

**MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA
INSTITUȚIA MEDICO-SANITARĂ PUBLICĂ INSTITUTUL MAMEI ȘI
COPILULUI**

Cu titlu de manuscris
C.Z.U.: 616-053.31/32-037:615.99.036.8

CARAUȘ TATIANA

**DETERMINAREA FACTORILOR DE RISC ȘI
ARGUMENTAREA ȘTIINȚIFICĂ A UNEI NOI ABORDĂRI DE
ANALIZĂ A DECESELOR NOU-NĂSCUȚILOR LA TERMEN**

322.01- NEONATOLOGIE ȘI PEDIATRIE

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

Chișinău, 2017

Teza a fost elaborată în Laboratorul Științific de Perinatologie din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului din Republica Moldova.

Conducător științific:

Stratulat Petru, doctor habilitat în medicină, profesor universitar

Referenți oficiali:

Batman Iurie, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar, Institutul Pediatrie, Obstetrică, și Neonatologie, Kiev, Ucraina

Ețco Ludmila, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Componența consiliului științific specializat:

Mihu Ion, președinte, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Aramă Marina, secretar, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

Friptu Valentin, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Stasii Ecaterina, doctor habilitat în științe medicale, profesor universitar

Palii Ina, doctor habilitat în științe medicale, conferențiar universitar

Șoitu Marcela, doctor în științe medicale, conferențiar universitar

Sinițin Lilia, doctor în științe medicale, conferențiar cercetător

Susținerea va avea loc la 06.04.2017, ora 15 00, în ședința Consiliului Științific Specializat D 53.322.01–04 din cadrul IMSP Institutul Mamei și Copilului. Adresa: str. Burebista, 93, municipiul Chișinău, MD-2062, Republica Moldova (et. 4, sala de conferințe a Centrului Perinatal).

Teza de doctor în științe medicale și autoreferatul pot fi consultate la biblioteca IMSP Institutul Mamei și Copilului și pe pagina web a Consiliului Național pentru Acreditare și Atestare (www.cnaa.md)

Autoreferatul a fost expediat la data de 6 martie 2017

Secretar științific al Consiliului științific specializat,

doctor în științe medicale,
conferențiar cercetător

Aramă Marina

Conducător științific,
doctor habilitat în medicină,
profesor universitar

Stratulat Petru

Autor

Carauș Tatiana

REPERELE CONCEPTUALE ALE CERCETĂRII

Actualitatea și importanța problemei abordate. Starea socio-economică din Republica Moldova care s-a creat după anii '90 ai secolului trecut s-a repercutat defavorabil asupra indicatorilor ce reprezintă situația demografică: natalitatea, mortalitatea generală, inclusiv cea infantilă, precum și longevitatea. În aceste condiții, reducerea mortalității infantile și protejarea vieții și sănătății copiilor se impune drept o premisă de valoare esențială pentru dezvoltarea demografică a țării și implicit - drept un factor al securității naționale [3, 4]. Tendința acestui indicator poate fi influențată de principalele ei componente: mortalitatea neonatală precocă, tardivă și cea postneonatală. În conformitate cu legitățile demografice de reducere a mortalității infantile și a deceselor copiilor până la 5 ani, scade în primul rând mortalitatea postnatală și doar apoi - cea neonatală precocă [8].

Rata mortalității neonatale precocă reflectă nivelul îngrijirilor oferite mamei în timpul travaliului și nașterii, precum și calitatea asistenței nou-născutului în prima săptămână de viață, fiind principalul criteriu de evaluare a îngrijirilor perinatale. Rata înaltă a decesului neonatal precoc este cauzată de standardele joase ale asistenței medicale acordate atât mamei, cât și nou-născutului. Soluționarea problemei demografice în Republica Moldova se poate realiza prin reducerea mortalității infantile, și în primul rând prin componenta ei de bază - decesul neonatal [3].

Cel mai recent raport realizat de Organizația Națiunilor Unite (ONU), Banca Mondială (BM) și Fondului Națiunilor Unite pentru Copii (UNICEF) pentru anul 2015 atestă că, au fost înregistrate progrese în reducerea mortalității copiilor sub 5 ani, infantile și celei neonatale [15, 28, 29, 30]. Conform datelor din raport, în total 5,9 milioane de copii au decedat în anul 2015 înainte de a împlini vârsta de cinci ani, înregistrând o reducere de 53%, în principal din cauza bolilor ce puteau fi prevenite sau tratate; iar mortalitatea infantilă la nivel mondial a descrescut aproape la jumătate începând cu anul 1990, astfel, între anii 1990 și 2015, numărul deceselor infantile a scăzut în lume de la 8,9 milioane la 4,5 milioane, marcând o cotă de reducere de 50,5%. [20, 21, 28, 29].

Analiza dinamicii mortalității neonatale precocă în Republica Moldova atestă faptul că, începând cu anul 1990, s-au înregistrat 4 "peak"-uri de creștere a acestui indicator – în anii 1990, 1995, 2000 și 2008. În ultimii patru ani situația s-a stabilizat și chiar se profilează o tendință de ușoară reducere [3, 4, 5].

Repartizarea deceselor după localitățile republicii a evidențiat, că aproape 1/3 (30%) din cazuri se atestă în cele două municipii mari din Republică (Chișinău și Bălți), care sunt centre de nivel II și deservesc, în primul caz - 1 mln. de locuitori, iar în al doilea - toată Zona de Nord a

Republicii. Alte 44% din decese se produc în celelalte raioane ale Republicii. Aceste statistici reflectă situația raportată de cele 27 de maternități de nivelul I și 8 centre perinatologice interraionale de nivelul II [3, 5, 6].

Auditul clinic poate fi considerat o cercetare orientată către acțiune, ce are ca scop punerea în aplicare a rezultatelor depistate pentru a corecta erorile de management și a îmbunătăți standardele, atenția fiind centrată pe problemele evitabile. Un indice direct și simplu al calității este numărul supraviețuitorilor. El constituie suportul auditului mortalității perinatale și este un proces care are misiunea de a analiza detaliile asistenței la naștere care adesea definesc supraviețuirea sau decesul perinatal. Totuși, supraviețuirea perinatală nu este identică cu satisfacția pacientului, întrucât unele femei pot prefera asistență maternă mai puțin avansată, cu un specialist tradițional la naștere [13].

Auditul mortalității perinatale și al cazurilor de proximitate de deces, bazat pe dovezi științifice, este răspândit pe larg în țările economic dezvoltate și se efectuează confidențial [6, 9, 22, 30].

La momentul actual, în lume, sunt propuse și utilizate pentru discuția și analiza cazurilor de deces o varietate foarte largă de clasificări. Scopul unei clasări adecvate a cauzelor de deces ar trebui să derive, însă, din strategii ce își propun să scoată în evidență cauzele și circumstanțele ce au determinat decesul și care pot servi la prevenirea altor cazuri posibile de mortalitate [94, 107, 143]. Deoarece decesele pot fi clasificate prin mai mulți parametri reprezentând diferite aspecte, s-a acceptat o varietate mare de clasificări pentru expertiză, analiză și discuție [94, 143]. Evaluarea calității îngrijirilor perinatale poate fi efectuată printr-o analiză a cazului în raport cu standardul [19, 22, 26].

Decesele sunt cauzate de diferiți factorii de risc și depind de problemele socio-economice, de nivelul dotării serviciilor medicale, de accesibilitatea și disponibilitatea serviciilor perinatale de calitate, de tradiții culturale și obiceiuri [19, 25, 26].

În țările post-sovietice metodologia studierii cazurilor de deces, inclusiv și cele perinatale, nu corespunde postulatelor epidemiologiei moderne și transferabilității rezultatelor, ceea ce nu permite de a determina cauzele cu impact efectiv asupra decesului și face dificilă estimarea rezultatelor de la implementarea intervențiilor [19, 26, 27].

În Republica Moldova analiza cazurilor de mortalitate feto-infantilă se efectuează prin formarea grupurilor de specialiști sau prin desemnarea unui recenzent (expert) care analizează cazul și se expune cu referire la conduita cazului, la faptul coincidenței diagnosticului clinic cu cel patomorfologic, tot acesta apreciază evitabilitatea sau inevitabilitatea cazului de deces. Examinarea cazurilor, însă, nu este confidențială și depersonalizată și de aceea implică un șir de probleme care, în ultimă instanță, nu permit a elucida cauza decesului și posibilele circumstanțe („o asistență

substandardă”) ci, din contra, conduc la camuflarea acesteia și la inculparea specialiștilor ce au asistat cazul [1, 2].

Mortalitatea sugarilor din Republica Moldova comportă unele particularități, dar și un potențial important, încă insuficient explorat, pentru reducerea acestui fenomen. Pe parcursul ultimilor 15 ani Republica Moldova a realizat succese considerabile în diminuarea ratelor de deces perinatal și infantil - o reducere de aproximativ 50% [8]. Indiferent de succesele obținute, persistă una din problemele asistenței medicale perinatale - rata înaltă de decese perinatale printre copiii născuți la termen din categoria de greutate ≥ 2500 g, care constituie cca 50% din decesele perinatale. Decesul unui copil la termen fără malformații congenitale este un eveniment devastator din punct de vedere emoțional, atât pentru părinți, cât și pentru specialiști, în special, în cazul unei sarcini aparent necomplicate și fără riscuri. Reducerea deceselor perinatale ale copiilor născuți la termen este reală, posibilă și nu implică investiții mari, ci doar implementarea tehnologiilor cost-eective cum ar fi: monitoring-ul nașterii prin partogramă, prezența la naștere a specialistului calificat în resuscitarea esențială a nou-născutului etc. [3, 5, 7].

Conștientizând dificultățile analizei tradiționale a cazurilor de deces, care este una formală și bazată pe identificarea și sancționarea vinovatului, prin studiul inițiat am încercat să demonstrăm că implementarea unor noi principii științifice de analiză a deceselor neonatale precoce printre nou-născuții la termen din țară poate contribui efectiv la diminuarea acestora și la ameliorarea serviciilor acordate femeilor gravide, parturientelor și nou-născuților, precum și la identificarea lacunelor și a verigilor slabe ale serviciului neonatal.

Scopul lucrării

Identificarea factorilor de risc și a cauzelor de deces, aprecierea volumului și calității îngrijirilor medicale acordate nou-născuților la termen pentru optimizarea și argumentarea științifică a unei noi abordări de analiză a deceselor neonatale.

Obiectivele lucrării

1. Aprecierea factorilor de risc medico-biologici, sociali și asociați cu îngrijirile medicale în survenirea deceselor neonatale precoce la copiii născuți la termen;
2. Evaluarea particularităților clinice, paraclinice și morfopatologice ale nou-născuților decedați și ale supraviețuitorilor născuți la termen în prima săptămână de viață;
3. Compararea volumului și calității îngrijirilor medicale oferite mamelor și nou-născuților la termen decedați cu volumul de îngrijiri acordate semenilor care au supraviețuit, operând prin metodologia de anchetă confidențială care să ajute la identificarea domeniilor de îmbunătățire a asistenței medicale;
4. Evaluarea atitudinii mamelor/famiiliilor referitor la calitatea și volumul îngrijirilor medicale acordate.

Noutatea științifică și originalitatea rezultatelor obținute

A fost argumentată științific o nouă abordare de analiză a deceselor în perioada neonatală precoce printre copiii născuți la termen cu evidențierea cauzelor și circumstanțelor principale care au contribuit la deces, abordare prin care s-a reușit a sistematiza impactul efectiv al diferitor categorii de factori clinici, materni, medicali și socio-familiali. Comparativ cu metoda tradițională, noua abordare relevă nu numai cauzele care au determinat decesul neonatal, dar și circumstanțele în care s-a produs acest deces. Metoda standardizată de analiză a permis sistematizarea și ierarhizarea cauzelor de deces, aprecierea volumului de asistență medicală oferită.

Problema științifică soluționată

Au fost concretizați factorii de risc și cauzele de deces în grupul copiilor născuți la termen și cu greutate normală ($\geq 2500\text{g}$ și/sau 37 s.g.). A fost elaborat și implementat sistemul de apreciere a volumului și calității îngrijirilor medicale acordate nou-născuților la termen. În condițiile ratei înalte de deces la nou-născuții la termen au fost dezvoltate principiile de desfășurare a auditului confidențial la nivel național.

Importanța teoretică a cercetării

În premieră națională a fost evaluat multidimensional impactul diferitor categorii de factori de risc (legați de pacient și mediul social, de accesul la îngrijirile medicale, de volumul și calitatea îngrijirilor medicale etc.) pentru decesul nou-născutului după perioadele de expunere la aceștia. A fost evaluată eficiența diferitor intervenții clinice oferite în perioada sarcinii, nașterii și cea de nou-născut asupra supraviețuirii nou-născuților la termen. A fost propusă o nouă clasificare a cauzelor de deces neonatal precoce. A fost estimată structura cauzală reală a decesului neonatal precoce, fiind identificate divergențele dintre cauzele mortalității neonatale precoce prin compararea rezultatelor Anchetei Confidențiale cu Clasificarea Internațională a Maladiilor, revizia a X-a. Lucrarea a argumentat necesitatea de a obiectiviza rezultatele interviului mamei/familiei, care este prezentat în formula unui nou instrument de autopsie verbală.

Valoarea aplicativă a lucrării

Studiul estimativ privind volumul și calitatea asistenței medicale acordate mamelor și nou-născuților la termen a finalizat cu elaborarea unui bloc concis de recomandări practice pentru specialiștii din sectorul de asistență medicală primară și din maternitățile republicii. Rezultatele cercetării științifice privind avantajele noii abordări de analiză a deceselor neonatale au fost preluate de specialiștii pediatri ai sistemului specializat de sănătate publică din RM (de exemplu, programul de audit al patologiei respiratorii acute la copiii sub 5 ani). Constatările studiului au servit drept temei pentru actualizarea protocoalelor existente și elaborarea unor noi protocoale

clinice diferențiate (prezență pelviană, aspirație de meconiu, policitemia nou-născutului, fetopatie diabetică etc.). Rezultatele interviului mamei/familiei, cu un copil decedat în prima săptămână de viață, oferă informații suplimentare celei incluse în documentația medicală și ajută la crearea unui tablou complet și veridic despre circumstanțele ce au precedat decesul.

Studiul a reiterat faptul că respectarea standardelor de îngrijiri și completarea cunoștințelor medicilor cresc supraviețuirea nou-născutului la termen și anticipă erorile medicale.

Rezultatele științifice principale înaintate spre susținere.

1. A fost evaluat multidimensional impactul diferitor categorii de factori de risc (legați de pacient și mediul social, de accesul la îngrijirile medicale, de volumul și calitatea îngrijirilor medicale etc.) pentru decesul nou-născutului după perioadele de expunere la aceștia.
2. Metoda standardizată de analiză a permis sistematizarea și ierarhizarea cauzelor de deces, aprecierea volumului de asistență medicală oferită.
3. Rezultatele interviului mamei/familiei, cu un copil decedat în prima săptămână de viață, oferă informații suplimentare celei incluse în documentația medicală și ajută la crearea unui tablou complet și veridic despre circumstanțele ce au precedat decesul.

Aprobarea rezultatelor

Rezultatele științifice expuse în lucrare au fost comunicate și discutate în cadrul diferitelor foruri științifice naționale și internaționale: Conferința științifică anuală a IMSP IMC (2007, 2008, 2009, 2010 și 2011); Conferința Științifică Anuală a colaboratorilor și studenților USMF „Nicolae Testemițanu” (2007, 2008 și 2009), Conferința științifico-practică cu participare internațională „Actualități în neurologia nou-născutului și sugarului” (2006); Conferința a III-a de Medicină Perinatală din Republica Moldova (2006), Conferința „Fiziologia și patologia nou-născuților”, Kiev, Ucraina (2007); Conferința a XI-a de Neonatologie din Constanța, România (2007); Congresul al VI-lea al medicilor pediatri și neonatologi din Republica Moldova, Chișinău (2009); Conferință moldo-română „Zilele neonatologiei moldave”, Vadul-lui-Vodă (2008), Gura Humorului, România (2009), Ivancea, Republica Moldova (2010), Slănic-Moldova, România (2011); Conferința internațională „Calitatea în sănătatea perinatală”, AȘM, Chișinău (2010); V-lea Congres de Obstetrică și Ginecologie cu participare internațională, Chișinău (2010); Conferința a IV-a de Medicină Perinatală din Republica Moldova (2011) și Conferința de Neonatologie din Kiev, Ucraina (2016); Atelierul tehnic ”Auditul perinatal” Astana, Kazahstan (2016); Conferința „Perinatal audit as a tool in improving perinatal health care” Taşkent, Uzbekistan (2016).

Teza a fost discutată, aprobată și recomandată spre susținere la ședința comună a Laboratorului Științific de Perinatologie și a Catedrei Pediatrie din 21.10.2014 (proces-verbal nr. 7) și la Seminarul Științific de profil „Pediatrie” din 27.01.2016 (proces-verbal nr. 20).

Publicații la tema tezei: rezultatele de esență ale studiului au fost relatate în 19 lucrări științifice, dintre care 9 articole în ediții recenzate, inclusiv 2 de monoautorat; 4 comunicări rezumative, inclusiv rapoarte și prezentări-poster publicate în reviste cu factor de impact. Rezultatele principale au fost prezentate și raportate la 11 foruri științifice, dintre care 7 de nivel internațional.

Volumul și structura tezei. Teza este expusă pe 115 de pagini de text de bază tehnoredactate electronic și se compartimentează în: introducere, 4 capitole, concluzii, recomandări practice, bibliografie cu 183 de surse, 7 anexe, 38 de tabele, 39 figuri.

SUMARUL COMPARTIMENTELOR TEZEI

Introducerea prezintă caracteristica generală a cercetării și include actualitatea problemei, scopul și obiectivele, inovația științifică, semnificația și valoarea aplicativă, implementarea rezultatelor obținute, aprobarea lucrării etc.

În **Capitolul I** se face o trecere în revistă a celor mai valoroase cercetări științifice realizate pe parcursul timpului în domeniul de interes. Sinteza literaturii de specialitate a vizat 183 de lucrări științifice care reflectă o serie de aspecte cu tangențe la subiectul abordat în teză. Este expus pe larg procesul de analiză a cazurilor de deces și sunt enumerate clasificările utilizate în lume pentru determinarea cauzelor ce au dus la deces. Au fost relevate argumentele ce pledează în favoarea cercetării factorilor de risc și a circumstanțelor care au precedat decesul copilului și completează lacunele existente. Informația acumulată din lecturarea acestui mare volum de studii a ghidat reflecțiile autorului asupra momentelor de rezistență și aspectelor mai slabe din experiența altor țări la capitolul respectiv.

În **Capitolul II** conține expunerea principiilor de abordare metodologică, sunt prezentate materialele și metodele de cercetare folosite în cadrul studiului științific, precum și scenariul de dezvoltare a acestuia. Sunt prezentate formulele de calcul al mărimii eșantioanelor studiului, documentele de evidență primară, chestionarele și alte instrumente elaborate și folosite de autor pentru realizarea cercetării. În vederea realizării scopului și obiectivelor propuse pentru cercetare, a fost folosit un plan metodologic liniar al studiului dat ce a constatat din următoarele: identificarea, formularea și argumentarea problemei, stabilirea procedurii de cercetare, identificarea și definitivarea eșantionului, elaborarea chestionarelor, colectarea datelor, analiza și sinteza rezultatelor, elaborarea concluziilor și aplicarea rezultatelor cercetării în practică. Studiul selectiv a parcurs cinci etape consecutive. Pentru realizarea obiectivelor cercetării s-a efectuat un studiu caz-control pe un eșantion reprezentativ pentru întreaga țară (Figura 2.1.)

Prelucrarea matematico-statistică a materialului. Rezultatele obținute au fost introduse și prelucrate personal în programele Acces, Statistica 7.0 și Epi Info 2007. Gradul de corelație dintre factori și povara acestora a fost stabilită prin analiza variațională, diferențele au fost considerate statistic semnificative pentru valoarea $p < 0,05$.

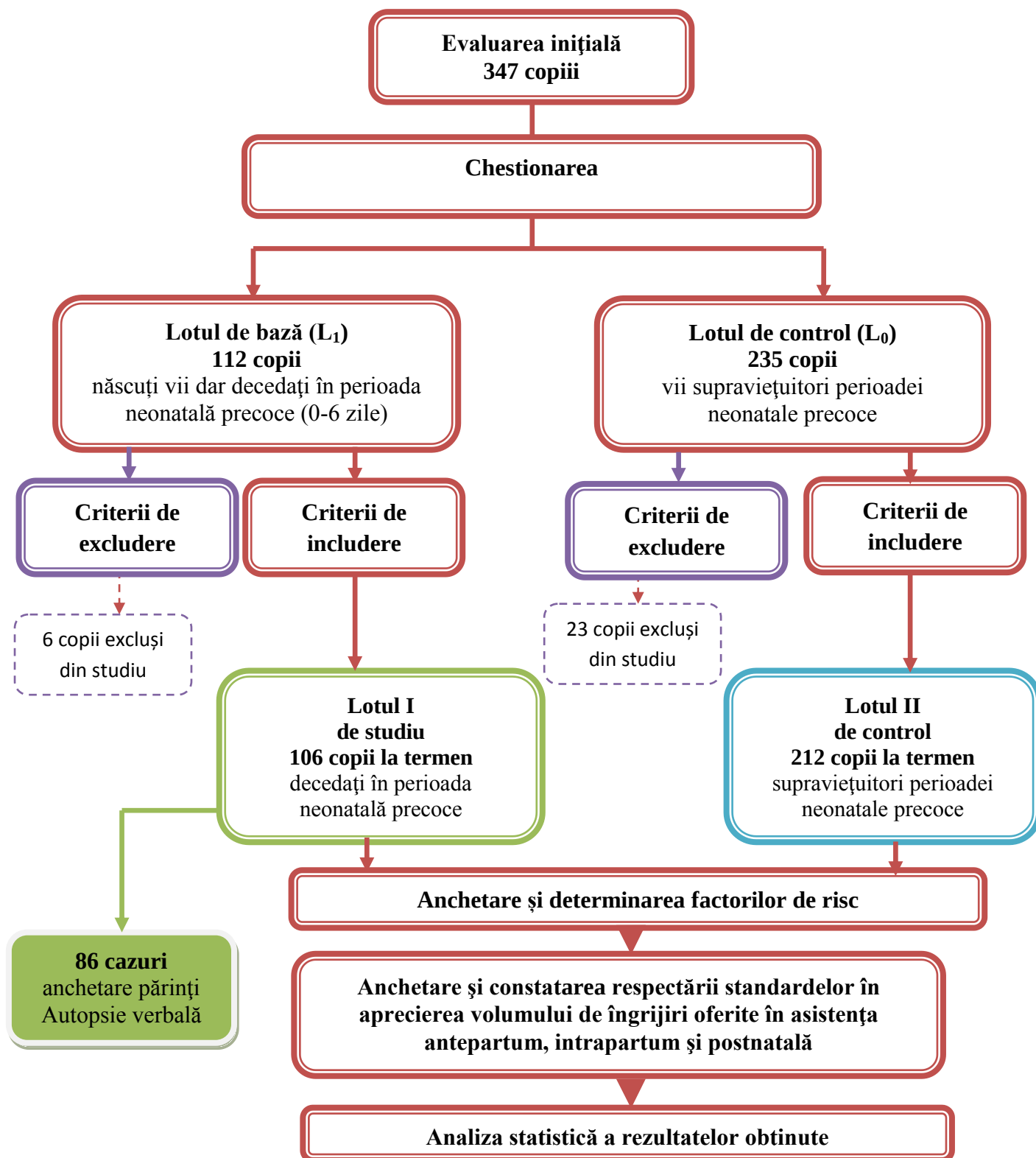


Fig. 2.1. Design-ul studiului

3. IDENTIFICAREA ȘI CUANTIFICAREA FACTORILOR DE RISC MEDICO-BIOLOGICI, SOCIALI ȘI ASOCIAȚI CU ÎNGRIJIRILE MEDICALE ÎN SURVENIREA DECESELOR NEONATALE PRECOCE LA COPIII NĂSCUȚI LA TERMEN

3.1. Parametrii de ansamblu ai lotului de studiu. Aspectele socio-demografice ale mamelor și nou-născuților.

Capitolul 3 a relevat aprecierea factorilor de risc medico-biologici, sociali și asociați cu îngrijirile medicale în survenirea deceselor neonatale precoce la copiii născuți la termen a inclus două loturi: lotul de bază, care a cuprins 106 nou-născuți la termen, decedați în perioada neonatală precoce; și 212 copii, care au constituit lotul de control născuți în aceeași perioadă de timp (imediat până sau după nașterea copilului decedat), în aceeași instituție cu copilul decedat, dar care au supraviețuit perioadei neonatale precoce.

În cadrul cercetării s-a constatat că $38,7 \pm 4,7\%$ dintre decesele neonatale precoce au avut loc la femeile care proveneau din mediul urban, iar $61,3 \pm 4,8\%$ - la cele din mediul rural, față de $69,3 \pm 3,2\%$ și $30,7 \pm 3,0\%$ în lotul de comparație (Figura 3.1).

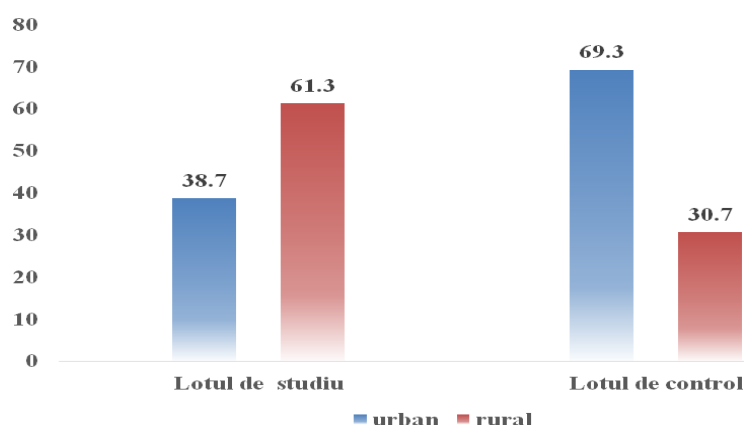


Fig. 3.1. Repartizarea copiilor din loturile de studiu după reședința mamei

Din punct de vedere al aspectului demografic, copiii decedați proveneau, cu certitudine mai frecvent, din mediul rural, acest fapt fiind condiționat probabil de starea de sănătate diferită a femeilor din mediul rural față de cele din mediul urban fiind în concordanță cu relațiile și autor cercetători [8, 23].

3.2. Identificarea factorilor de risc pentru decesul neonatal și a comportamentelor de risc la mamele copiilor sucombați

Stabilirea și prevenirea riscurilor este una din acțiunile cruciale, îndreptate spre ameliorarea asistenței mamei și nou-născutului. Parametrii pondero-staturali ai mamelor sunt recunoscuți ca factori ce predispun la diferite riscuri pe perioada de evoluție a sarcinii și nașterii, de aceea am purces la estimarea subtilă a acestor variabile în loturile de studiu. În eșantionul de studiu, femeile au avut o talie medie de: $162,8 \pm 5,1$ cm - în lotul de bază și de, respectiv, $163,9 \pm 5,4$ cm - în lotul de control. Am desprins niște diferențe demne de remarcat: că în lotul de

bază 14 mame au avut o talie sub 155 cm, față de lotul de control unde au fost doar 8 asemenea cazuri ($p < 0,01$, 2,05 [1,43-2,93]). Greutatea medie a mamelor în lotul de bază a fost de $73,1 \pm 12,1$ kg și de $71,9 \pm 12,7$ kg - în lotul de control, fiind aproape similară în ambele grupuri. Astfel, în lotul de bază 24 mame ($22,6 \pm 11,5\%$) ale copiilor decedați au prezentat excese de greutate (inclusiv obezitate), față de numai 12 asemenea cazuri ($5,7\%$) în lotul de control ($p < 0,001$, 2,29 [1,71-3,08]).

Dezvoltarea fătului se corelează direct cu greutatea lui la naștere și cu o probabilitate de deces de 2-7 ori mai mare în caz de retard de creștere intrauterină (RCIU). În eșantionul de bază, greutatea medie la naștere pe întreg lotul a fost de $3265,5 \pm 584,8$ g, față de $3383,2 \pm 446,6$ g în lotul de control. Analizând datele am constatat că în lotul de bază 10,4% cazuri au constituit copii cu greutatea sub 2500 g față de 3,8% din lotul de control și putem spune că incidența cazurilor cu o greutate mică la naștere este mai frecventă printre copii decedați ($p < 0,05$), 1,82 [1,20;2,77]). În prezenta cercetare ne-am propus să stabilim dacă decesul copilului este influențat nu numai de greutatea sa la naștere, dar și corespunderea greutății la termenul de gestație.

> 4,5 kg				1 (1** din 1)		1 (1** din 1)	1 (1** din 1)	
4,0-4,49 kg			3 (1* din 3)		1 (1* din 1)			1 (1** din 1)
3,5-3,99 kg		4 (2* din 4)	4 (2** din 4)	7	8	3 (2* din 3)	2 (1* din 2)	
3,0-3,49 kg	3 (2** din 3)	6	8 (1** din 8)	16	7 (1* din 1)			
2,5-2,99 kg	7 (3* din 7)	4 (3* din 4)	1	4 (3* din 4)	1 (1* din 1)	2 (2* din 2)		
2,0-2,49 kg	3 (1* din 3)	2 (2* din 2)	2 (2* din 2)					
1,51-1,99 kg	2 (2* din 2)	1 (1* din 1)	1 (1* din 1)					
≤ 1,5 kg	37 s.g.	37+-38 s.g.	38+-39 s.g.	39+-40 s.g.	40+-41 s.g.	41+-42 s.g.	> 42 s.g.	

Fig. 3.2. Distribuția cazurilor din lotul de studiu în funcție de greutatea la naștere, termenul de gestație și estimările în funcție de tabelele centile

Notă: * - au avut greutatea la naștere sub percentila 10 la termenul corespunzător de gestație

** - au avut greutatea la naștere peste percentila 90 la termenul corespunzător de gestație

În fiecare caz separat a fost apreciată postnatal corespunderea greutatei la naștere în funcție de tabelele centile, aplicând o formulă electronică specială și utilizând ca bază parametrii precum: greutatea mamei până la sarcină, înălțimea femeii, paritatea, obișnuința tabagică, sexul copilului și termenul respectiv de gestație. Folosind aceste date, am putut evidenția cazurile de greutate mică la naștere de sorginte constituțională, în cazul când femeia este hipostaturală și are o greutate mică. Din aceste estimări am constatat cum că copiii din lotul I au avut un decalaj mult mai mare al valorilor înregistrate, în 29 (27,3%) cazuri fiind atestată o greutate la naștere sub percentila 10, în alte 9 (8,5%) aceasta a depășit percentila 90, iar 68 (64,1%) de copii au avut valori normale - în limita de 10-90 percentile (Figura 3.2.).

Un alt factor asociat cu riscul crescut pentru deces este asfixia, confirmată printr-un scor Apgar inferior la naștere. Analizând datele din tabelul 3.1, putem afirma că în 17,9% de cazuri urmate de deces copiii au avut un scor bun și foarte bun în minutul 5 după naștere (de 8, 9 și 10 puncte), cu o medie de $4,0 \pm 2,8$ puncte la 1 min; $4,9 \pm 2,6$ puncte la 5 min – față de lotul de control, unde s-au înregistrat $7,7 \pm 0,6$ și, respectiv, $8,2 \pm 0,7$ puncte ($p < 0,001$), $5,30 [4,10; 6,86]$.

Tabelul 3.1. Valorile scorului Apgar apreciat în minutele 1 și 5 de viață la copiii din loturile de studiu

Scorul Apgar	Lotul de bază n=106				Lotul de control n=212			
	1 min		5 min		1 min		5 min	
	abs.	$P_1 \pm ES_1$ (%)	abs.	$P_1 \pm ES_1$ (%)	abs.	$P_0 \pm ES_0$ (%)	abs.	$P_0 \pm ES_0$ (%)
0-3 puncte	55	$51,9 \pm 9,1$	39	$36,8 \pm 9,7^{**}$	0	0	0	0
4-5 puncte	7	$6,6 \pm 5,3$	19	$17,9 \pm 5,1^{***}$	1	$0,5 \pm 0,0$	1	$0,5 \pm 0,0$
6-7 puncte	34	$32,1 \pm 4,8$	29	$27,4 \pm 4,4$	69	$32,5 \pm 1,7$	19	$9,0 \pm 2,3$
8-10 puncte	10	$9,4 \pm 4,2$	19	$17,9 \pm 6,1$	142	$67,0 \pm 2,5$	192	$90,5 \pm 5,2$
Scorul mediu	$4,0 \pm 2,8$		$4,9 \pm 2,6$		$7,7 \pm 0,6$		$8,2 \pm 0,7$	

Notă: * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

3.3. Caracteristicile clinice ale stării de sănătate a femeilor și nou-născuților incluși în studiu

Printre prerogativele noastre ne-am propus să efectuăm o cercetare sub aspectul semioticii clinice care s-a profilat imediat după nașterea celor 106 copii din lotul I, precum și la apariția pe lume a celor 212 copii din lotul II de control. Severitatea semnelor clinice la nou-născuții lotului de bază s-a manifestat prin: alterarea stării generale ($60,4 \pm 4,9\%$), convulsii ($21,7 \pm 4,1\%$), insuficiență respiratorie ($11,3 \pm 3,2\%$), bradipnee ($11,3 \pm 3,2\%$), valori anormale ale temperaturii corpului ($11,3 \pm 3,2\%$), hipoglicemie ($8,5 \pm 2,8\%$), comă ($6,6 \pm 0,3\%$).

Am încercat și în prezentul studiu să urmărim eventuale relații între decesele neonatale și zilele săptămânii, în sprijinul ideii cum că absența serviciilor medicale primare (dar și a altor servicii) în multe localități în zilele de odihnă ar putea avea importanță în survenirea deceselor

neonatale. După cum rezultă din tabelul redat mai jos, cele mai puține decese s-au înregistrat marți ($9,4 \pm 2,9\%$), iar cele mai multe - joi ($17,9 \pm 3,8\%$) și vineri ($18,9 \pm 2,1\%$); în rest distribuția de frecvență este destul de aleatorie pe parcursul zilelor săptămânii.

Cu toate acestea, se urmărește o pondere mare de decese produse în zilele de odihnă - 30 cazuri ($28,3 \pm 4,5\%$) și de sărbători - 4 cazuri ($3,8 \pm 1,9\%$), în sumă ar fi 34 ($32,1 \pm 0,5\%$) din totalul deceselor înregistrate, ceea ce ne permite să afirmăm că șansele de deces al unui copil în zilele de odihnă și în perioada sărbătorilor sunt de 1:3 (tabelul 3.2).

Tabelul 3.2. Frecvența deceselor neonatale pe zilele săptămânii în funcție de data nașterii și data decesului copilului nou-născut

Zilele săptămânii	Luni	Marți	Miercuri	Joi	Vineri	Sâmbătă	Duminică
Ziua nașterii	12 ($11,3 \pm 3,2\%$)	19 ($17,9 \pm 3,8\%$)	14 ($13,2 \pm 3,4\%$)	18 ($17,0 \pm 3,8\%$)	17 ($16,0 \pm 3,7\%$)	17 ($16,0 \pm 3,7\%$)	9 ($8,5 \pm 2,8\%$)
Ziua decesului	14 ($13,2 \pm 3,4\%$)	10 ($9,4 \pm 2,9\%$)	13 ($12,3 \pm 3,3\%$)	19 ($17,9 \pm 3,8\%$)	20 ($18,9 \pm 2,1\%$)	16 ($15,1 \pm 3,6\%$)	14 ($13,2 \pm 3,4\%$)

Analizând frecvența deceselor în funcție de ora zilei, am constatat că cele mai multe decese – 55 ($51,8 \pm 5,0\%$) cazuri în perioada neonatală precoce au loc între orele 18⁰⁰ și 7⁵⁹, comparativ cu 51 ($48,1 \pm 5,0\%$) de decese care s-au produs în intervalul 08⁰⁰ și 17⁵⁹. Stratificarea și gruparea orelor a evidențiat următoarele: cele mai multe decese s-au înregistrat în intervalele de timp 7⁰⁰-7⁵⁹ și 14⁰⁰-14⁵⁹, câte 9 ($8,5 \pm 2,8\%$) cazuri la inițierea și terminarea turei. Analiza și compararea datelor cecetării date cu alte studii similare a constatat că se observă aceeași tendință cu rate mai înalte de deces perinatal și neonatal la sfârșit de săptămână și zilele de odihnă [16, 24].

3.4. Constatările examenelor morfopatologice în lotul copiilor decedați

În baza investigației morfopatologice complexe am stabilit următoarea pondere a patologiilor de bază în lotul de nou-născuți decedați: patologie infecțioasă s-a atestat în 36 ($34,6\%$) de cazuri, asfixie și hipoxie intrauterină - în 19 ($18,2\%$), malformații congenitale - în 12 ($11,5\%$), traumatism obstetrical - în alte 12 ($11,5\%$) cazuri (figura 3.3).

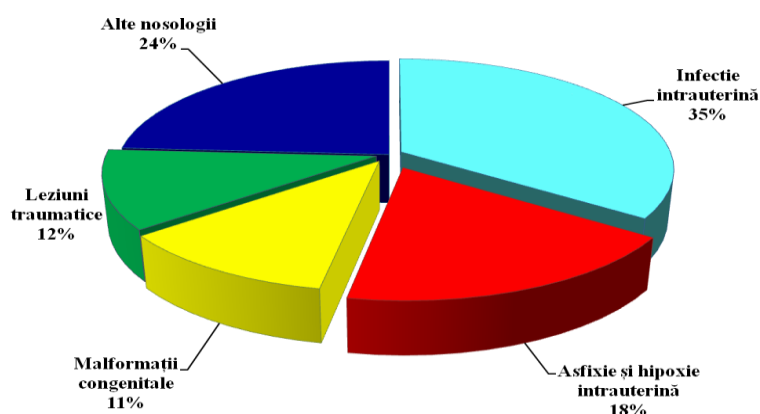


Fig 3.3. Frecvența nozologiilor identificate la examenul patomorfologic

Alte nozologii s-au depistat cu o frecvență mai redusă: sindromul aspirației masive a fluidului amniotic, hidrops fetal neimun, boala hemolitică a fătului, hemoragie intraventriculară (netraumatică) a nou-născutului și fetopatie diabetică, toate împreună însumând 25 de cazuri (24,0%; figura 3.3). Patologia infecțioasă s-a manifestat prin: pneumonie congenitală, septicemie sau infecție bacteriană a nou-născutului, fetopatie infecțioasă, infecție intrauterină (iiu) generalizată de origine virală și iiu mixtă (infecție congenitală de origine virală sau mixtă. Malformațiile congenitale se prezentau de diverse forme: vicii congenitale multiple ale aparatului respirator, ale celui cardiovascular și sistemului renal.

Rezultatele studiului histologic au evidențiat semne caracteristice procesului inflamator la rata de 59,1%. Sub aspect morfologic, s-a atestat un proces inflamator manifestat prin afecțiuni inflamatorii a placentei, cu predilecție de tip ascendent, aceasta fiind manifestată granulocitară parietală și a discului placentar, intervilită, vilită, vasculite ombilicale (flebită, artereite), ca exemplu poate servi corioamnionita membranică cu microcolonizare bacteriană (Figura 3.4, 3.5, 3.6 și 3,7).

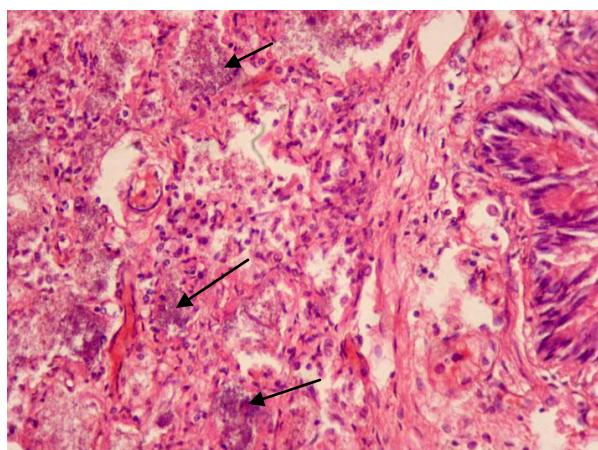


Fig. 3.4. Septicemie neonatală precocă.
Pneumonie focal-confluentă cu
microcolonizare bacteriană abundentă.
H&E. X 25. ← colonii microbiene

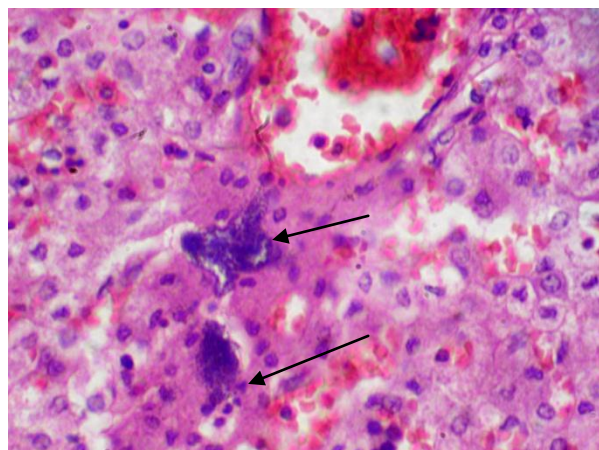


Fig. 3.5. Septicemie neonatală precocă.
Embolizare bacteriană în rețeaua
microcirculatorie hepatică. H&E. X
150. ← emboli microbieni

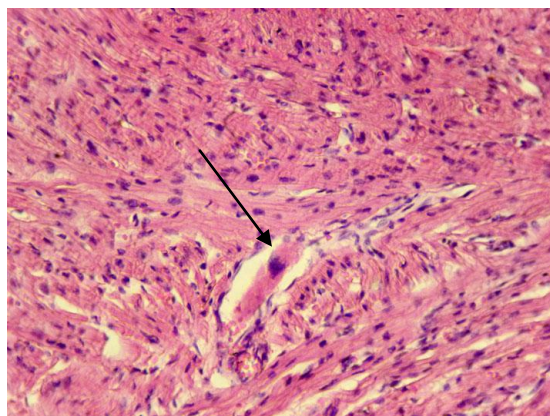


Fig. 3.6. Septicemie neonatală precocă.
Embolizare bacteriană în rețeaua
microcirculatorie cardiacă. H&E. X 75.
←trombembol intravascular cu
colonizare microbiană

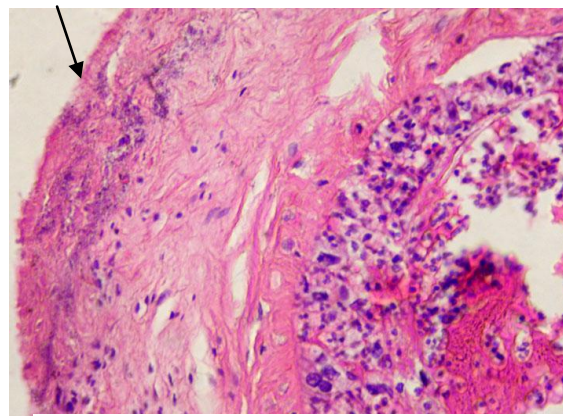


Fig. 3.7. Septicemie neonatală precocă.
Corioamnionită membranică cu
microcolonizare bacteriană. H&E. X
75. ←colonii microbiene

Astfel, putem afirma că decesul survenit în perioada neonatală precoce la copii născuți la termen este mai frecvent asociat cu zona de reședință rurală a mamei ($p<0,001$), cu vârsta femeilor sub 20 ani ($p<0,05$), cu IMC al mamei ≥ 30 ($p<0,001$) și statura scundă a mamei ($p<0,01$), apoi și cu adaosul ponderal patologic pe parcursul sarcinii curente ($p<0,05$) și în anamneză cel puțin o sarcină rezultată cu deces neonatal ($p<0,05$). Conform datelor cercetării prezentate, decesele neonatale precoce au fost mai frecvente printre copiii de sex masculin, cu greutate mică la naștere ($p<0,05$) și cu un scor Apgar inferior la minutul 5 de viață ($p<0,001$).

Studiul nostru ne-a permis să conturăm profilul epidemiologic al mamelor ce au suferit o pierdere cu un nou-născut la termen, ce a decedat în perioada neonatală precoce, astfel s-a scos în evidență profilul acestor mame: acestea sunt mai des din mediul rural, sunt femei cu vârsta sub 20 de ani, cu o talie ≤ 156 cm, cu exces în greutate (IMC ≥ 30) și având un adaos ponderal patologic pe parcursul sarcinii, unele din ele au avut în sarcinile precedente cel puțin o naștere care s-a soldat cu deces perinatal, au născut un copil cu greutate mică la naștere, mai des de sex masculin, în stare gravă cu un scor Apgar jos.

4. ANALIZA CIRCUMSTANTELOR ȘI A CAUZELOR DE DECES REPERATE PRIN INTERMEDIUL ANCHETEI CONFIDENȚIALE

4.1. Cercetarea cazurilor de deces prin Ancheta Confidențială pentru aprecierea volumului și calității asistenței acordate mamelor și nou-născuților

Analiza rezultatelor de Anchetă Confidențială a cazurilor de deces al nou-născuților cu greutatea ≥ 2500 g (lotul de studiu) s-a realizat în conformitate cu compartimentele anchetei confidențiale, care elucidează calitatea și volumul de asistență acordată conform standardelor și protocoalelor, datele fiind comparate cu cele obținute în lotul de control. Analiza îngrijirilor oferite femeilor gravide în perioada sarcinii ne-a permis să stabilim că numai $72,6\pm 4,5\%$ din mamele nou-născuților decedați în primele 6 zile de viață în lotul de bază au fost luate precoce în evidență (până la 12 săpt. gest.), față de rata de $88,6\pm 3,1\%$ de mame în lotul de control și, respectiv, $27,3\pm 4,4\%$ și $11,4\pm 3,2\%$ de mame au fost luate în evidență în termene mai tardive ($p<0,01$), ca motive invocate pentru prezentarea tardivă au fost: migrarea; nu au cunoscut faptul că trebuie să se adreseze până la 12 s.g., au în îngrijire un alt copil mic, lipsa de surse financiare ș.a.). Conform datelor obținute de noi, $81,1\pm 3,8\%$ de mame din lotul de studiu au administrat în sarcina prezentă preparate de fier, ceea ce este un indice mai scăzut decât statisticile oficiale și datele evaluărilor Programului de Perinatologie din ultimii ani, comparativ cu $91,0\pm 2,89\%$ de mame din lotul de control ($p>0,05$). Este inferioară și ponderea consumului de acid folic, indicat femeilor însărcinate conform standardelor naționale - $53,8\pm 5,0\%$ femei în lotul de studiu și $66,9\pm 4,7\%$ - în lotul de control ($p<0,01$).

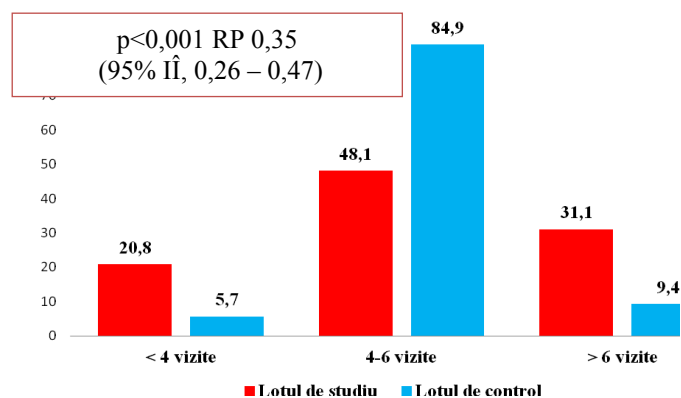


Fig. 4.1. Repartizarea femeilor pe loturile de studiu în funcție de numărul mediu de vizite efectuate la medicul de familie (%)

Din datele cercetării noastre rezultă, că $48,1 \pm 5,3\%$ dintre femeile din lotul de studiu și $84,9 \pm 3,6\%$ în cel de control au efectuat numărul recomandat de 6 vizite antenatale la medicul de familie (MF), în conformitate cu standardul național pentru sarcina fiziologică. Într-un șir de cazuri acest număr era mult mai mic decât recomandările standardului național, iar în alte $31,1 \pm 0,5\%$ cazuri - chiar îl depășea de 2-3 ori. Și pentru frecvența vizitelor la medicul obstetrician-ginecolog (OG) pe parcursul sarcinii se distinge aceeași tendință - au fost perseverente sub acest aspect $47,2 \pm 5,01\%$ din femeile din lotul de bază și $77,4 \pm 4,2\%$ din cele încadrate în lotul de control. Conchidem justificat despre numărul redus de vizite la MF și OG ($p < 0,001$) (Figura 4.1. și 4.2).

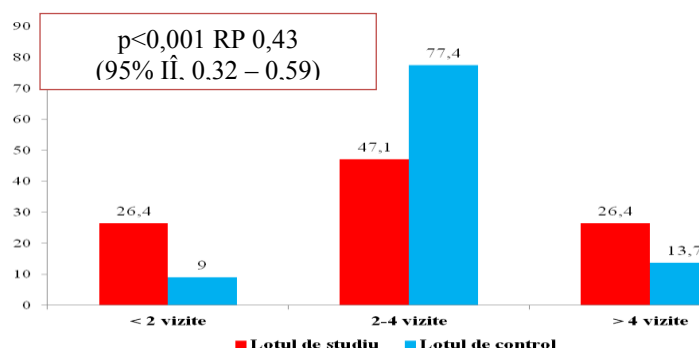


Fig. 4.2. Repartizarea femeilor din loturile de studiu în funcție de numărul mediu de vizite la medicul obstetrician-ginecolog (%)

Gravidograma din Carnetul Medical Perinatal a fost completată în lotul de studiu la toate vizitele numai în $37,7 \pm 4,87\%$ de cazuri, nu a fost completată în 29,2% de cazuri și a fost incompletă în alte 33,0% cazuri. Comparând aceste date cu rezultatele lotului de control, observăm că în cazul acestor femei gravidograma a fost completată cu perseverență în $77,3 \pm 4,19\%$ de cazuri. În urma analizei cazurilor de deces în cadrul AC au fost depistate și înregistrate 29 cazuri de RCIU, care, spre regret, au fost suspectate doar în 27,5% cazuri prin completarea Gravidogramei de către specialiștii din asistența primară.

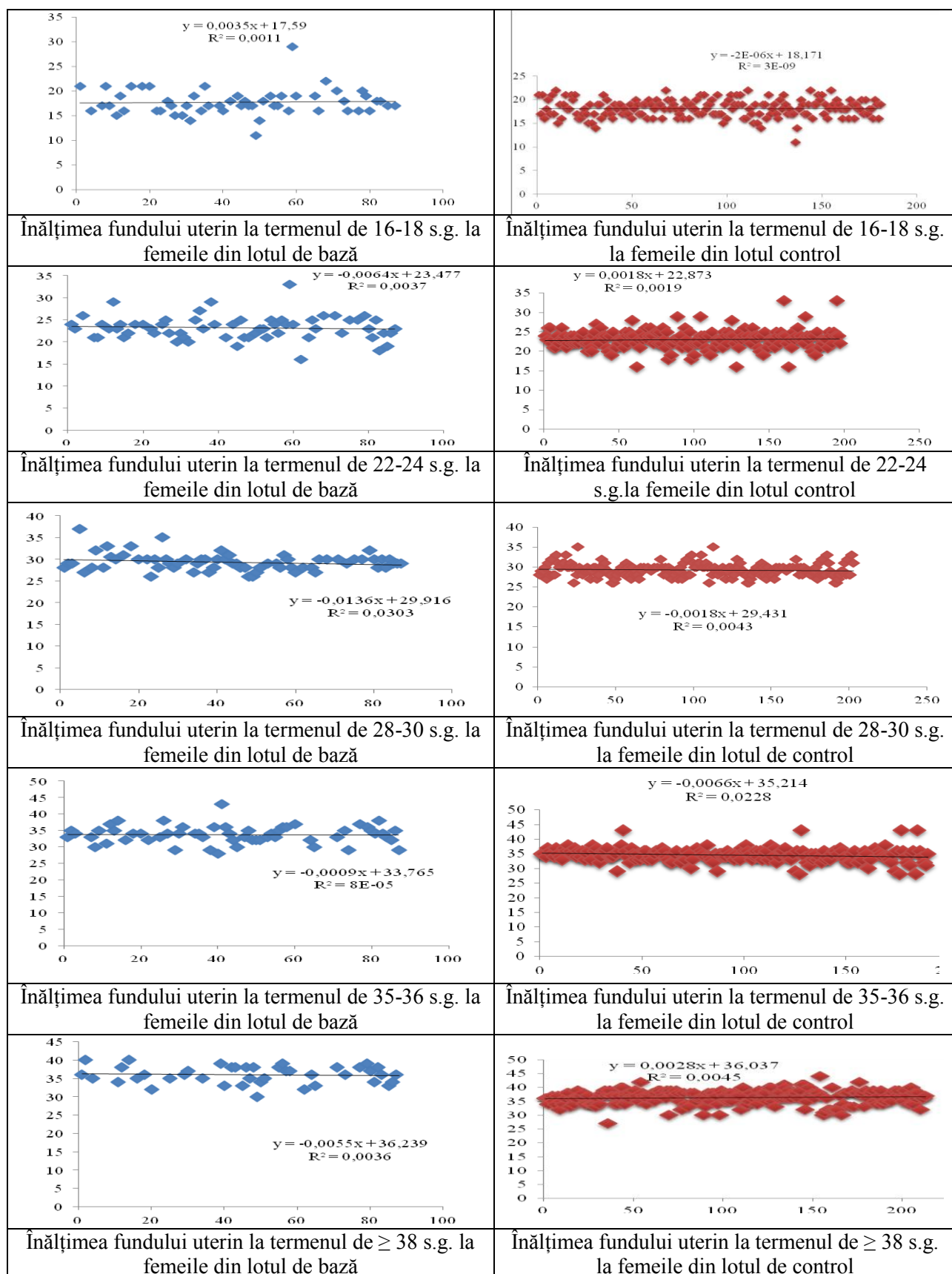


Fig. 4.3. Distribuirea grafică a înălțimii fundului uterin la diferite termene de gestație în loturile de studiu

Analizând aceste date din cadrul cercetării noastre am remarcat faptul cele mai vulnerabile perioade pentru dezvoltarea RCIU sunt termenele de gestație 35-36 și ≥ 38 s.g; astfel existând

reale posibilități pentru depistarea RCIU prin aprecierea înălțimii fundului uterin în cadrul vizitelor antenatale; screening-ul pentru RCIU se cunoaște că este gestul cel mai recomandat la o reținere în dezvoltare de (≤ 2 s.g.), deoarece poate ghida deciziile privind managementul ulterior al sarcinii (Figura 4.3.) [11, 14].

Calitatea și plenitudinea asistenței intranatale include trasarea unui plan de conduită a nașterii. Din analiza datelor prezentate am dedus că în $81,1 \pm 3,9\%$ de cazuri din lotul de bază și $98,1 \pm 1,4\%$ ($p < 0,001$) din lotul de control a fost elaborat un asemenea plan, dar numai în $69,0\%$ din cazuri acesta a fost unul adecvat situației obstetricale curente: în celelalte 31% de cazuri acesta a fost considerat ca inadecvat (Figura 4.4). Am constatat de asemenea că $67,9 \pm 4,1\%$ din nașteri la mamele copiilor din lotul de bază au fost monitorizate cu ajutorul partogramei, față de $84,4 \pm 3,6\%$ cazuri din lotul de control ($p < 0,001$). Conform opiniei experților, doar în $46,2 \pm 5,0\%$ cazuri din lotul de bază instrumentul de monitorizare precum este partograma din fișele medicale a fost completat adecvat, în comparație cu $83,0\%$ cazuri din lotul de control ($p < 0,001$) (Figura 4.4).

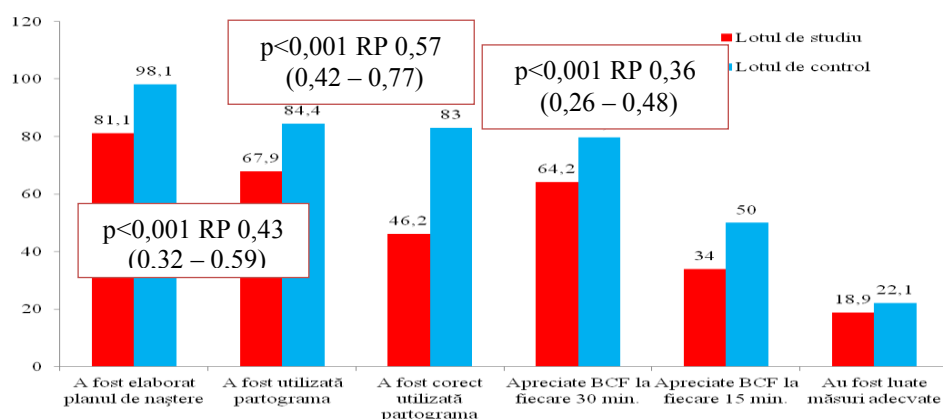


Fig 4.4. Nivelul de asistență medicală la naștere și intervențiile cost-efective de care au beneficiat mamele nou-născuților din loturile de studiu (%)

În circa șaizeci la sută din cazuri ($64,2 \pm 4,2\%$) în lotul de bază bătăile cordului fetal (BCF) au fost monitorizate la fiecare 30 min, față de $79,7 \pm 4,0\%$ cazuri - în lotul de control, iar în $35,8\%$ cazuri ($p < 0,05$) monitoring-ul nu s-a efectuat adecvat. Numai în $18,9\%$ de cazuri la depistarea devierilor BCF în prima perioadă a travaliului au fost luate măsurile corespunzătoare. Monitorizarea fătului în naștere la fiecare 15 min - de la deschiderea completă a colului până la apariția scremetelor - s-a efectuat insuficient în lotul de bază ($34,0 \pm 4,1\%$; $p < 0,01$). Asemenea aspecte au fost relatate și descrise și de alți cercetători în literatura de specialitate [17, 18]. Managementul adecvat al suferinței fetale a fost efectuat conform protocolului în cazul a $50,0 \pm 5,2\%$ din nașterile soldate cu deces neonatal precoce vs $66,6 \pm 5,2\%$ ($p < 0,05$) în lotul de control (Figura 4.5).

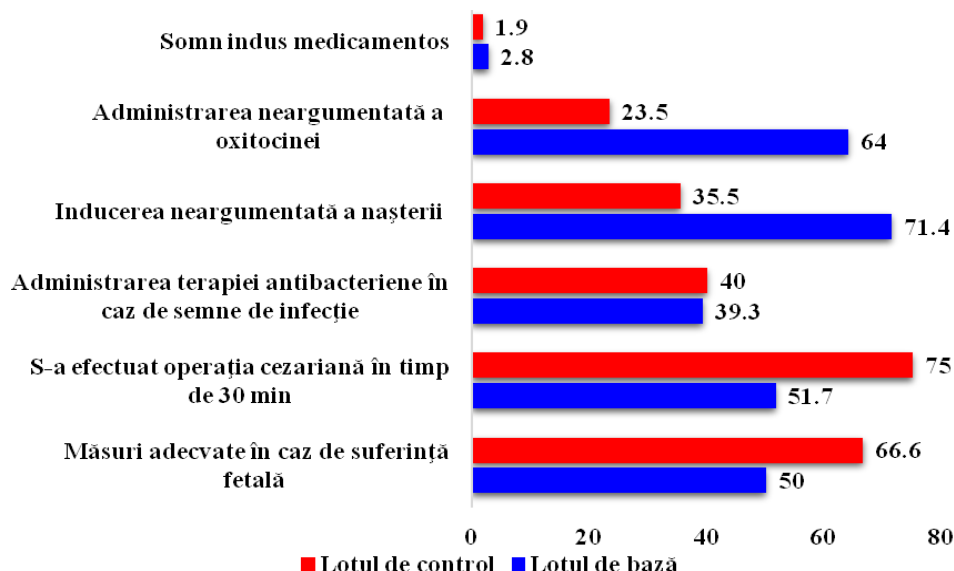


Fig. 4.5. Nivelul de asistență medicală în naștere și intervențiile cost-eficiente de care au beneficiat mamele nou-născuților din loturile de studiu

Operația cezariană de urgență, salvatoare pentru mamă și copil, se impune a fi efectuată, conform recomandărilor OMS, în următoarele 30 min de la luarea deciziei. Numai în $51,7 \pm 5,1\%$ din cazuri ale lotului de bază timpul de efectuare a intervenției a corespuns normelor recomandate de OMS, în comparație cu rata de $75,0 \pm 0,5\%$ - în lotul de control ($p < 0,05$) (Figura 4.5). Conform analizei, motivele invocate pentru aceste întârzieri au fost dificultățile de extragere a capului și umerilor nou-născuților (trei cazuri).

Conform datelor prezentate cazurile au fost analizate în funcție de datele despre componența echipei care a efectuat măsurile de resuscitare: în 87 cazuri ($82,0 \pm 3,8\%$) din lotul de bază versus $89,1 \pm 3,1\%$ în lotul de control ($p > 0,05$) au existat date despre componența echipei de resuscitare; la $70,7 \pm 4,6\%$ copii din lotul de bază au fost descrise semnele de viabilitate în comparație cu $93,3 \pm 2,5\%$ din lotul de control ($p < 0,001$); nou-născutul a fost evaluat pentru necesitatea efectuării resuscitării în $63,2 \pm 4,8\%$ cazuri versus $78,0 \pm 3,6\%$ cazuri ($p < 0,05$).

Cele mai frecvente complicații postreanimatorii, care s-au dezvoltat la nou-născuții decedați în perioada neonatală precoce, au fost simptomele neurologice ($43,0\%$) cu encefalopatie hipoxico-iscemică (EHI), urmate de cele induse de hipertensiunea pulmonară persistentă (HPP) și pneumonia postasfictică - 14% și, respectiv, 17% cazuri, și alte fenomene traduse cu sindrom convulsiv, tulburări metabolice și infecție. În 67% de cazuri din primul lot și, respectiv, 85% de cazuri în lotul II, conduita, diagnosticul și tratamentul nozologiilor diagnosticate la nou-născut au corespuns recomandărilor și standardelor naționale de îngrijiri.

4.2. Analiza deceselor conform clasificărilor utilizate de Ancheta Confidențială

Clasificarea cauzelor de deces neonatal precoce și intranatal a fost propusă de grupul de experți ai Comitetului Național de Ancheta Confidențială a Deceselor Perinatale, fiind utilizată pentru prima dată în cadrul unui studiu de cercetare (tabelul 4.1).

Tabelul 4.1. Clasificarea cauzelor de deces intranatal și neonatal precoce

Cauzele decesului	Lotul de bază n=106	
	abs.	P ₁ ±ES ₁ (%)
I. Malformații congenitale letale sau severe	11	10,4±2,7
II. Imaturitatea		
a. Boala membranelor hialine		
b. Hemoragie intracraniană	0	0
c. Enterocolită ulcero-necrotică		
d. Infecție la prematur		
III. Afecțiuni materno-fetale preexistente nașterii:	25	23,7±3,7
a. Preeclampsie	0	0
b. Afecțiuni extragenitale severe, inclusiv infecții materne (specificare)	3	12,0±1,5
c. Izoimunizare	3	12,0±1,5
d. Hemoragie antepartum	1	4,0±0,4
e. Retard de creștere	18	72,0±3,8
IV. Deces din cauza „asfixiei”, „anoxiei” sau a „traumatismului” intrapartum la un copil normal format (Apgar scăzut, necesitate de reanimare, acidoză și/sau meconiu)	60	56,6±4,9
A. Eveniment acut intrapartum	8	13,3±2,6
1. Prolabare de cordon	2	25,0±1,4
2. Hemoragie acută	2	25,0±1,4
3. Disproporție/ruptură uterină	4	50,0±1,9
4. Corioamnionită	0	0
B. Fără eveniment acut	52	86,7±5,0
1. Stimulare / inducție	22	42,3±4,1
2. Fără stimulare / inducție	30	57,7±4,5
V. Infecție	5	4,4±2,1
a. Sepsis precoce	3	60,0±1,5
b. Sepsis tardiv	0	0
c. Infecție neonatală specifică (sifilis, herpes etc.)	2	40,0±1,4
VI. Alte cauze specifice	5	4,4±2,2
a. Prezență patologică (pelviană, facială etc.)	2	40±1,36
b. Afecțiuni fetale (hipoplazie pulmonară în ruperea prematură a pungii amniotice, sindrom de transfuzie gemelară)	2	40±1,36
c. Afecțiuni neonatale	1	20±0,36
d. SIDS	0	0
VII. Deces neclasificat sau necunoscut	0	0

După analiza cauzelor de deces neonatal stabilite de către experți la ședințele de audit, am constatat următoarele: în 60 (56,6±4,9) de cazuri cauza principală de deces, conform clasificării

proapse de noi, a fost asfixia, anoxia sau trauma intrapartum la copilul normal format, cu eveniment acut intrapartum - 8 ($13,3 \pm 2,6$) cazuri și fără eveniment acut - 52 ($86,7 \pm 5,0$) de cazuri; malformațiile severe au provocat 11 ($10,4 \pm 2,7$) cazuri de deces, iar afecțiunile materno-fetale preexistente nașterii - 25 ($23,7 \pm 3,7$), inclusiv în 18 ($72,0 \pm 3,8$) cazuri drept cauză s-a atestat retardul dezvoltării intrauterine (tabelul 4.1).

În conformitate cu datele prezentate în Figura 4.6, care prezintă analiza cazurilor în funcție de volumul și calitatea asistenței medicale oferite ca și îngrijiri antenatale, intranatale și postnatale, cercetarea dată a scos în evidență că majoritatea cazurilor au fost calificate ca fiind asistate suboptimal sau substandard, realitate ce denotă faptul că nu sunt respectate standardele recomandate în protocoalele naționale atât în practica obstetricală, cât și în cea neonatală. Astfel, în 100% de cazuri asistența medicală prestată a fost sub nivelul standard, din acestea în $87,7 \pm 3,3\%$ de cazuri asistența a fost evaluată ca suboptimală - de gradele II și III.

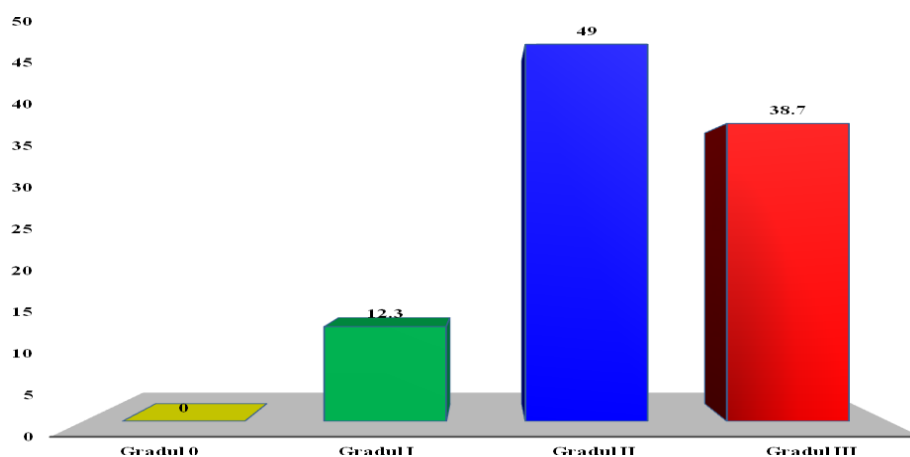


Fig.4.6. Clasificarea de volum și calitate a serviciilor medicale prestate în cazul deceselor neonatale precoce

Cercetând impactul diferitor grupuri de factori de risc în diferite perioade, am stabilit că în 18 ($16,9 \pm 3,8$) cazuri au fost depistați factori legați de femeie, familie și condițiile sociale. Doar două femei nu au avut acces la îngrijirile antenatale, fiind plecate la muncă peste hotarele țării. Cei mai mulți factori au fost asociați îngrijirilor, inclusiv în 75,4% de cazuri au fost depistate erori în asistența acordată în perioada intranatală, în 62,2% - în perioada neonatală și în 33,9% - în cea antenatală. În 1/3 de cazuri au fost depistate erori legate de diagnostic, comunicare și consiliere.

4.3. Autopsia verbală - rezultatele interviului părinților

Conform datelor interviului, părinții copiilor decedați, în $48,8 \pm 5,4\%$ cazuri, nu și-au planificat această sarcină. Am mai constatat că multe din persoanele intervievate ($51,1 \pm 5,4\%$) care și-au pierdut copilul după naștere nu își doreau acest copil. De asemenea, mamele acestor

copii au fost în mai puține cazuri investigate pe timpul sarcinii ($12,8 \pm 3,6\%$) și cel mai târziu au fost luate în evidența serviciilor medicale ($56,2\%$). În total 14 ($16,2\%$) din femeile intervievate au menționat că nu au fost satisfăcute de îngrijirile medicale primite: 5 ($5,8\%$) dintre ele au relatat că nu au fost satisfăcute de asistența pe parcursul sarcinii; 3 ($3,4\%$) femei - de ajutorul medical în timpul transportării și alte 6 ($6,9\%$) femei - de îngrijirile ce le-au fost acordate în perioada de aflare în staționar - „de la ușă la ușă”.

Analizând datele privind satisfacția femeilor față de îngrijirile oferite, am relevat că, deși 88% din femei au fost satisfăcute de îngrijirile primite, în 12% cazuri îngrijirile au fost calificate de către aceste femei sau membrii familiilor lor ca fiind insuficiente. În cadrul interviului $10,4 \pm 3,32\%$ din femei au relatat că au fost abuzate, inclusiv $6,9 \pm 2,8\%$ au invocat abuz fizic și $9,3 \pm 3,2\%$ - abuz psihoemoțional.

Prin cele realizate la acest compartiment de investigații am ajuns să reiterăm faptul că factorii critici ce determină mortalitatea și morbiditatea perinatală și cea neonatală sunt identificați la diferite etape de îngrijire - antenatală, intranatală și postnatală a nou-născutului, de aceea este important ca toți specialiștii să conștientizeze rolul lor în acordarea asistenței medicale calificate.

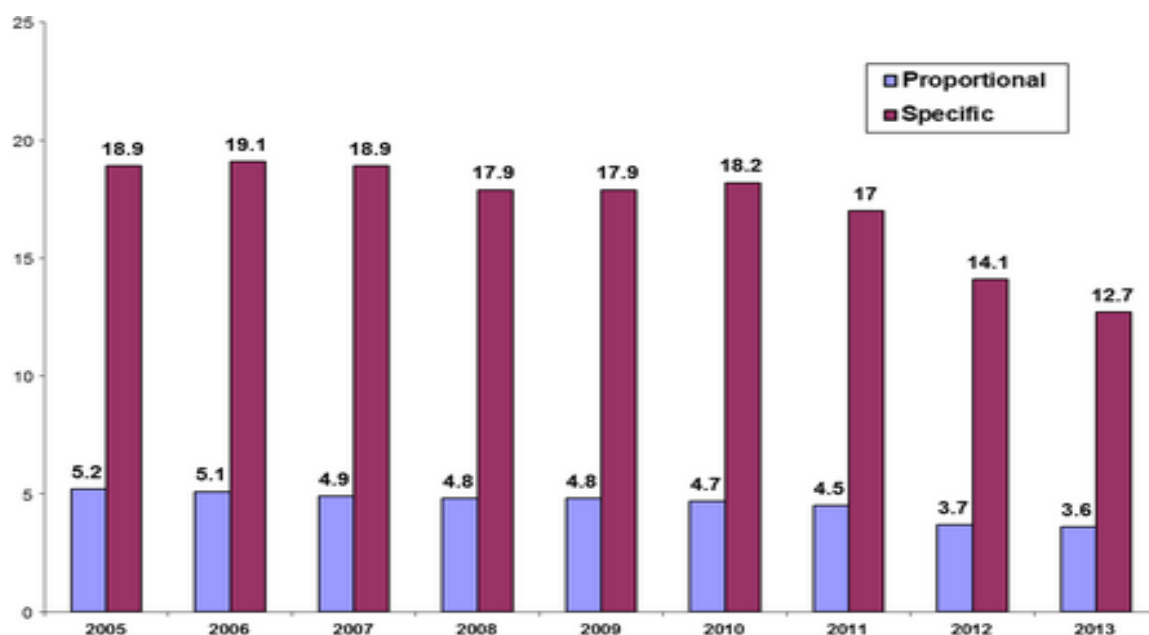


Fig. 4.7. Rata proporțională și specifică de mortalitate printre nou-născuții cu greutatea de peste 2500 g și/sau cu termenul de gestație ≥ 37 săptămâni (aa.2005-2013)

În final dorim să menționăm că implementarea AC la nivel național a avut influență asupra ratei specifice și proporționale a decesului printre nou-născuții la termen. Rata proporțională a mortalității a descrescut de la 5,1 la 1000 în anul 2006 până la 3,6 - în 2013 (95% CI 0,6–2,4; z-value 3,2; $p=0,001$), iar rata specifică a mortalității - de la 19,1/ 1000 în 2006 până la 12,7/1000 - în 2013 (CI 4,6–8,2; z-value 6,9, $p<0,0001$; (Figura 4.7.).

CONCLUZII GENERALE

1. În prezentul studiu s-au adus argumente științifice pentru informativitatea unei metodologii novatoare de discuție și analiză a cazurilor de deces neonatal precoce care face uz de un set de instrumente ca: ancheta confidențială; clasificarea cauzelor de deces; evaluarea volumului și calității îngrijirilor perinatale și cuantificarea de impact al diferitor factori de risc. Utilizarea acestei modalități moderne de analiză a cazurilor de deces neonatal precoce printre copiii născuți la termen a permis evaluarea mai plenară a indicatorilor de volum și calitate a îngrijirilor medicale oferite mamei și nou-născutului, inclusiv calitatea evidenței din documentația medicală.
2. Studiul nostru a demonstrat că decesul copiilor la termen în prima săptămână de viață, în comparație cu cei care au supraviețuit, este asociat mai frecvent cu mediul de reședință al mamei (61,3% versus 38,7%; $p<0,001$); vârsta femeilor sub 20 ani (9,5% versus 2,9% $p<0,05$); IMC ≥ 30 la femeie (22,6% versus 5,7%; $p<0,001$); talia joasă a mamei (13,2% versus 3,8%; $p<0,01$); adaosul ponderal patologic al mamei pe parcursul sarcinii curente (11,3% versus 4,2%; $p<0,05$); greutatea mică (10,4% versus 3,8% $p<0,05$); un scor Apgar jos la minutul 5 de viață (54,7% versus 0,5% $p<0,001$).
3. Folosind o nouă clasificare a deceselor intranatale și neonatale, comparativ cu CIM în revizia a X-a, am stabilit că în structura cauzelor de bază care au provocat decesul neonatal precoce la copiii născuți la termen au predominat asfixia/anoxia/trauma (56,6%); afecțiunile materno-fetale (23,7%) și RCIU (16,9%).
4. Există o corelație strânsă între factorii medicali ($r_{xy}=0,65$), vârsta mamei, sexul copilului, complicațiile survenite în sarcină și naștere ($r_{xy}=0,74$), și riscul de deces neonatal precoce. Cea mai puternică corelație a acestui risc ($r_{xy}=0,76$) a fost observată între greutatea mică a copilului, ziua și ora nașterii și a decesului, nivelul instituției medicale cu prevalarea instituțiilor de nivel I.
5. Rezultatele obținute prin autopsie verbală indică că factorii psiho-sociali, pe lângă cei medicali, își au contribuția lor la decesul nou-născutului, iar convorbirea cu părintele copilului decedat relevă momente ce nu sunt descrise în documentația medicală. Prin interviul mamelor am identificat că 10,4% din ele au fost abuzate fizic și psihoemoțional.
6. Problema științifică soluționată în studiu este cea prin care a reușit să elucideze situația reală privind asistența medicală oferită mamei și nou-născutului la termen și decedat în perioada neonatală precoce și să puncteze argumentat factorii de risc socio-demografici și cei medicali care se regăsesc la originea cauzală a decesului, rezultatele obținute servind drept suport pentru elaborarea unor măsuri și sugestii valide de ameliorare a sănătății mamei și copilului pe segmentul îngrijirilor perinatale.

RECOMANDĂRI GENERALE

1. Aplicarea rezultatelor studiului în practica obstetricală și neonatală curentă va crește calitatea serviciilor medicale acordate femeilor gravide, parturientelor și nou-născuților; va fortifica capacitățile cadrelor medicale în analiza deceselor folosind noile abordări.
2. Datele obținute în cadrul cercetării servesc ca suport pentru identificarea categoriilor de risc al femeilor gravide pentru decesul neonatal precoce la termen.
3. Discuția cu mama sau un alt membru al familiei care a suferit o pierdere prin intermediul autopsiei verbale poate oferi o informație valoroasă și unică, deoarece reflectă opinia pacientului despre calitatea îngrijirilor prestate de către lucrătorii medicali și poate identifica greșelile legate de volumul și calitatea îngrijirilor, apreciind astfel satisfacția femeii/familiei de îngrijirile oferite.

Pentru Ministerul Sănătății:

1. Valorificarea practică a Anchetei Confidențiale ca pe o nouă modalitate de abordare a cazurilor de deces neonatal ce asigură un mediu confidențial, depersonalizat, participativ, bazat pe dovezi științifice de discuție și care nu caută vinovatul, dar analizează tranșant factorii ce duc la decesele copiilor și relevă premisele cu cel mai înalt potențial de reducere a mortalității neonatale la copiii născuți la termen.
2. Metodologia și instrumentele elaborate în cadrul AC pot fi utilizate în calitate de criteriu obiectiv într-un studiu calitativ de pentru aprecierea eficacității utilizării resurselor oferite instituțiilor medicale pentru asistența mamei și copilului. Implementarea ei la scară națională ar servi drept instrument de evaluare a plenitudinii de respectare a standardelor, protocoalelor și ghidurilor medicale și manageriale.
3. Rezultatele studiului pot servi drept suport la elaborarea și revederea ghidurilor și protocoalelor obstetricale și de neonatologie, printre cele deja revăzute sub acest aspect se numără: prezentația pelviană, prolabarea de cordon, aspirația de meconiu, polictemia la nou-născut, fetopatia diabetică la nou-născut.

Pentru domeniul de instruire, cercetare și evaluare:

1. Revederea deprinderilor practice ale specialiștilor în conformitate cu datele cercetării și în primul rând: depistarea antenatală a retardului de dezvoltare intrauterină, monitorizarea nașterii intrapartum, resuscitarea neonatală ș.a.

Pentru specialiști din alte domenii:

1. Extinderea cercetării prin aplicarea instrumentelor utilizate în cadrul studiului și în alte domenii mediciniste, de exemplu în pediatrie, pentru analiza deceselor copiilor în primul an de viață, după perioada neonatală, la fel și pentru nou-născuții din alte categorii de greutate, cum sunt copiii prematuri sau copiii din mame cu diferite patologii somatice etc.

Bibliografie.

1. Carauș T. Primele rezultate a implementării auditului deceselor neonatale precoce în Republica Moldova. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2007, Nr. 1, p. 23-26.
2. Carauș T. Evoluția practicilor serviciilor medicale perinatale în cadrul implementării anchetei confidentiale de analiză a cazurilor de deces neonatal precoce. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2008, Nr. 2, p. 16-23.
3. Stratulat P., Paladi Gh., Gațcan Ș. ș.a. Prematuritatea: aspecte obstetricale și neonatale. Chișinău, 2013, 454 p.
4. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Dinamica implementării tehnologiilor asistenței perinatale în republică în perioada 1998-2008. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2009, Nr. 2, p. 8-28.
5. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Fenomene inexplicabile ale sănătății perinatale în Republica Moldova: constatări și căi de ameliorare. În: Buletinul Academiei de Științe. Chișinău, 2007, Nr. 2(11), p. 24-34.
6. Stratulat P., Curteanu A., Carauș T. Aspectele obstetricale ale decesului perinatal. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2009, Nr. 3, p. 95-100.
7. Stratulat P., Ețco L., Roșca P. și al. Ghid A Național de Perinatologie, Chișinău, 2001. 93 p.
8. Баранов А., Албицкий В. Смертность детского населения России, 2006 г., 280 с.
9. Башмакова Н. и др. Перинатальный аудит. Современная методология. Методические рекомендации, Москва, 2014, 60 с.
10. Могилевкина И. и др. Перинатальный аудит в Донецком регионе, 1997-1998 гг. В: Медико-социальные проблемы семьи, 1999, №4, с. 8-13.
11. Anderson N. et al. Maternal and pathological pregnancy characteristics in customized birthweight centiles and identification of at-risk small-gestational-age infants: a retrospective cohort study. In: BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, 2012, vol. 119, p. 848-856.
12. Bang A. et al. Home-Based Neonatal Care: Summary and Applications of the Field Trial in Rural Gadchiroli, India (1993 to 2003). In: Journal of Perinatology 2005; vol. 25, p.108-122.
13. Bergström S. Quality and Audit of Maternity Care. In: Maternity Care in Developing Countries. London: RCOG Press, 2001, p. 37-45.
14. Bernstein I. et al. Case for hybrid “fetal growth curves”: a population-based estimation of normal fetal size across gestational age. In: Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 1996, vol. 5, p. 124-127.
15. Countdown to 2015 for maternal, newborn, and child survival: the 2008 report on tracking coverage of interventions. In: The Lancet, 2008, vol.361, nr. 9620, p. 1247-1258.

16. Gould J., et al. Neonatal mortality in weekend vs weekday births. In: JAMA, 2003, vol 289, p. 2958-1962.
17. Jansone M., Lazdane G. Perinatal problems and quality assurance in Latvia - a country in economic transition. In: Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 1997, vol.164, p. 31-33.
18. Johansen K., Hod M. Quality development in perinatal care - the OBSQID project. Obstetrical Quality Indicators and Data. In: International Journal of Gynecology & Obstetrics, 1999, vol. 64, issue 2, p. 167-172.
19. Keeling J. et al. Fetal and neonatal pathology. Springer, 4nd Edition, 2007, 877 p.
20. Lawn J. et al. 4 Million neonatal deaths: When? Where? Why? In: The Lancet Neonatal Survival Series, 2005, vol. 365, Nr. 9462, p. 891-900.
21. Lawn J. et al. Estimation of daily risk of neonatal death, including the day of birth, in 186 countries in 2013: a vital-registration and modelling-based study. In: The Lancet Global Health, November 2014, vol.2, Nr. 11, p. 635–44.
22. Making every baby count: audit and review of stillbirths and neonatal deaths. World Health Organization, Geneva, 2016, 136 p.
23. Neal S., Falkingham J. Neonatal death and national income in developing Countries: will economic growth reduce deaths in first month of life? In: International Journal of Population Research, 2014, vol.41, <http://dx.doi.org/10.1155/2014/989485>.
24. Pasupathy D. et al. Time of birth and risk of neonatal death at term: retrospective cohort study. In: British Medical Journal, 2010, vol. 341, p. 3498-3502.
25. Richardus J.H. et al. The perinatal mortality rate as an indicator of quality of care in international comparisons. In: Med. Care, 1998, vol. 36, issue 1. p. 54-56.
26. Sanne J. Gordijn et al. A multilayered approach for the analysis of perinatal mortality using different classification systems. In: European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology, June 2009, vol. 144, issue 2, p. 99-104.
27. The World Health Report 2005: Make every mother and child count. Geneva, World Health Organization, 2005, 243 p.
28. World Health Organization. Health in 2015: from MDGs, Millennium Development Goals to SDGs, Sustainable Development Goals. Geneva, 2015. 216 p.
29. World Health Organization. The Global Burden of Disease: 2004 update. Geneva, 2008, 160 p.
30. 8th Annual Report. CESDI - Confidential Enquiry into Stillbirths and Deaths in Infancy. London: Maternal and Child Health Research Consortium, 2001. 127 p.

Lista lucrărilor științifice publicate la tema tezei

Lista lucrărilor în reviste internaționale cotate ISI și SCOPUS

1. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Neonatal survival in the Republic of Moldova – cost-effective evidence-based interventions. În: The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, Vol.28 (15), 2015 p. 1809-1814.
2. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** The experience of the implementation of perinatal audit in Moldova. In. BJOG, Volume 121, Issue Supplement s4, p. 167–171.
3. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Improving quality of perinatal care through Confidential Enquiries in Moldova. In: Entre Nous. The European Magazine for Sexual and Reproductive Health. Statistics and stories: Improving the Quality of Maternal and Neonatal Health in Europe. No. 70-2010, p. 10-11.

Lista articolelor apărute în reviste de specialitate din țară: categoria B

1. **Carauș T.** Evoluția practicelor serviciilor medicale perinatale în cadrul implementării anchetei confidențiale de analiză a cazurilor de deces neonatal precoce. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2008, Nr. 2, p. 16-23.
2. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Aspectele obstetricale ale decesului perinatal. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2009, Nr. 3, p. 95-100.
3. Stratulat P., **Carauș T.**, Curteanu A. Autopsia verbală a părintelui copilului decedat – unul din instrumentele în petrecerea Auditului Confidențial al mortalității perinatale. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2010, Nr. 1, p. 36-39.
4. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Dovezi științifice existente și practicile de resuscitare neonatală în R. Moldova. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2012, Nr. 2, p. 57-63.
5. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Conduita obstetricală și neonatală în asfisia perinatală: datele evaluării necesităților pentru sănătatea mamei și nou-născutului R. Moldova. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2012, Nr. 2, p. 64-71.
6. Stratulat P., Curteanu A., **Carauș T.** Decesul neonatal precoce – factori de risc și cauze, datele anchetei confidențiale. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2013, Nr. 2-3, p. 71-79.

Categoria C

1. Stratulat P., Curteanu A., Hodorogea S. **Carauș T.** Implementarea anchetei confidențiale de analiză a cazurilor de deces perinatal la nivel național. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2006, Nr. 3, p. 23-29.
2. **Carauș T.** Primele rezultate a implementării auditului deceselor neonatale precoce în Republica Moldova. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2007, Nr. 1, p. 23-26.

3. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** Evoluția practicilor serviciilor medicale perinatale în instituțiile pilot în cadrul implementării Anchetei Confidențiale de analiză a cazurilor de deces perinatal. În: Buletin de Perinatologie. Chișinău, 2007, Nr. 2, p. 3-10.
4. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** Fenomene inexplicabile ale sănătății perinatale în Republica Moldova: constatări și căi de ameliorare. În: Buletin Academiei de Științe. Chișinău, 2007, Nr. 2(11), p. 24-34.

Lista lucrărilor științifice publicate în culegeri:

1. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** Первые результаты внедрения Аудита ранней неонатальной смертности в Республике Молдова. În: Материалы научно-практической конференции «Физиология и патология новорожденных», Киев, Украина, 2007. p 147-157.
2. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** Первые результаты внедрения Аудита ранней неонатальной смертности в Республике Молдова. În: Материалы научно-практической конференции «Физиология и патология новорожденных», Киев, Украина, 2007. p 147-157.
3. Stratulat P., **Carauş T.**, Curteanu A. Evoluția practicilor medicale din maternitate în cadrul implementării Anchetei Confidențiale a decesului neonatal precoce. În: Materialele Conferinței internaționale „Zilele neonatologiei Moldave. Gura Humorului 2009” Iași, România, 2009.
4. **Carauş T.**, Curteanu A. Определение факторов риска и научное обоснование нового подхода к анализу случаев смерти доношенных новорожденных. În: Материалы 8-го конгресса педиатров стран СНГ «Ребенок и общество: проблемы здоровья, развития и питания», 2016, с. 33-34. www.fpcis.org

Materiale/teze la forurile științifice

1. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** Reducing perinatal mortality through the implementation of Confidential Enquiry of perinatal death in Moldova. În: International Journal of Gynecology&Obstetrics Vol. 119 Supplement 3, 2012, Pages S608-S609
2. Stratulat P., Curteanu A., **Carauş T.** The impact of IUGR on early neonatal deaths within the implementation of Confidential Enquiry of perinatal deaths. În: First international conference on fetal growth, Birmingham, UK. P 113. 2012

Brevete de invenții, patente, certificate de înregistrare, materiale la saloanele de invenții

1. Nr. 347 din 31.10.2008. Ancheta de autopsie verbală a părintelui care a suferit o pierdere perinatală.
2. Nr. 346 din 31.10.2008. Ancheta Confidențială de analiză a cazului de deces perinatal la fătul/nou-născutul la termen (≥ 37 săptămâni) și greutatea la naștere ≥ 2500 g; Standardele pentru analiza cazului de deces perinatal.

ADNOTARE

Carauș Tatiana

**„Determinarea factorilor de risc și argumentarea științifică a unei noi abordări de analiză a deceselor nou-născuților la termen”,
Teză de doctor în științe medicale, Chișinău, 2017**

Structura tezei: Lucrarea se compartimentează în: introducere, patru capitole de cercetări proprii, concluzii și recomandări practice, indice bibliografic ce include 183 de surse literare, 7 anexe, 39 figuri, 38 de tabele. Materialul a fost expus pe 115 pagini de text de bază, Rezultatele de esență au fost relatate în 19 publicații științifice.

Cuvinte-cheie: mortalitate infantilă, mortalitate perinatală, mortalitate neonatală precoce, factori de risc perinatal, audit, anchetă confidențială, standard, autopsie verbală.

Domeniul de studiu: Medicină.

Scopul studiului: Identificarea factorilor de risc și a cauzelor de deces, aprecierea volumului și calității îngrijirilor medicale acordate nou-născuților la termen pentru optimizarea și argumentarea științifică a unei noi abordări de analiză a deceselor neonatale.

Obiectivele cercetării: Aprecierea factorilor de risc medico-biologici, sociali și asociați cu îngrijirile medicale în survenirea deceselor neonatale precoce la copiii născuți la termen. Evaluarea particularităților clinice, paraclinice și morfopatologice ale nou-născuților decedați și supraviețuitori în prima săptămână de viață. Compararea volumului și calității îngrijirilor medicale oferite mamelor și nou-născuților la termen decedați, cu îngrijirile nou-născuților care au supraviețuit, operând prin metodologia de anchetă confidențială pentru identificarea condițiilor de îmbunătățire a asistenței medicale. Evaluarea atitudinii mamelor/familiilor referitor la calitatea și volumul îngrijirilor medicale acordate.

Noutatea și originalitatea științifică: A fost argumentată științific o nouă abordare de analiză a deceselor în perioada neonatală precoce printre copiii născuți la termen cu evidențierea cauzelor și circumstanțelor principale care au contribuit la deces, prin care s-a reușit a sistematiza impactul efectiv al diferitor categorii de factori.

Problema științifică importantă soluționată constă în estimarea și argumentarea impactului diferitor factori de risc și a cauzelor de deces în grupul copiilor la termen cu greutate normală la naștere. A fost elaborat și implementat sistemul de apreciere a volumului și calității îngrijirilor medicale acordate nou-născuților la termen. În condițiile ratei înalte de deces la nou-născuții la termen au fost dezvoltate principiile de desfășurare a auditului confidențial la nivel național.

Semnificația teoretică. În premieră pentru spațiul nostru a fost estimat rolul diferitor categorii de factori de risc pentru decesul nou-născutului în funcție de perioadele de expunere la aceste adversități. A fost propusă o nouă clasificare a cauzelor de deces neonatal precoce. Lucrarea a argumentat necesitatea de a obiectiviza rezultatele interviului mamei/familiei, care este prezentat în formula unui nou instrument de autopsie verbală.

Valoarea aplicativă a lucrării. Studiul estimativ privind volumul și calitatea asistenței medicale acordate mamelor și nou-născuților la termen a finalizat cu elaborarea unui bloc concis de recomandări practice pentru specialiștii din sectorul de asistență medicală primară și din maternitățile Republicii Moldova.

Implementarea rezultatelor. Rezultatele studiului au fost testate și implementate prin recomandări și propuneri ce vizează activitatea unităților obstetricale și neonatale din maternitățile de nivel I și a Centrelor Perinatologice de nivelele II și III.

РЕЗЮМЕ

Карауш Татьяна

«Определение факторов риска и научное обоснование нового подхода к анализу случаев смерти доношенных новорожденных», Диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук, Кишинёв, 2017

Структура диссертации: введение, 4 главы, выводы и практические рекомендации, 183 источника литературы, 7 приложений, 115 основного текста, 39 рисунка и 38 таблиц. Полученные результаты исследований опубликованы в 19-ти научных работах.

Ключевые слова: младенческая смертность, перинатальная смертность, ранняя неонатальная смертность, перинатальные факторы риска, аудит, конфиденциальная анкета, стандарт, вербальная аутопсия.

Область исследования: Медицина.

Цель исследования: Оценка факторов риска и причин смертности, объема и качества медицинского ухода за доношенными новорожденными посредством научной оптимизации и научного обоснования нового подхода в анализе неонатальных смертностей.

Задачи исследования: Оценка медико-биологических, социальных факторов риска, а также рисков, связанных с медицинским уходом во время возникновения случаев ранней неонатальной смертности. Оценка клинических, лабораторных и морфопатологических особенностей умерших и оставшихся в живых новорожденных. Сравнение объема и качества медицинской помощи, оказываемой матерям и умершим доношенным новорожденным с медицинским уходом, оказываемым их выжившим сверстникам посредством адаптации методологии конфиденциального анализа для выявления сфер медицинского ухода, нуждающихся в улучшении. Оценка восприятия матерей/семей качества и объема предоставляемого медицинского ухода.

Научная новизна и оригинальность: Было научно аргументирован новый подход к анализу случаев смерти доношенных новорожденных в неонатальном периоде с выделением причин и обстоятельств, которые способствовали смерти, что позволило систематизировать действия различных категорий факторов.

Решенная важная **научная проблема** заключается в оценке и аргументации влияния различных факторов риска и причин смерти в группе доношенных детей с нормальным весом при рождении. Была разработана и внедрена система оценки объема и качества медицинского ухода за доношенными новорожденными. В условиях высокой смертности доношенных новорожденных были разработаны принципы проведения конфиденциального аудита в национальном масштабе.

Теоретическая значимость работы: Впервые для нашей страны была оценена роль различных категорий факторов риска смерти новорожденных в зависимости от периодов воздействия этих неблагоприятных факторов. Была предложена новая классификацию причин ранней неонатальной смерти. В работе была аргументирована необходимость объективизировать результаты интервьюирования матери/семьи, посредством вербальной аутопсии.

Прикладное значение работы: Были оценены объем и качество медицинского ухода за матерями и доношенными новорожденными с последующей разработкой практических рекомендаций для специалистов в области первичной медико-санитарной помощи и специалистам из родильных домов республики.

Внедрение результатов: Результаты исследования были протестированы и внедрены посредством рекомендаций и предложений, разработанных в ходе деятельности отделений акушерства и гинекологии и отделений для новорожденных в рамках родильных домов 1-ого уровня, а также в рамках перинатальных центров 2-ого и 3-его уровней.

SUMMARY
Caraus Tatiana

**“Determining risk factors and scientific argumentation of a new approach of
analyzing deaths of term newborns”,**

Thesis of medical doctor, Chisinau, 2017

Thesis structure: introduction, four chapters, conclusions and practical recommendations, 183 bibliography sources, 7 annexes, 115 pages of basic text, 39 figures and 38 tables. The obtained results of this thesis are published in 19 scientific articles.

Key words: infant mortality, perinatal mortality, early neonatal mortality, perinatal risk factors, perinatal audit, confidential inquiry, standard, verbal autopsy.

Domain of the study: Medicine.

Aim of the study: Assessment of risk factors and death causes, volume and quality of health care provided to term newborns by scientific optimization and argumentation of the neonatal deaths analysis approach.

Objectives of the study: Assessment of medico-biological and social risk factors, as well as those associated with health care when early neonatal deaths occur. Evaluation of clinical, laboratory and morphopathological particularities of deceased newborn and those survived in the first week of life. Comparison of the volume and quality of health care provided to mothers and deceased term newborns with their survived peers by adopting confidential inquiry methodology to identify healthcare areas for improvement. Evaluation of mothers/families perception versus the quality and volume of health care provided.

Scientific novelty and originality: There was scientifically substantiated a new approach of analyzing deaths in term babies during the early neonatal period, highlighting the main causes and circumstances that contributed to death, which allowed to systematize actions of different categories of factors.

The solved important scientific problem consists in estimating and substantiating the impact of various risk factors and causes of death in the group of normal birth weight term infants. The system of assessing the volume and quality of medical care provided to term newborns has been developed and implemented. Given the high rate of death in term newborns, the principles of confidential audit have been developed nationwide.

Theoretical significance. The role of various categories of risk factors for the death of newborns by periods of exposure to these adversities has been assessed for the first time for our space. A new classification of causes of early neonatal death has been proposed. The paper has substantiated the need to objectify the results of mother/family interview, which is presented in the formulation of a new verbal autopsy instrument.

Applicative value of the paper: The volume and quality of health care provided to mothers and term newborns have been assessed with the elaboration of practical recommendations for professionals in the primary health care and from republic maternities.

Implementation of results: The study results have been tested and implemented via recommendations and proposals elaborated within the activity of obstetrical and neonatal units from level I maternities, as well as from level II and III Perinatal Centers.

LISTA ABREVIERILOR

AC	-	Anchetă Confidențială
BCF	-	bătăile cordului fetal
EHI	-	encefalopatie hipoxi-ischemică
HPP	-	hipertensiune pulmonară
IMSP IMC	-	Instituția Medico-Sanitară Publică Institutul Mamei și Copilului
MF	-	medic de familie
OG	-	obstetrician ginecolog
OMS	-	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	-	Organizația Națiunilor Unite
RCIU	-	restricție de creștere intrauterină
RM	-	Republica Moldova
RPPA	-	ruperea prematură a pungii aniotice
UNICEF	-	Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

Carauş Tatiana

**DETERMINAREA FACTORILOR DE RISC ŞI ARGUMENTAREA
ŞTIINŢIFICĂ A UNEI NOI ABORDĂRI DE ANALIZĂ A DECESELOR
NOU-NĂSCUŢILOR LA TERMEN**

322.01- NEONATOLOGIE ŞI PEDIATRIE

Autoreferatul tezei de doctor în medicină

Aprobat spre tipar:

Formatul hîrtiei 60×84 1/16

Hîrtie offset. Tipar offset

Tiraj 60 ex.

Colii de tipar.: 1,8

Comanda nr.

Adresa şi denumirea institutului unde a fost tipărit

