active**->la initiativa medicului,

-urmarirea dezvoltarii

-depistarea semnelor de boala

-educatia parintilor si a copilului

2. **vizite pasive**->daca medicul este solicitat de catre familie

-supravegherea starii de sanatate presupune un program de vizite active:

1. **vizite prenatale**->se apreciaza evolutia sarcinii

-pot fi facute de un medic specialist ginecolog sau de medicul de familie

2. **vizite postnatale**->vizite în cadrul examenelor de bilant ale copilului.

Asigurarea unui start sănătos pentru creșterea și dezvoltarea copilului, identificarea timpurie a problemelor de creștere și dezvoltare a copilului reprezintă oportunitatea primară și universală pentru intervenția în timp

util și cu rezultate optime. Supravegherea activă a copilului sănătos face parte din activitatea preventivă ce se face în asistența medicală primară. Asistența medicală a copiilor se realizează de către medicul de familie prin examene periodice, examene de bilanț efectuate la CMF. Examenul medical periodic constă în: examenul clinic general; somatometrie (măsurarea greutății, înălțimii, perimetrelor, aprecierea stării de nutriție); aprecierea dezvoltării psihomotorii; testarea percepției auditive și vizuale. Obiectivele examinării periodice:

- Stabilirea unor relații bune de parteneriat medic-familie-copil;
- A cunoaște condițiile de trai, obiceiurile familiei;
- Evaluarea și urmărirea creșterii somatice și a dezvoltării neuro-psiho-afective;
- Depistarea întârzierilor de creștere și/sau dezvoltare, a deficiențelor somatice, senzoriale, mintale;
- Depistarea riscului crescut de îmbolnăvire sau a semnelor de boală;
- Analize de laborator conform standardelor;
- Imunizarea copiilor conform PNI;
- Stabilirea conduitei igienico-dietetice, de îngrijire generală, în concordanță cu nevoile copilului și într-o abordare globală, integrată, în vederea asigurării unei dezvoltări bune sau - la nevoie - a tratamentului și a recuperării necesare;
- Elaborarea unor măsuri de politică sanitară pe baza sintezei constatărilor făcute.
- Educația părinților și a copilului pentru fortificarea capacităților lor în creșterea și dezvoltarea armonioasă a copiilor.

Standardele de supraveghere a copiilor în RM, aprobate 2019.

- **nou-născutul** - vizita medicului în primele 3 zile după externare; la 2 săptămâni după externare;
- **1 an** – vizite profilactice la medicul de familie 2, 4, 6, 9, 12 lună de viață;
- **2-3 ani** – vizite profilactice la medicul de familie la 18, 24, 26 luni;
- **4-18 ani** – vizite profilactice la medicul de familie 6-7 ani, 9-10 ani, 13-14 ani, 15-17 ani.

Consultațiile profilactice ale specialiștilor

- *Pediatru* – 2-4 lună, la 11-12 luni, 12 luni; la vârstele țintă – 2-3 ani, 6-7 ani, 9-11 ani, 13-15 ani, 18 ani
- *Neurolog pediatru* – 12 luni; la 6-7 ani
- *Chirurg pediatru* – 12 luni; la 6-7 ani
- *Ortoped pediatru* – 12 luni; la 6-7 ani
- *Otorinolaringolog (ORL)* – 12 luni; la 6-7 ani
- *Oftalmolog pediatru* – 12 luni; la 6-7 ani
- *Stomatolog* – la 11-12 luni, 12 luni; la vârstele țintă – 2-3 ani, 6-7 ani, 9-11 ani, 13-15 ani, 18 ani.

„Standardul supravegherii copilului de către medicul de familie”, „Carnetul de dezvoltare a copilului” (F-112/e). Caracteristicile serviciului de asistență medicală primară în domeniul supravegherii și dezvoltării copiilor în persoana medicului de familie, sunt următoarele:

- a) constituie punctul de prim-contact în cadrul sistemului de sănătate, oferind acces copiilor și ocupându-se de toate problemele lor de sănătate;
- b) folosește eficient resursele sistemului de sănătate, coordonând asistența medicală acordată copiilor; colaborează cu ceilalți lucrători medicali ai serviciului de AMP și asigură legătura cu ceilalți specialiști;
- c) este orientat spre copil, familie și comunitate;
- d) se bazează pe comunicarea directă medic de familie – copil, care duce în timp la stabilirea unei relații interumane de încredere, în care părinții devin parteneri responsabili ai medicului pentru menținerea/restabilirea sănătății propriului copil;
- e) asigură continuitatea actului medical și îngrijirilor stabilite în baza nevoilor copiilor;
- f) rezolvă problemele de sănătate acute și cronice ale copiilor;

- g) promovează sănătatea copiilor prin intervenții adecvate/ eficiente;
- h) urmărește rezolvarea problemelor de sănătate ale comunității.

ELEMENTE DE DEMOGRAFIE.

O.M.S. recomanda urmărirea unor indicatori generali și indicatori specifici.

Indicatori generali:

- speranța de viață;
- mortalitatea și morbiditatea generală;
- starea de nutriție;
- dezvoltarea fizică și neuropsihică.

Indicatori specifici:

- morbiditatea prin boli infecțioase;
- boli cronice și degenerative;
- boli profesionale;
- malformații congenitale;
- tulburările mentale s.a.

Demografia, de la grecescul *demos* (popor) și *graphein* (a scrie), este știința care studiază populațiile umane din punctul de vedere al numărului, structurii și repartizării geografice a acestora. Aprecierea stării de sănătate a populației infantile se realizează prin analiza unor indicatori statistici demografici ca: numărul și structura populației infantile, natalitatea, durata medie de viață, morbiditatea infantilă, mortalitatea infantilă, aspecte socio-demografice ale familiei.

Situația demografică curentă. Situația demografică a RM a cunoscut o deteriorare profundă și constantă începând cu anii 1990, pe fondul schimbărilor politice, economice și sociale pe care le-a cunoscut și le cunoaște țara în contextul tranziției economice și sociale. Evoluția populației denotă fenomenul de declin demografic datorită sporului natural și migrațional negativ, având în consecință reducerea efectivului de locuitori. Concomitent, scăderea natalității și creșterea speranței de viață produce dezechilibru distinct în structura pe vârste a populației și intensifică procesul de îmbătrânire demografică. Se constată o creștere anuală a populației în mediul urban și descreștere continuă a populației rurale. Durata medie a vieții în RM este de 68,1 ani la bărbați și 76,2 ani la femei (statistica anului 2017). Astfel, femeile au o durată medie a vieții cu 8,1 ani mai mare decât bărbații.

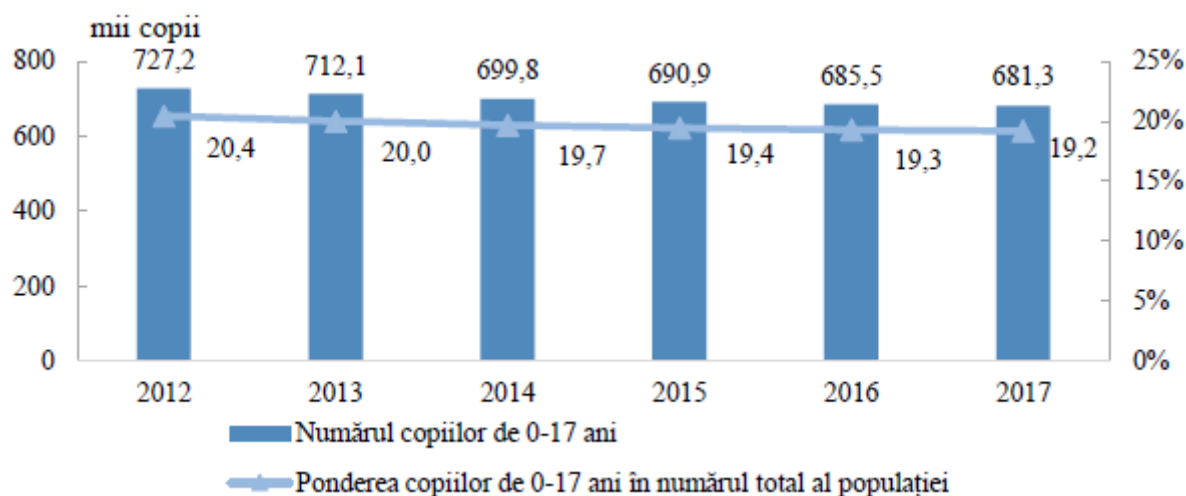


Figura . Numărul copiilor în Republica Moldova anii 2012-2017.

Conform statisticii, în raport cu anul 1959, numărului populației cu vârsta de 60 ani și peste a crescut de la 7,7% la 17,4% și a diminuat considerabil proporția persoanelor tinere de 0-14 ani de la 33,4% la 19,2%,

astfel încât ponderea persoanelor tinere este practic egală cu ponderea persoanelor de vârste înaintate, în timp ce ponderea persoanelor cu vârsta de 15-59 de ani înregistrează modificări nesemnificative (aceasta și reprezintă fenomenul de îmbătrânirea demografică).

NATALITATEA. Reprezintă numărul născuților vii la 1000 de locuitori, într-o anumită perioadă (de obicei 1 an); ea reprezintă un obiectiv central al politicilor demografice; scăderea ei duce la grave perturbări în echilibrul populațiilor și modifică structura pe vârste. Indicele natalității este în relație directă cu condițiile socio-economice ale unui popor, cu religia, nivelul cultural, cadrul legislativ etc. Acesta este principalul fenomen demografic și caracterizează caracterul reproductiv al populației. În strânsă relație cu natalitatea este *fertilitatea* care exprimă frecvența născuților vii raportată la populația feminină, aflată la vârsta reproducerii. Pe parcursul ultimului deceniu numărul născuților-vii a variat, dar în continuă scădere.

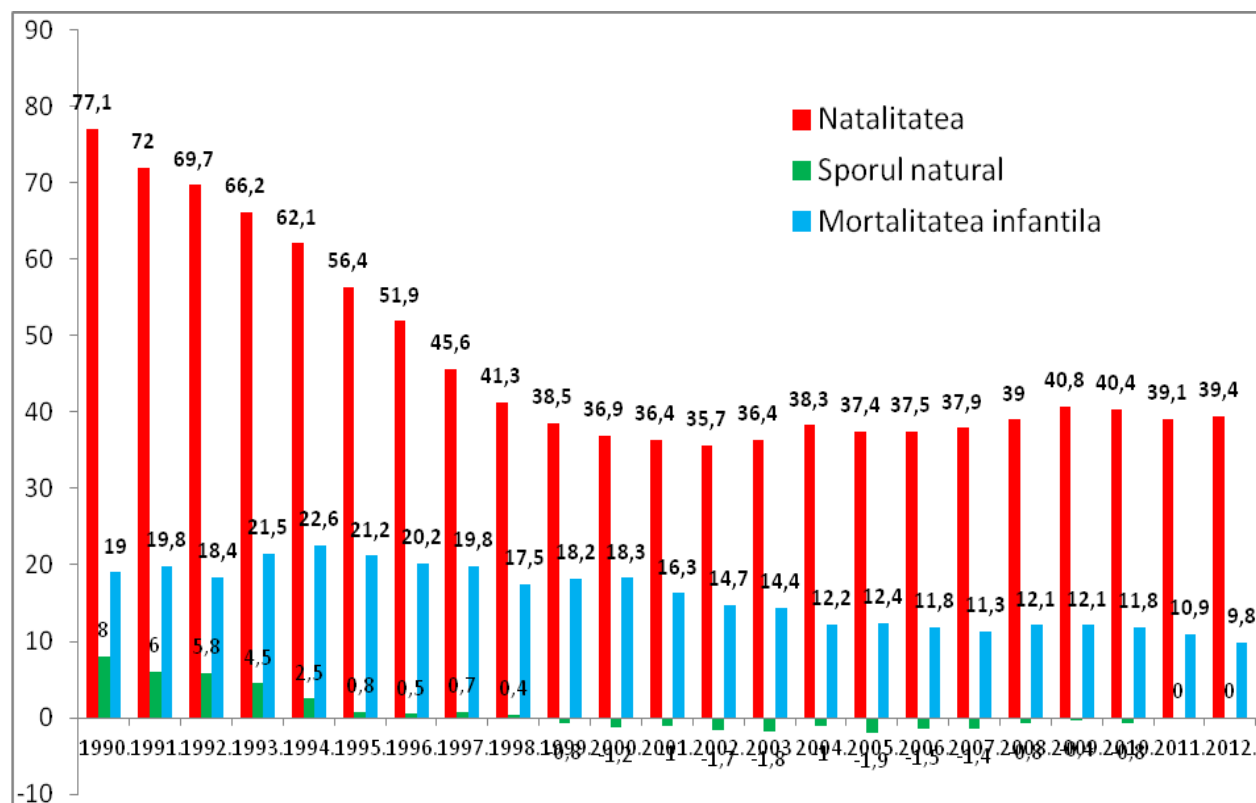


Figura . Dinamica *principalilor indicatori demografici* în anii 1990 – 2012

Tabelul 1. *Evoluția principalilor indicatori demografici* în anii 2013 – 2017

Denumirea indicatorilor	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Numărul populației la sfârșit de an, mii persoane	3 557,6	3 555,2	3 555,1	3 553,1	3550.9	3547.5
Născuți-vii, persoane	37 871	38 616	38 610	37 394	34 060	
Decedați, persoane	38 060	39 494	39 906	38 489	36768	
din care, copii sub 1 an	359	372	375	353	330	
Rata mortalității infantile	9.7%	9.7%	9.7%	9.4%	9.7%	
Sporul natural	-189	-878	-1 296	-1 095	-2708	
Rata totală de fertilitate	1,24	1,26	1,30	1,28		
Numărul căsătoriilor	24 449	25 624	24 709	21 992		
Numărul divorțurilor	10 775	11 130	11 199	10 605		

Astfel pe parcursul a 2 decenii sa redus rata natalității cu 49%, la fel sa redus mortalitatea infantilă cu 48%. Sporul natural negativ al populației se menține din anul 1999 până în prezent. Rata fertilității în ultimii 10 ani s-a menținut în limite sub 1,5 copii per femeie de vârstă fertilă. La 1 ianuarie 2017, numărul copiilor în RM, a constituit 681,3 mii copii sau fiecare a cincea persoană este în vârstă de până la 18 ani. Rata natalității a constituit 10,5 născuți-vii la 1000 locuitori (în 1990 a fost de 17,7‰). Pentru RM scăderea natalității este principalul factor ce a determinat îmbătrânirea demografică a populației țării. Scăderea numărului de nașteri este determinată de: reducerea numărului de femei de vârstă reproductivă; rata totală de fertilitate (RTF) sub nivelul necesar pentru reproducerea populației; diversificarea modelelor familiale, răspândirea celibatului definitiv, planificarea riguroasă a nașterilor, amânarea căsătoriilor și nașterilor pentru timpuri mai bune (generații tinere în ”așteptare”), deplasarea nașterilor spre vârstele mai mature; dar și de criza economică de lungă durată, neîncredere în ziua de mâine, nivelul înalt al șomajului, perspectivele limitate pe piața muncii, schimbările socioeconomice rapide, tinerii optează pentru obținerea studiilor și experienței pe piața muncii, nivelul scăzut al protecției sociale a familiilor cu copii, dezvoltarea insuficientă a serviciilor de creștere și educare a copiilor etc...

Morbiditatea. Reprezintă numărul de cazuri noi de copii bolnavi raportat la 100000 de copii. Este un indicator major de apreciere a sănătății infantile, determinând, pe lângă suferințele produse, și invalidate, incapacitate temporară sau definitivă de muncă, cheltuieli ridicate pentru îngrijire și în final deces.

Mortalitatea infantilă. Este reprezentată de numărul de copii sub vârsta de un an, decedați și raportați la 1000 de nou-născuți vii în aceeași perioadă. Mortalitatea infantilă reflectă influența factorilor sociali, economici, de mediu, educație, culturali, medico-sanitari dintr-o anumită țară, fapt pentru care este considerat ca un indicator de dezvoltare social-economică. Există o multitudine de factori de risc care pot influența direct sau indirect mortalitatea infantilă:

factori exogeni: infecțiile, intoxicațiile, patologia legată de actul nașterii;

factori endogeni ce țin de copil: greutatea la naștere, rangul acesteia, malformațiile congenitale, rahitism, malnutriție, vârsta mică a sugarului (până la 3 luni) etc.

factori endogeni ce țin de mamă: paritatea, patologia mamei, accidente în cursul nașterii, avorturi în antecedente etc.;

factori familiali: starea civilă a mamei, locuința, studiile, etc.;

factori socio-economici: nivelul de trai, în general (venit material, gradul de instruire generală și specială în probleme de educație sanitară etc.).

Mortalitatea infantilă cuprinde în structura ei: *mortalitatea perinatală* (decesele produse de la a 22-a săptămână de gestație până la 7 zile după naștere); *mortalitatea neonatală* (decesele produse în primele 28 de zile de la naștere); *mortalitatea infantilă postneonatală* (de la vârsta de 28 de zile până la sfârșitul celei de-a 12-a luni de viață). Rata mortalității infantile generale are o evidentă tendință de stabilizare în RM, atingând în 2016 cifra de 9.4%, în țările Uniunii Europene fiind de circa 4.3% (figura). Pentru copiii sub un an, cele mai frecvente cauze de deces sunt unele afecțiuni ale perioadei perinatale, urmate de malformațiile congenitale și cromosomiale, boli ale aparatului respirator, boli infecțioase.

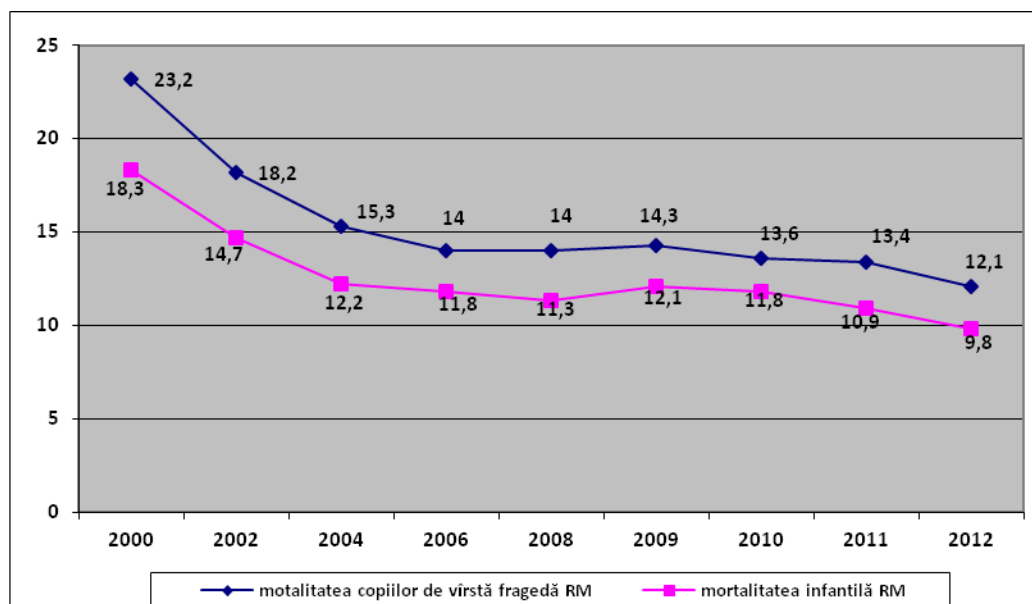


Figura . Rata mortalității infantile și copiilor până la 5 ani la 1000 născuți vii.

În ceea ce privește rata mortalității copiilor sub 5 ani (decese ale copiilor de la naștere la vârsta de 4 ani și 364 zile raportate la 1000 născuți vii), putem menționa că scade an de an, de la 23, 2 cazuri la 1000 născuți vii în anul 2000, la 13,0% în anul 2011. Cu toate acestea, ca și în cazul mortalității infantile se menține o pondere semnificativă a deceselor la domiciliu (18,0% în anul 2009, 22% în anul 2010, 18,1% în 2011). **Sporul natural.** Se apreciază prin scăderea indicelui de mortalitate din cel al natalității. Astfel, natalitatea de 20‰ și o mortalitate generală de 15‰ generează un spor natural (excedent natural) pozitiv de 5‰, ceea ce arată că populația respectivă are un potențial bun de regenerare. În cazul când într-o populație predomină mortalitatea, sporul natural este negativ și prognoza este de degenerare și dispariție în timp a acestor populații. Îmbătrânirea demografică accentuată, fertilitatea scăzută, indicatorii nefavorabili ai sănătății populației și emigrația în masă a populației tinere duc la scăderea continuă a efectivului populației și deteriorarea structurii pe vârste, astfel modificând imaginea demografică a țării. După cum arată prognozele demografice ale instituțiilor internaționale și naționale, în deceniile viitoare declinul va continua. Sporul natural și migrațional negativ poate determina reducerea numărului populației Republicii Moldova cu circa 40% către anul 2050.

PERIOADELE COPILĂRIEI ȘI CARACTERISTICA LOR

Filogeneza este dezvoltarea unei specii de-a lungul întregii sale evoluții (ex. dezvoltarea umană - evoluția omului până la stadiul de *Homo Sapiens modern*). **Ontogeneza** descrie dezvoltarea unui singur individ din cadrul unei specii, reprezintă un ansamblu de procese de dezvoltare și achiziție proprii individului, din momentul concepției și pe tot parcursul realizării fenotipului său. **Fenotipul** reprezintă ansamblul de trăsături asociate informației genetice dobândite de un organism, în interacțiunea cu mediul, până la stadiul de adult. Exisă o corelație între filogeneză și ontogeneză, în sensul că dezvoltarea unui individ este în unele aspecte legată de dezvoltarea întregii specii (ex. comportamente, obiceiuri etc.).

Perioadele copilăriei. Viața copilului începe odată cu fecundația ovulului care are loc între a 12-14-a zi a ciclului menstrual. Copilăria propriu zisă definește perioada de la naștere și până la adolescență, perioadă în care organismul se află într-o evoluție progresivă datorită procesului de creștere și dezvoltare. Studiul particularităților morfologice, funcționale, psihice și intelectuale ale organismului copilului în decursul ontogenezei, trăsături caracteristice de dezvoltare și creștere ale unor etape, patologia specifică fiecărei vârste etc., au permis împărțirea copilăriei în mai multe perioade, fiecare cu caracteristicile ei. Evoluția generală a dezvoltării organismului uman cuprinde 2 etape mari și mai multe perioade bine delimitate în dezvoltarea copilului. Cunoașterea caracteristicilor fiecărei etape este indispensabilă în vederea asigurării unei asistențe medicale optime.

I. Etapa de dezvoltare intrauterină (prenatală), din momentul concepției până la naștere cu durata de 40 săptămâni, sau 280 ± 10 zile, cuprinde 2 perioade:

1. Perioada embrionară, 0–12 săptămâni de la concepție, care se subdivide în 2 perioade:

- a) *perioada de zigot (blastogeneză):* 0-14 zile;
- b) *perioada embrionară:* 2 - 12 săptămâni, organogeneza și morfogeneza rapidă.

2. Perioada fetală: de la 12 săptămâni de gestație până la naștere, se subdivide în 2 perioade:

- c) *perioada fetală precoce (trimestrul II de sarcină)* – se desăvârșește organogeneza;
- d) *perioada fetală tardivă (trimestrul III de sarcină)* – perfecționarea maturizării histologice și biochimice a fătului.

II. Etapa de dezvoltare extrauterină, postnatală. Este copilăria propriu zisă, începe de la naștere până la adolescență (18 ani), caracterizată printr-o evoluție progresivă datorată proceselor de creștere și dezvoltare, soldate cu modificări morfofuncționale, maturizarea somato-psiho-socială, comportamentală, economică. Evoluția generală a dezvoltării postnatale a copilului cunoaște 4 perioade și anume:

1. Prima copilărie - de la naștere până la 3 ani (se termină erupția dentiției temporare), care la rândul său se împarte în următoarele perioade:

- a) *perioada de nou-născut (neonatală),* corespunde primelor 28 de zile de viață;
- b) *perioada de sugar,* corespunde vârstei între 29 de zile - 12 luni;
- c) *perioada de copil mic (antepreșcolar),* vârsta 1-3 ani.

2. Copilăria a II-a, cuprinde *perioada preșcolară* între 3 și 7 ani (delimitată de dentiția de lapte complet apărută și erupția primilor dinți definitivi).

3. Copilăria a III-a, cuprinsă între 7 ani și până la sfârșitul pubertății (la fete pubertatea apare la 12–14 ani, iar la băieți la 14–16 ani), se subîmparte în:

- a) *perioada copilului școlar mic:* 7-11 ani pentru fete și 7-13 ani pentru băieți;
- b) *perioada de școlar mare (pubertatea):* 11-14 ani pentru fete și 13-15 (16) ani pentru băieți;

4. Adolescența (postpubertate), delimitată între 14 – 18 ani la fete, 15-18 ani la băieți.

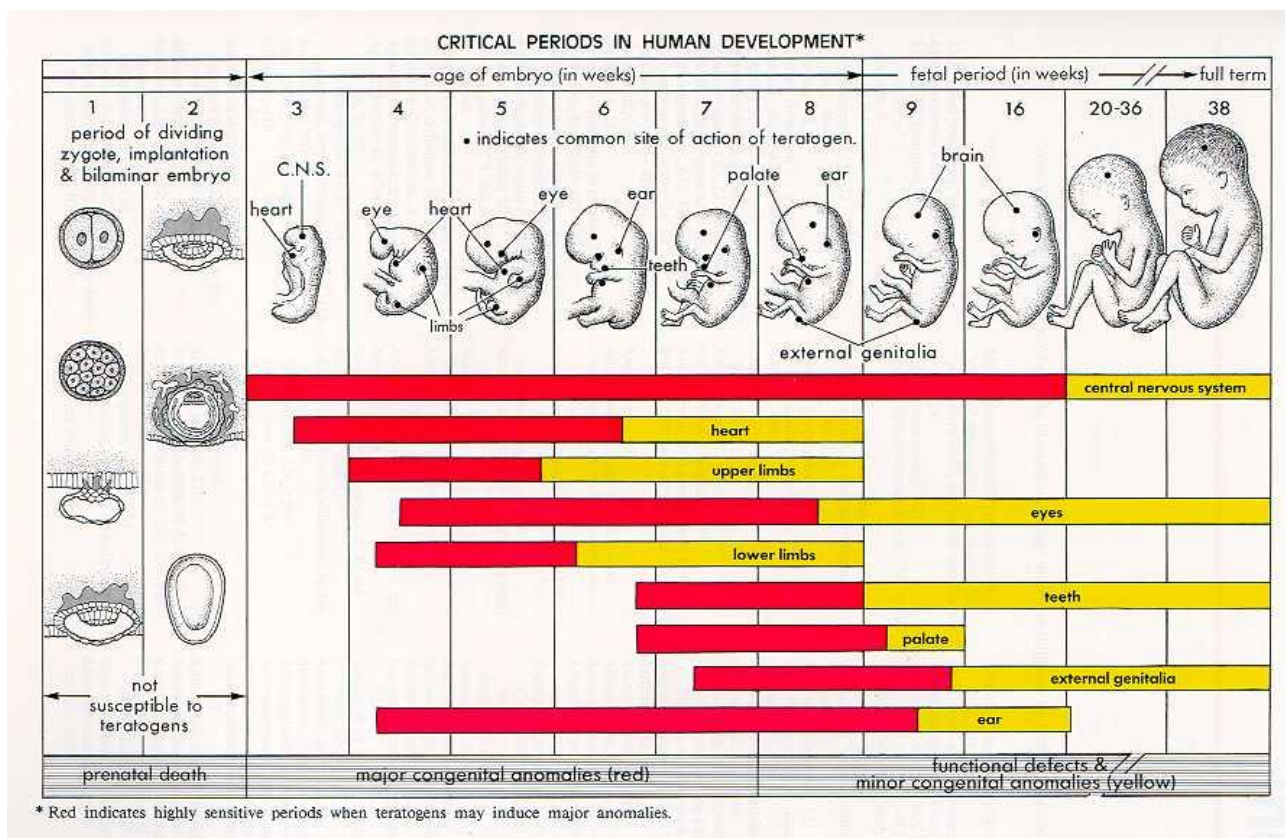
5. Tinerețea (postadolescența), delimitată între 18-25 ani. La sfârșitul acestei perioade creșterea și dezvoltarea sunt încheiate, individul fiind considerat adult.

CARACTERISTICA PERIOADELOR COPILĂRIEI

(Particularități morfologice și fiziologice ale diferitelor perioade ale copilăriei)

Fiecare copil este o creație unică și se dezvoltă diferit, în toată istoria existenței omenirii n-a fost și nu va fi o altă ființă identică. De-a lungul vieții, în organism au loc diferite procese, ce determină ca fiziologia omului să fie diferită de la o perioadă la alta a vieții. Prin alte cuvinte, în fiecare etapă a vieții organismul nostru funcționează diferit, deși, în principiu, toate organele își păstrează aceleași funcții. Cunoașterea caracteristicilor fiecărei etape este indispensabilă în vederea asigurării unei asistențe medicale optime.

Perioadele critice ale dezvoltării antenatale.



Perioadele vieții extrauterine.

Perioada de la naștere până la adolescență (copilăria) cuprinde mai multe etape, diferențiate prin modificări morfologice, funcționale, psihice și intelectuale. Cunoașterea caracteristicilor fiecărei etape este indispensabilă în vederea asigurării unei asistențe medicale optime.

I. Prima copilărie (de la naștere până la vârsta de 3 ani, când se încheie erupția dentiției temporare). Această perioadă este cea mai importantă în ceea ce privește creșterea și dezvoltarea, nutriția și patologia copilului. Existența unor caracteristici morfofuncționale au determinat împărțirea primei copilării în următoarele perioade: nou-născut; sugar; copil mic (antepreșcolar).

1. Perioada neonatală (primele 28 zile de viață); primele 7 zile constituie perioada neonatală precocă. Este perioada de adaptare la viața extrauterină, în care se petrec o serie de fenomene caracteristice, cum ar fi:

- încetarea unor activități fiziologice caracteristice perioadei fetale ca: circulația fetală, respirația placentară și căderea cordonului ombilical;
- intrarea în funcție a unor aparate și sisteme ca aparatul respirator, cardiovascular, digestiv, renal, etc.;
- regresivitatea modificărilor plastice produse de actul nașterii (bosa serosanguină, cefalhematomul, etc.);
- prezența “*crizelor fiziologice*”, manifestări caracteristice nou-născutului ca: icterul fiziologic, hipertermia tranzitorie, scăderea fiziologică în greutate, criza mamară, infarctele uratice, albuminuria fiziologică, meconiul etc.

Unele caracteristici generale:

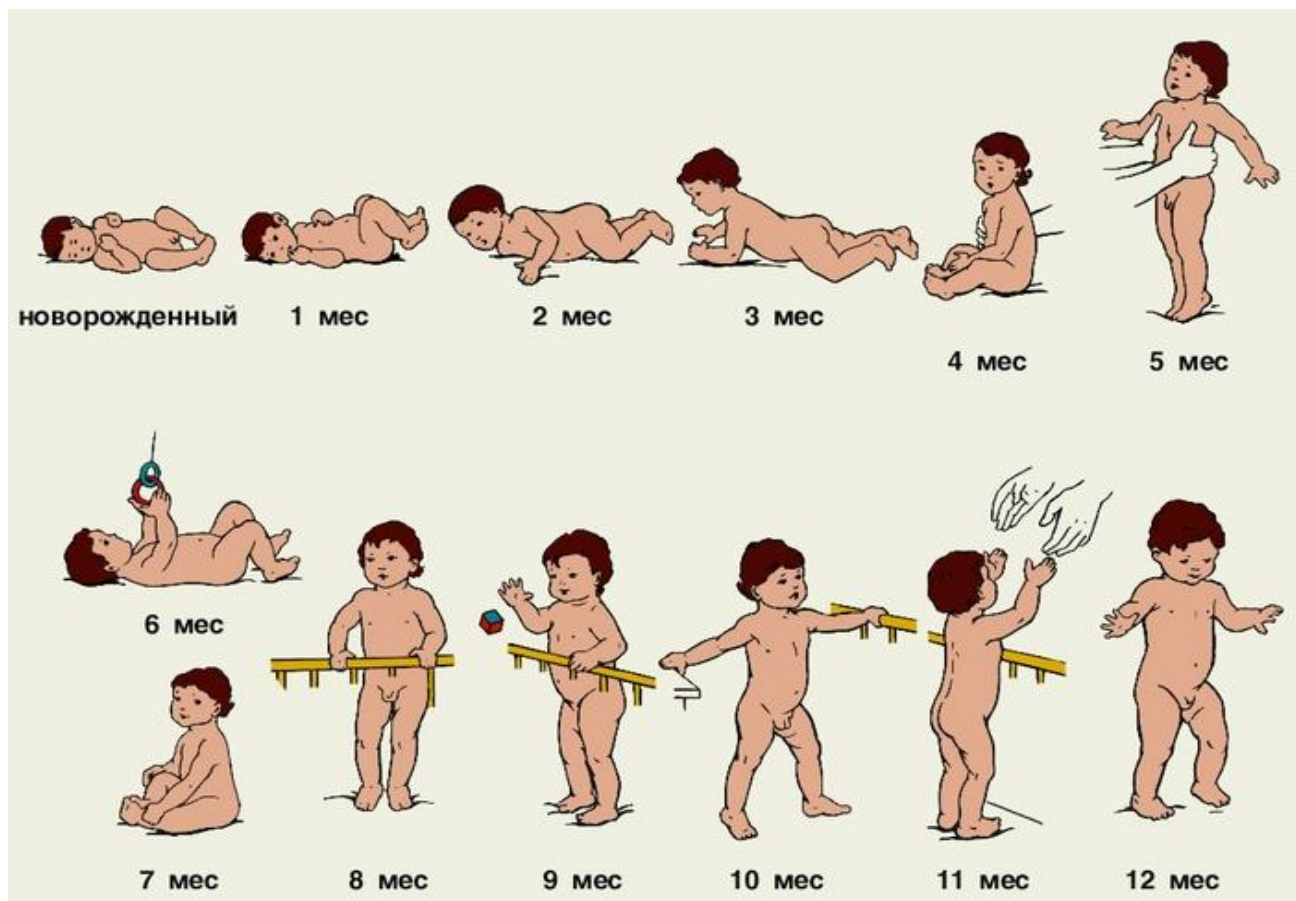
- creștere rapidă staturo-ponderală;
- nevoi mari de principii nutritivi, posibilități limitate de digestie;
- alimentație exclusiv lactată;
- deficiența funcțiilor de barieră a pielii și mucoaselor, termolabilitate;
- activitate nervoasă subcorticală reflexă fără inhibiție corticală;
- importanța imunității transmise transplacentar și prin laptele mamei;
- tendința infecțiilor de a îmbrăca aspect generalizat, septicemic;
- dependența totală de mamă și de familie;
- patologia dominată de malformații congenitale și afecțiuni legate de actul nașterii (traumatisme, hipoxia neonatală, boala hemoragică, infecții);

- mortalitatea cea mai ridicată;
- nevoile de ocrotire și de asistență medicală în această perioadă sunt mari, ceea ce impune o supraveghere atentă a nou-născutului de către medic și asistenta medicală imediat ce acesta ajunge la domiciliu de la maternitate.

2. Perioada copilului sugar, între 28 zile – 12 luni.

Este caracteristică printr-o creștere activă, în nici-o altă perioadă a vieții nu găsim un ritm al creșterii atât de rapid ca la sugar; dezvoltarea psihomotorie în progresie permanentă, în special datorită dezvoltării continue a sistemului nervos. Unele particularități ale perioadei de sugar:

- creșterea staturo-ponderală continuă în ritm rapid, alimentația, îngrijirile și morbiditatea fiind factori de influență;
- nevoi nutriționale mari; alimentația specifică acestei perioade, la început numai lactată, apoi diversificare treptată, cu o mare labilitate a toleranței digestive și o toleranță scăzută pentru lipide;
- maturare progresivă a activităților enzimelor digestive, apariția dentiției temporare ce permit diversificarea alimentației;
- dezvoltarea treptată a funcțiilor de relație;
- dezvoltarea funcției locomotorii care lărgeste sfera de cunoaștere a copilului;
- dezvoltare neuropsihică rapidă, apariția primului sistem de semnalizare;
- dezvoltarea imunității active proprii cu reducerea rolului imunității transplacentare;
- patologie dominată de boli ale aparatului respirator, digestiv, ale urechii medii, rahitism, malnutriție;
- mortalitate mare;
- familia are un rol important în stimularea dezvoltării motricității, limbajului și a afectivității;
- se va continua o atentă supraveghere a copilului de către personalul medico-sanitar, consultațiile de puericultură fiind deosebit de necesare.



3. Perioada de copil mic (antepreșcolar), între 1-3 ani. Caracteristici:

- încetinirea ritmului de creștere, diminuarea nevoilor nutritive;

- modificarea proporțiilor dintre cap, trunchi și membre;
- formarea reflexelor condiționate – cuvântul capătă valoarea unui nou sistem de semnalizare;
- completarea dentiției temporare și maturarea activității tuturor enzimelor digestive, permițând o alimentație variată;
- perfecționarea funcției locomotorii, progresul limbajului, intensificarea funcțiilor cognitive și relațiilor afective (copilul merge, vorbește, devine activ);
- dezvoltarea progresivă a imunității proprii întărită prin vaccinări;
- climatul psiho-afectiv al familiei este deosebit de important în dezvoltarea copilului;
- patologia dominată de boli infecțioase, traumatisme, intoxicații accidentale;
- mortalitate mică.

Prima copilărie este caracterizată printr-o funcție de nutriție intensă, creșterea accelerată a copilului, dependența de mediul înconjurător, ceea ce determină necesitatea unor îngrijiri speciale. Climatul psiho-afectiv al familiei este deosebit de important în dezvoltarea copilului în această perioadă. Organizarea condițiilor de mediu, îngrijire și stimulare a dezvoltării, supravegherea corectă a copilului mic, munca educativă bine condusă contribuie la însușirea primelor deprinderi igienice și a unor reguli elementare de educație.

II. Copilăria a-II-a (perioada preșcolară) – reprezintă cronologic perioada între vârsta de 3 și 7 ani. Ea este limitată între încheierea apariției dentiției de lapte și începerea apariției primilor dinți definitivi. Această perioadă se caracterizează prin:

- creștere staturală și ponderală lentă, dar uniformă, metabolism bazal scăzut;
- nevoi nutriționale reduse, alimentație variată apropiată adultului;
- dezvoltarea complexă a SNC și implicit a gândirii, vorbirii, cunoașterii, înțelegerii, locomoției, ceea ce duce la creșterea independenței copilului;
- jocul are rol educativ, dezvoltă gândirea și disciplina;
- creșterea capacității de apărare antiinfecțioasă proprie, prin imunizări;
- patologia dominată de boli contagioase, apar unele boli imuno-alergice, cardiopatiile dobândite, TBC, accidente, intoxicații;
- mortalitate redusă.

III. Copilăria a-III-a (școlar) – de la vârsta de 6-7 ani până la sfârșitul pubertății. Existența unor particularități morfo-funcționale a determinat împărțirea acestei perioade în două subdiviziuni: școlarul mic și școlarul mare.

1. Perioada de școlar mic începe de la vârsta de 6-7 ani și durează până la pubertate (10-11 ani la fete și 12-13 ani la băieți). Caracteristici:

- creștere-lentă staturo-ponderală, urmată de o accelerare înaintea pubertății;
- modificări ale ritmului de creștere a segmentelor corpului, procesul fiind mai accelerat la torace și membrele superioare;
- nevoi nutriționale mici, alimentația este similară cu cea a adultului;
- treptat dentiția de lapte e înlocuită de cea definitivă;
- maturizarea zonelor corticale ale creierului, dezvoltate intelectuală intensă;
- imunitate deplină întărită prin revaccinări;
- patologia reprezentată de infecții acute respiratorii, hemopatii maligne, hepatita virală, afecțiuni cutanate, tuberculoză, bolile contagioase sunt rare datorită imunizării spontane (îmbolnăvire) sau provocate (vaccinări); mortalitatea este scăzută.

2. Perioada de școlar mare (pubertatea) durează între 11-14 ani la fete (apariția menarhei), între 12-16 ani la băieți (dezvoltarea funcției sexuale). Este o perioadă greu delimitabilă, fiind un fenomen genetic, sensibil

influenței factorilor geografici (țară, epocă), nutriționali, socio-economici, psihologici. În această perioadă au loc transformări de maturare fizică, cognitivă, psiho-socială. Caracteristici:

- creștere lentă precedată de saltul prepubertar, se accelerează creșterea în greutate;
- modificările dimensiunilor și ale raportului dintre segmentele corpului – înfățișarea este armonioasă apropiată de cea a adultului;
- apariția caracterelor sexuale secundare, care implică un șir întreg de restructurări morfofuncționale la nivelul tuturor sistemelor organismului;
- dezvoltare intelectuală intensă, dezvoltarea gândirii abstracte, dar o mare labilitate psihică și vegetativă;
- deprimare tranzitorie a apărării antiinfecțioase ce are ca rezultat o sensibilitate și rezistență mică la infecțiile curențe;
- patologia acestei perioade: tulburări ale stării de nutriție de la subnutriție la obezitate, afecțiuni digestive, tulburări de refracție ale globilor ocular, tulburări endocrine, deformări osoase apărute datorită creșterii rapide și pozițiilor vicioase, tulburări de comportament, boli maligne.

Odată cu dezvoltarea caracterelor sexuale secundare, copilul trece printr-o perioadă de creștere accelerată în greutate și înălțime, corespunzătoare intrării în acțiune a hormonilor sexuali. În procesul de creștere este implicat nu numai scheletul, ci și mușchii, țesutul adipos și viscerele. Se schimbă raportul trunchi-membre (datorită vitezei de creștere care diferă pentru cele două segmente), raportul umar/șold (diferit pentru fete și băieți), tipul de dispoziție a grăsimii și silueta adolescentului începe să semene cu a unui tânăr de sex masculin sau feminin. Perioada de viteză maximă a creșterii precede instalarea menstruației la fete și este contemporană cu dezvoltarea avansată a organelor genitale externe la băieți. Viteza creșterii este de 5-10 cm/an, pentru băieți și 6-9 cm pentru fete. Dezvoltarea maximă a musculaturii are loc la 14 luni de la vârful de creștere accelerată. Insidios, apar modificări comportamentale, care vor defini temperamentul tânărului. Se remarcă tendința la acțiuni independente, crește spiritul de inițiativă, se dezvoltă capacitatea de sinteză și abstractizare. Apar preocupări pentru problemele sexuale și interesul pentru sexul opus. Este perioada din dezvoltarea unui individ când efortul educațional trebuie să fie maxim, când se obțin maximum de performanțe privind acumularea de cunoștințe și imprimarea unei discipline în muncă și gândire.

Adolescența (postpubertate), 14-18 ani la fete, 15-21 ani la băieți, limita superioară a ei este diferit estimată: până la 18-21 ani la fete și 21-24 ani la băieți, marchează sfârșitul copilăriei și terminarea creșterii. Caracteristici:

- oprirea creșterii staturale, osificarea cartilajelor de creștere;
- desăvârșire funcțională a tuturor organelor.

Trecerea de la pubertate la adolescență se făcea clasic pe aprecierea maturației osoase, a creșterii în greutate și lungime, a modificărilor de dentiție. Toți acești parametri s-au dovedit a fi însă imprecizi și s-a propus pentru evaluare ca fiind un criteriu mai precis aprecierea maturizării sexuale care are o corelație mai bună cu dezvoltarea taliei și greutatei. Maturizarea sexuală este apreciată pe cronologia apariției caracterelor sexuale secundare: aprecierea dezvoltării organelor genitale externe, apariția pilozității pubiene, axilare, faciale pentru băieți iar pentru fete dezvoltarea sânilor și pilozitatea pubiană (stadiile Tanner, vezi în continuare). Insidios apar modificări comportamentale care vor defini temperamentul tânărului.

Perioadele critice în dezvoltarea copilului.

A. Etapa prenatală

1) I trimestru de sarcină (primele 12 săptămâni). 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 (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 subcorticele, prin reflexe înăscute, necondiționate
- reacția generalizată sistemului nervos datorită imaturității lui
- prevalența imunității passive - 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)
- manifestărilor de alergii alimentare
- manifestărilor de rahitism
- 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 traumatizmului 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.