

Concluzii

1. Malformațiile congenitale vasculare la copii au o incidență sporită și sunt în continuă creștere.

2. Cu toate că unele malformații vasculare pot fi supravegheate fără tratament, majoritatea vor beneficia de tratament medical conservator sau chirurgical, indicat de medicul chirurg-pediatru.

3. Este important ca medicul de familie să cunoască progresele în managementul de diagnostic, diagnostic diferențial și tratament al malformațiilor vasculare, deoarece metodele terapeutice și indicațiile de utilizare sunt în continuă studiere și evoluție.

4. Pacienții cu malformații congenitale vasculare cu creștere progresivă, cu localizare difuză, asociere cu alte patologii, cu dezvoltarea complicațiilor trebuie să fie direcționați în centrul multidisciplinar la specialistul de profil.

5. Putem conchide că managementul terapeutic în cazul hemangioamelor poate fi realizat prin: formule steroidiene topice, injectare intratumorală, administrare de betablocante, intervenție chirurgicală.

6. În etapele de tratament se suspendă vaccinarea profilactică, deoarece este demonstrat faptul că se stimulează progresarea și recidivarea hemangiomului.

Bibliografie

1. Bauland C.G., et al. *Similar risk for hemangiomas after amniocentesis and transabdominal chorionic villus sampling*. In: J. Obstet. Gynecol. Res., 2012, nr. 38(2), p. 371–375.
2. Colonna V., et al. *Placental hypoxia and neonatal haemangioma: clinical and histological observations*. In: Br. J. Dermatol., 2010, nr. 162(1), p. 208–209.
3. Dasgupta R. *ISSVA classification*. In: Semin. Pediatr. Surg., 2014, Aug., nr. 23(4), p. 158–161.
4. Greenberger S., et al. *Targeting NF- κ B in infantile hemangioma-derived stem cells reduces VEGF-A expression*. In: Angiogenesis, 2010, nr. 13(4), p. 327–335.
5. Grimmer J.F., et al. *Familial clustering of hemangiomas*. In: Arch. Otolaryngol. Head. Neck. Surg., 2011, nr. 137(8), p. 757–760.
6. Hoorweg M.J., et al. *The prevalence and risk factors of infantile haemangiomas: a case-control study in the Dutch population*. In: Paediatr. Perinat. Epidemiol., 2012, nr. 26(2), p. 156–162.
7. Lavrentieva A., et al. *Effects of hypoxic culture conditions on umbilical cord-derived human mesenchymal stem cells*. In: Cell. Commun. Signal., 2010, nr. 8, p. 1.
8. Yu Y., et al. *Mesenchymal stem cells and adipogenesis in hemangioma involution*. In: Stem Cells, 2006, nr. 24(6), p. 1605–1612.
9. Wassef M.I. et al. *Vascular Anomalies Classification: Recommendations From the International Society for the Study of Vascular Anomalies*. In: Pediatrics, 2015, Jul., nr. 136(1), p. 203–214.

MANAGEMENTUL MULTIDISCIPLINAR AL COPIILOR CU DEFORMAȚII CRANIENE

Silvia RAILEAN¹, Gheorghe RAILEAN²,
Anatol CRIHAN³,

¹IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

Nicolae Testemițanu,

²IP Institutul Mamei și Copilului,

³IP Spitalul Clinic Municipal de Copii Valentin Ignatenco

Introducere

Craniostenozele sunt deformații craniene ce se caracterizează prin fuziunea prematură a uneia sau a mai multe suturi craniene. Se consideră o malformație congenitală relativ răspândită în toată lumea și afectează copiii cu aproximație de 1 la 2000 nou-născuți [1]. În cele mai dese cazuri este afectată doar o singură sutură a craniului din cele șase și este numită craniostenoză "izolată". Ca urmare a fuziunii premature a suturilor craniene, copiii se prezintă cu diferite anomalii de relief anatomic al craniului, cauzate de restricții de creștere în unul dintre cele trei planuri și cu creștere compensatorie în altele (sagital, orizontal și vertical).

Malformația poate afecta orice sutură craniană, dar cel mai frecvent este constatată sutura sagitală. Fuziunea timpurie a suturii sagitale se prezintă clinic prin alungirea craniului în plan sagital și îngustarea în plan orizontal (scafocefalie). Cu craniostenozele se pot asocia 130 de sindroame. Cele mai frecvente se consideră sindroamele: Crouzon, Pfeiffer (câte 1 la 60.000 nou-născuți vii), Muenke (1 la 140.000 nou-născuți vii), Apert (1 la 160.000 nou-născuți vii).

Semnele clinice ale craniostenozelor izolate, multiple sau sindromale se pot manifesta prin deformația craniului, hipoplazia maxilarului, deficiențe în dezvoltarea copilului, presiune intracraniană mărită, atrofia nervului optic etc. [2–7].

Plagiocefalia pozițională sau sindromul capului turtit este o deformație a craniului în care porțiunea din spate sau cea laterală a craniului este turtită, fiind cauzată de presiunea externă asupra oaselor înainte sau după nașterea copilului. Discuțiile controversate cu privire la managementul copiilor cu sindromul capului turtit au apărut acum 20 de ani, când părinții au fost sfătuiți să folosească pentru dormit poziția pe spate a copilului, pentru a reduce sindromul morții subite. Lansarea campaniei de către Academia Americană de Pediatrie "back to sleep" a fost cauzată de o cercetare medicală care a demonstrat o corelație între poziția în care doarme copilul cu sindromul

morții subite a sugarilor (SMSS). De atunci, incidența cazurilor se SMSS a scăzut în jumătate, însă a crescut incidența plagiocefaliilor poziționale [8,9,10].

Potrivit datelor obținute din Registrul Defectelor de Naștere din Texas, numărul de cazuri cu plagiocefalie pozițională a crescut în medie cu 21%. Cercetările din Texas au constatat că incidența lor nu are legătură cu vârsta mamei, rasa, etnia sau sexul copilului. Odată cu scăderea SMSS s-a observat o creștere a incidenței sindromului capului turtit. Mulți autori consideră că această creștere se datorează eficienței medicilor de a identifica mai multe cazuri decât în trecut. Sindromul capului turtit se prezintă clinic cu deformații de craniu, presiune intracraniană mărită, modificări în dezvoltarea cognitivă a copilului, defecte cosmetologice ale feței [10,12–16].

Complexitatea modificărilor structurale și funcționale ale pacienților cu deformații craniene cere un management multidisciplinar în asistența medicală. Asociația Americană de Despicături de Palat și Craniofacială a propus crearea echipelor multidisciplinare în *Parametrii de Evaluare și Tratatament al Pacienților cu Despicătură de Buză/Palat sau alte Anomalii Craniofaciale* [17]. Pentru managementul interdisciplinar al craniostenozelor au fost incluși specialiști din următoarele domenii: anesteziologie, chirurgie craniofacială, genetică, terapie intensivă, oftalmologie, otolaringologie, pediatrie, psihologie, radiologie, logopedie, neurochirurgie, neurologie.

La 4 martie 2010, Conferința *Craniostenozele: parametrii de diagnostic, tratament și management* a avut scopul de a crea parametrii de îngrijire a pacienților cu craniostenoze. Descrierea detaliată a procedurilor și a documentului în întregime a fost publicată în *Cleft Palate-Craniofacial Journal* [18]. Datorită complexității regiunii oromaxilofaciale, copiii cu deformații craniene prezintă anomalii atât dentoalveolare, cât și dentomaxilare. În anul 2009 a fost elaborat un program de sănătate orală multilateral, multidisciplinar și de evidență îndelungată a copiilor cu craniostenoze [17, 18]. În literatura de specialitate nu am găsit surse în care ar fi redate concret modificările dentoalveolare la copiii cu deformații craniene, inclusiv craniostenoze, plagiocefalii de poziție sau alte deformații.

Scopul cercetării efectuate a fost de a examina problemele maxilofaciale la copiii cu deformații craniene și a elabora un program de tratament timpuriu privind profilaxia lor.

Material și metode

Studiul descriptiv a fost efectuat pe un eșantion de 3923 copii de vârstă școlară din instituții cu diferit nivel de învățământ, și anume: copii din școli cu

dizabilități neurologice severe (12%), copii din școli cu necesități speciale de învățământ (54,76%) și din școli preuniversitare (34,15%). În scop de reabilitare a copiilor cu deformații craniene s-au propus variante de tratament chirurgical și terapeutic al deformațiilor craniene în perioada timpurie de dezvoltare.

Rezultate obținute

În procesul studiului s-a constatat că deformații craniene la copiii din școli cu dizabilități neurologice severe au fost găsite în 44,18% cazuri, la cei din școlile cu necesități speciale de învățământ – în 17,71% cazuri, iar la copiii din școlile preuniversitare aceste deformații ale craniului s-a constatat în doar 4,76% cazuri. La 0,52% din elevii din școlile preuniversitare examinați (4,76%) au fost depistate deformații craniene de tip craniostenoze, la 4,16% – deformații craniene de tip plagiocefalii de poziție, iar la 0,07% – alte deformații. Copiii din școlile cu necesități speciale de învățământ (17,71%): 1,16% cu deformații de tip craniostenoze, 15,30% cu deformații de tip plagiocefalii de poziție și 1,25% copii cu alte deformații craniene. Copiii din școlile cu dizabilități neurologice severe (44,18%): 1,90% cu deformații craniene de tip craniostenoze, 23,52% cu deformații de tip plagiocefalii de poziție și 18,76% cu alte deformații ale craniului.

În studiul efectuat s-a constatat că incidența deformațiilor dentoalveolare în cele trei planuri (sagital, vertical, orizontal) a fost de două ori mai mare în comparație cu copiii fără deformații craniene. Protruzia maxilarului în plan sagital la copiii cu anomalii dentoalveolare a fost găsită în $23,6 \pm 1,52$ cazuri, iar fără – $14,1 \pm 0,89$; a mandibulei – $7,2 \pm 0,92$ și $2,2 \pm 0,83$ cazuri ($P < 0,001$). În plan vertical, deformații de tip ocluzie deschisă au fost constatate la copiii cu deformații craniene în $25,1 \pm 1,55$ cazuri, iar fără – $16,1 \pm 0,94$; ocluzia adâncă – $15,1 \pm 1,28$ cazuri cu și $10,2 \pm 0,77$ fără deformații craniene ($P < 0,0001$).

Copiii cu craniostenoze sindromale sau nesindromale, cu plagiocefalii de poziție necesită profilaxia deformațiilor în perioada timpurie de dezvoltare a copilului. Profilaxia se va începe cu modificări de relief ale craniului pe cale chirurgicală și terapeutică. Au fost luați în evidență 64 de copii cu deformații poziționale ale craniului. Cei cu vârsta între 3 și 10 luni au primit o cască specială cu efect pasiv pentru tratament conservativ. Dintre cei 64 de pacienți, am observat o ameliorare completă la 15 copii care au purtat căștile. Alți 5 copii nu au dorit să se prezinte la controlul repetat, iar 44 au purtat casca neregulată, din motivul că aveau stări de neliniște. Conform datelor prezentate de părinți, ei au observat doar o ușoară ameliorare în recuperarea deformațiilor craniene de tip plagiocefalie pozițională.

În evidența noastră s-au aflat 24 de copii cu craniostenoză nesindromale și 1 cu craniostenoză sindromală. Ei au fost luați în evidență în perioadele de vârstă de la 3 la 12 luni. Remodelarea reliefului cranian pe cale chirurgicală, cu plastia craniului efectuată prin avansarea osului frontal și remodelarea arcului orbital pe marginea superioară a orbitei, a fost efectuată în echipă cu neurochirurgi.

Discuții

Deformațiile craniene sunt abordate pe larg în literatura de specialitate. Aspectele sunt foarte variate. Problema impactului deformațiilor craniene asupra dezvoltării copilului este cercetată cel mai des. Se afirmă cu siguranță că craniostenozele sindromale afectează dezvoltarea neurologică, cognitivă, cosmetică, dentară, însă nu este clar cum acționează relieful craniului în craniostenozele nesindromale și plagiocefaliile poziționale. Unii autori consideră aceste deformații doar de natură cosmetică, pe când alții, prin compararea copiilor cu deformații cu cei fără deformații, demonstrează o diferență în dezvoltarea copilului. Mulți cercetători însă se referă la studiile ce cuprind doar copiii de vârstă mică. Sunt puține studii cu privire la dezvoltarea copiilor mai mari care prezintă deformații craniene. Întrebarea privind starea acestor copii în perioada de adolescență rămâne fără răspuns.

Tot mai frecvent apar dovezi privind riscul de dezvoltare a unor patologii la copiii cu craniostenoză nesindromale și plagiocefalii de poziție. Iar Asociația Americană pentru Despicături de Palat și Craniofacială a elaborat un Program de diagnostic, tratament și evidență în dinamică pentru abordarea multidisciplinară a acestor pacienți. Studiul nostru prezintă un aspect al acestei probleme. Prin examinarea copiilor cu deformații craniene am constatat că ele sunt concentrate în școlile cu abilități speciale și cu necesități speciale de învățământ. În prezentul studiu am constatat incidența mare a plagiocefaliilor poziționale, mai puțin a craniostenozelor nesindromale și sindromale etc. Deformațiile dentoalveolare sunt mai frecvente la copiii cu deformații craniene.

Concluzii

Deformații craniene s-au constatat la 16% din copiii mai mari. Modificările dentoalveolare sunt de două ori mai frecvente la copiii cu deformații craniene în comparație cu cei fără asemenea deformații. Recuperarea timpurie a deformațiilor craniene la copiii mici este o indicație absolută.

Bibliografie

- Mustafa D., Lucas V.S., Junod P. et al. *The dental health and caries-related micro flora in children with craniosynostosis*. In: Cleft Palate Craniofac. J., 2001, nr. 38, p. 629-635.
- Shim K.W., Park E.K., Kim J.S., et al. *Neurodevelopmental Problems in Non-Syndromic Craniosynostosis*. In: J. Korean Neurosurg. Soc., 2016, May, nr. 59(3), p. 242-246.
- Newman S.A. *Ophthalmic features of craniosynostosis*. In: Neurosurgery Clinics of North America, 1 Jul 1991, nr. 2(3), p. 587-610.
- Becker Devra B., Petersen Jason D., Kane Alex A. et al. *Speech, Cognitive, and Behavioral Outcomes in Non-syndromic craniosynostosis*. In: Plastic and Reconstructive Surgery, August 2005, vol. 116, issue 2, p. 400-407.
- Horbelt C.V. *Physical and oral characteristics of Crouzon syndrome, Apert syndrome, and Pierre Robin sequence*. In: Gen. Dent., 2008, nr. 56, p. 132-134.
- Nurko C., Quinones R. *Dental and orthodontic management of patients with Apert and Crouzon syndromes*. In: Oral Maxillofacial Surg. Clin. North Am., 2004, nr. 16, p. 541-553.
- Kyu-Won Shim, Eun-Kyung Park, Ju-Seong Kim, et al. *Neurodevelopmental Problems in Non-Syndromic Craniosynostosis*. In: J. Korean Neurosurg. Soc., 2016, May, nr. 59(3), p. 242-246.
- Argenta L.C., Davis L.R., Wilson J.A., Bell W.O. *An increase in infant cranial deformity with supine sleeping position*. In: J. Craniofacial Surg., 1996, nr. 7, p. 5-11. doi: 10.1097/00001665-199601000-00005.
- American Academy of Pediatrics. *Task Force on Sudden Infant Death Syndrome. SIDS and other sleep-related infant deaths: expansion of recommendations for a safe infant sleeping environment*. In: Pediatrics, 2011, nr. 128. doi: 10.1542/peds.2011-2285.
- American Academy of Pediatrics. *Task Force on Positioning and SIDS*. In: Pediatrics, 1992, nr. 89, p. 1120-1126.
- Roby B.B., Finkelstein M., Tibesar R.J., Sidman J.D. *Prevalence of positional plagiocephaly in teens born after the "back to sleep" campaign*. In: Otolaryngol. Head Neck Surg., 2012, nr. 146(5), p. 823-828. doi: 10.1177/0194599811434261.
- Knight S.J., Anderson V.A., Meara J.G., Da Costa A.C. *Early neurodevelopment in infants with deformational plagiocephaly*. In: J. Craniofacial Surg., 2013, nr. 24(4), p. 1225-1228. doi: 10.1097/SCS.0b013e318299777e.
- Fowler E.A., Becker D.B., Pilgram T.K., et al. *Neurologic findings in infants with deformational plagiocephaly*. In: J. Child Neurol., 2008, Jul, nr. 23(7), p. 742-747. doi: 10.1177/0883073808314362. Epub 2008 Mar.
- Collett B.R., Gray K.E., Starr J.R., et al. *Development at age 36 months in children with deformational plagiocephaly*. In: Pediatrics, 2013, Jan., nr. 131(1), p. 109-115. doi: 10.1542/peds.2012-1779. Epub 2012 Dec 24.
- Dane St. John, John B. Mulliken, Leonard B. Kaban, et al. *Anthropometric Analysis of Mandibular Asymmetry in Infants With Deformational Posterior Plagiocephaly*. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. In: J. Oral Maxillofac. Surg., 2002, nr. 60, p. 873-877.
- G. Captier, C.N. Leboucq, C.M. Bigorre et al. *Plagiocephaly: morphometry of skull base asymmetry*. In: Surg. Radiol. Anat., 2003, nr. 25, p. 226-233. DOI 10.1007/s00276-003-0118-x.
- American Cleft Palate-Craniofacial Association. *Parameters for evaluation and treatment of patients with cleft lip/palate or other craniofacial anomalies*. Revised, 2009, p. 1-34.

18. Karin Vargervik, Marcie S. Rubin, Barry H. Grayson, et al. *Parameters of care for craniosynostosis: Dental and orthodontic perspectives*. In: American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics, April 2012, vol. 141, issue 4, supplement 1.
19. *Guideline on periodicity of examination. Preventive dental services, anticipatory guidance/counseling, and oral treatment for infants, children, and adolescents*. American Academy of Pediatric Dentistry Reference Manual, 2009, nr. 33(6), p. 102-108.

CZU: 616-002.5:614.2

POVARA GLOBALĂ A TUBERCULOZEI ÎN REPUBLICA MOLDOVA ȘI ROLUL MEDICINEI DE FAMILIE ÎN SISTEMUL NAȚIONAL DE AJUTOR ANTITUBERCULOS

Constantin IAVORACHI^{1, 2}, *Sofia ALEXANDRU*¹,
*Valentina BOLOTNICOVA*¹, *Ana MOSCOVICIUC*¹,
*Albina BRUMARU*¹, *Andrei CORLOTEANU*¹,

¹IMSP Institutul de Ftiziopneumologie Chiril Draganiuc,
²IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
Nicolae Testemițanu

Introducere

În multe publicații din ultimii ani, foarte des se subliniază faptul că tuberculoza (TB) și în secolul XXI rămâne una dintre problemele medicale globale și prioritare, socioeconomice și umanitare nu numai în Republica Moldova, ci și în alte țări [1-4]. Apelul Organizației Mondiale a Sănătății (OMS) de a acționa mai activ în implementarea Strategiei de lichidare a tuberculozei (*END TB*) și în atingerea obiectivului de eliminare a tuberculozei până în 2050 este susținut de medicina autohtonă și se află în vizorul politicii de stat în domeniul ocrotirii sănătății în țara noastră.

Este necesar de menționat că în lume s-a acumulat o experiență foarte bogată în lupta cu TB și acestor probleme li se acordă tot mai multă atenție. Însă, în situația actuală, problemele privind organizarea luptei cu TB în medicina de familie nu sunt soluționate pe deplin. Perspectiva de bază o constituie acțiunea comună în eradicarea TB și abordarea interdisciplinară.

Toate cele menționate mai sus demonstrează necesitatea unor inovări pentru perfecționarea măsurilor generale luate atât în serviciul medico-sanitar primar, cât și în serviciul specializat în combaterea TB. În afară de aceasta, în prezent a crescut necesitatea de a ridica calificarea și a optimiza resursele de cadre în ocrotirea sănătății.

Scopul lucrării

Autorii și-au pus scopul de a atrage atenția asupra abordării integrale în lupta cu TB și de a arăta importanța asistenței medicale primare (AMP).

Material și metode de cercetare

Obiectivul cercetării a fost analiza situației epidemiologice privind TB și acordarea ajutorului antituberculos populației la nivelul medicului de familie. În lucrare au fost folosite date statistice din statistica de stat.

Rezultate obținute și discuții

Situația epidemiologică actuală privind TB în Republica Moldova este determinată în special de tuberculoza pulmonară. Incidența generală (cazuri noi + recidive) alcătuiește 88,0 în anul 2015, 88,5 în 2016 și 83,3 în 2017 la 100 000 populație. Indicele morbidității în anul 2015 era de 103,5; în 2016 – de 102,9; în 2017 – de 102,9 la 100 000 populație. Indicele mortalității de TB în 2015 a constituit 10,0; în 2016 – 11,4 și în 2017 – 9,8 la 100 000 populație. Din analiza indicatorilor epidemiologici se vede că un rol importantă îl are infecția tuberculoasă latentă (ITL). Interesul mare față de ITL se lămurește prin faptul că aceasta reprezintă rezervorul infecției tuberculoase în viitor. De aceea, linia roșie a strategiei serviciului antituberculos este optimizarea măsurilor de profilaxie, screening, diagnostic, monitorizare epidemiologică și control al TB.

În țara noastră, diagnosticarea și tratamentul TB sunt efectuate, de regulă, de serviciul ftiziopneumologic specializat. În același timp, angajații din asistența medicală primară, cu care bolnavul se întâlnește în primul rând, participă la depistarea timpurie și îndreptarea la tratament a bolnavilor cu TB și a persoanelor cu ITL, de asemenea la controlul chimioterapiei în etapa de tratament ambulatoriu, la lucrul cu contactii din focarele de tuberculoză. În afară de aceasta, medicul de familie efectuează supravegherea persoanelor din grupele cu risc sporit de îmbolnăvire, infectare, care cel mai des duc la dezvoltarea tuberculozei, ținând legătura cu ftiziopneumologul, și organizează lucrul de informare a populației.

Conlucrarea constructivă și activă a AMP cu pneumoftiziologul determină succesul în depistarea la timp și tratamentul calitativ al bolnavilor de TB. În același timp, problemele privind depistarea tardivă și diagnosticarea întârziată în mare măsură sunt legate de prudența joasă și de cunoștințele insuficiente ale medicilor-generalști despre particularitățile patomorfologice și decurgerea infecției tuberculoase. De aceea, în condițiile situației epidemiologice în-