

La prima etapă a tratamentului dietetic s-au folosit amestecuri pe baza hidrolizatelor proteice Alfare, Progestimil pentru copii cu vârsta sub 1 an. La a doua etapă s-au folosit NAN fără lactoză, apoi transferul la unul din amestecurile adaptate accesibile sugarilor la locul de trai.

Antibioticoterapia trebuie să fie cât mai precoce posibil, parenteral, pe baza antibioticogramei.

Tratamentul recuperator complex implică măsuri de stimulare a dezvoltării psihomotorii, educația nutrițională a familiei și sprijin economico-social al familiei.

Eficacitatea tratamentului la copiii evaluați s-a confirmat prin creșterea ponderală care a constituit de la 100 gr până la 1000 gr, creșterea ponderală zilnică fiind în mediu de 27 gr.

Durata spitalizării în mediu a constituit 13,5-16,5 zile, ceea ce depinde de starea pacientului la internare, prezența comorbidităților, gradul malnutriției, evoluția bolii. Pe parcursul unui an pot fi 2-3 sau mai multe reinternări.

Evoluția formelor ușoare și medii de MPC este, în marea majoritatea cazurilor, favorabilă. Corectarea aportului energetic al dietei determină un „salt în creștere”, ajungându-se în final la parametrii corespunzători vârstei. O evoluție mai dificilă o au cazurile cu o subnutriție prelungită la care instituirea măsurilor de recuperare întârzie. Formele severe de MPC sunt însoțite de un procentaj crescut de mortalitate.

Concluzii

1. Malnutriția se consideră a fi unul dintre cei mai importanți factori de risc de morbiditate și mortalitate la copii la nivel mondial, ce se instalează în primele 6 luni de viață.

2. Prin afectarea preponderent a sugarilor malnutriția duce la repercusiuni negative asupra dezvoltării fizice și psihice a copilului și la compromiterea potențialului genetic și intelectual al unei națiuni.

3. Promovarea alimentației naturale până la 6 luni, folosirea preparatelor de lapte praf adaptate (în cazul alimentației artificiale) și diversificarea la timp și corectă – sunt principiile de bază în profilaxia MPC.

4. Folosirea amestecurilor curative pe baza hidrolizatelor proteice în formele severe de malnutriție ameliorează starea și scurtează durata de spitalizare.

Bibliografie

1. Ciofu E.P., Ciofu C. „Tratat de pediatria”. Ediția 1. Editura medicală. București, 2001;
2. „Management of severe malnutrition”. Geneva, WHO, 1999.
3. Mogoreanu P. Profilaxia și tratamentul bolilor nutriționale ale copiilor. Chișinău, 2002
4. Popescu V., C.Arion. „Malnutriția sugarilor și copilului mic”. Ed. Medicală. București, 1985.
5. Voloc A., Țurea V. „Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale.” Chișinău 2007.

ASPECTE DE DIAGNOSTIC ȘI TRATAMENT ÎN TAHICARDIEA PAROXISTICĂ LA COPII

Ludmila Bocearova, A. Guragata, M. Rudi, I. Pali, A. Slobozeanu

Catedra Pediatrie nr. I USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Aspect diagnosis and treatment in supraventricular paroxysmal tachycardia

Aspect diagnosis and treatment of 25 children was evaluated with diagnosis: cardiac arrhythmia- supraventricular paroxysmal tachycardia in period of time 2007-2008, in cardiac department of IMSPISOS MC. Verapamil was the basis medication for access suspend.

Rezumat

A fost evaluate aspectele de diagnostic și tratament la 25 copii cu diagnosticul: dereglări de ritm, tahicardie paroxistică supraventriculară în perioada anilor 2007 – 2008 din IMSP ICȘOSM și C, secția cardiologie. Medicamentul de bază în cuparea acceselor a fost Verapamila.

Actulitatea temei

Definiție: Tahicardia paroxistică supraventriculară (TPSV) este o tulburare de ritm cardiac caracterizată prin alură cardiacă rapidă, regulată și fixă, cu debut și sfârșit brusc, generată de producția anormală de stimuli de origine ectopică. Frecvența cardiacă în cursul TPSV variază de obicei între 200-300 bătăi/min. și are o fixitate remarcabilă, nefiind influențată de efort.

(D. Dragomir, 1999)

Tahicardiile supraventricular includ tahicardiile care conțin în circuitul lor structuri situate deasupra fasciculului His cu excepția flutterului atrial.

Această excludere este arbitrară având în vedere că flutterul atrial are în componență sa numai structuri situate deasupra ventriculului și are un ritm regulat.

O altă excludere semnificativă este fibrilația atrială care are un mecanism de producere tot supraventricular dar care are un ritm neregulat.

Tahicardiile paroxistice supraventriculare se pot clasifica în funcție de mecanismul de producere:

- reintrare prin intermediul unei căi accesorii;
- reintrare fără cale accesorie;
- tahicardie prin automatism.

Clasificare în funcție de mecanismul de producere

Tabelul nr. 1

Mecanism prin reintrare fără o cale accesorie	Mecanism prin reintrare pe o cale accesorie	Automatism
- reintrare în nodul sinusal	Ortodromică - sdr. Wolf - Parkinson - White	- atrială ectopică - atrială haotică - focar ectopic junctional
- reintrare în țesutul muscular atrial/fibrilație atrială	Ortodromică - cale Wolf – Parkinson - White ascunsă Antidromică	
- reintrare intraatrială/ flutter atrial.	Antidromică cu mai mult de o cale accesorie	
- reintrare în nodul atrioventricular tipică	- Tahicardie permanentă joncțională reciprocă	
- reintrare în nodul atrioventricular atipică	- Mahaim - Atrio - His	
- reintrare în fasciculul His		

Tahicardiile supraventriculare ortodromice sunt acele tahicardii care includ în circuitul lor nodul atrioventricular, care reprezintă ramura anterogradă a circuitului de reintrare.

Tahicardiile supraventriculare antidromice sunt acele tahicardii în care ramura anterogradă a circuitului de reintrare este reprezentată de calea accesorie, iar electrocardiografic apare aspectul de QRS larg.

Mecanismul de producere al TPSV versus vârsta

Tabelul nr. 2

Vârsta	Căi accesorii	Atrial	Nod atrioventricular
Fetala	85%	15%	-
< 1 an	82%	14%	4%
1-5 ani	65%	12%	23%
6-10 ani	56%	10%	34%
> 10 ani	68%	12%	20%

Incidența: TPSV este evaluată la 250-1000 de copii, 50-60 % din copii cu crize de TPSV au prezentat primul episod sub vârsta de un an, cu mecanismul de producere în 82% cu căi accesorii.

După Ko J.K., Deal B.J, Strassburger J.F, Benson DW Jr - *Supraventricular tachycardia mechanisms and their age distribution în pediatric patients. Am J Cardiology 1992, 69:1028-1032*

Factorii etiologici în tahicardiile ventriculare

1. Factorii funcționali

- Miocardita
- Cardiomiopatie dilatativă
- Hipertensiune pulmonară
- Sindrom de QT lung
- Displazie aritmogenă de ventricul drept
- Tumori miocardice
- Ischemie/infarct miocardic
- Idiopatice: reintrare fasciculară cu originea în tractul de ejecție al ventriculului drept

2. Factorii structurali

- Boli cardiace congenitale neoperate:
 - Tetralogie Fallot
 - Sindrom Eisenmenger
 - Stenoză aortică
 - Cardiomiopatie hipertrofică
 - Prolaps de valvă mitrală
- Boli cardiace congenitale postoperator:
 - Tetralogie Fallot
 - D - transpoziție de vase mari
 - Ventricul drept cu dublă cale de ieșire

3. Factori metabolici/farmacologici

- Hipoxie, acidoză
- Hiper-/hipocaliemie
- Infuzie de catecolamine
- Iritație mecanică
- Toxicitate digitalică
- Cocaină
- Agenți psihotropi (fenotiazine și antidepresive triciclice).

Obiectivele lucrării

Evaluarea aspectelor de diagnostic și tratament în tahicardia paroxistică la copii.

Materiale și metode

Studiul dat a fost efectuat pe un lot de 25 de copii, în baza anchetării și monitorizării dinamice a pacienților aflați în secția de cardiologie a IMSP ICȘOSM și C pe perioada anilor 2007-2008. Copiii aveau vârste cuprinse între 3 - 6ani – 5 cazuri (20%), 7 - 14ani – 5 cazuri (20%), mai mari de 15ani – 15cazuri (60%). Distribuția între sexe a fost aproximativ egale 13 fete și 12 băieți. Durata medie de spitalizare de la 5 la 13 zile, constituind în mediu 9 zile. Diagnosticul de bază a fost: dereglări de ritm, tahicardie paroxistică supraventriculară

Diagnosticul clinic a fost confirmat în baza: acuzelor, manifestărilor clinice, datelor anamnestice, datelor obiective și a investigațiilor clinico - paraclinice: hemoleucograma, analiza biochimică (ureea, creatinina, fibrinogenul, PCR, ionograma (K, Na, Ca, Mg), glucoza sîngelui, ECG, EcoCG, Hollter monitoring 24h a TA.

Rezultatele și discuții

Au fost studiați 25 de pacienți. Studiul s – a bazat pe investigarea grupelor de copii repartizați după vîrstă:

1. preșcolari 3 – 6 ani – 5 copii (20%)
2. școlari 7 – 17 ani – 20 copii (80%)

Durata medie de spitalizare a constituit în mediu 9 zile.

Au fost stabilite următoarele forme nozologice:

- dereglări de ritm, tahicardie paroxistică supraventriculară primară – 2 cazuri (8%),
- dereglări de ritm, tahicardie paroxistică supraventriculară post criză – 13 cazuri (52%),
- dereglări de ritm, tahicardie paroxistică supraventriculară criză – 3 cazuri (12%),
- extrasistolie – 4 cazuri (16%),
- WPW – 3 cazuri (12%).

Diagnosticul concomitent a fost: bronșite, IRVA , faringite - 5 cazuri; colicestite și gastroduodenite câte 3 cazuri; bronhopneumonie, cistită și distonie vegeto vasculară câte 2 cazuri; artrita idiopatică juvenilă, vezica urinară neurogenă, obezitate, pancreatită, epilepsie, flebită câte un caz.

Timpul de cupare a acceselor a fost de 20 – 30 minute la 3 persoane, până la o oră la 1 persoană, timp de 2 ore la 3 copii, 3 – 6 ore la 5 cazuri, 7 – 12 ore la 3 persoane, timp de 24 ore un caz.

Prezența acceselor în prima săptămână de tratament: o singură dată – 3 cazuri, de 2 ori – la 3 copii, de 3 ori la 2 copii. Repetarea acceselor în a 2 săptămână de tratament la 5 persoane.

Eficacitatea stării generale pe fon de tratament: normal la 5 copii, bine la 15 persoane, foarte bine la 5 copii.

Aprecierea calității vieții subiective pe fon de tratament normal la 22 de copii (88%), bine la 1 copii (4%), foarte bine la 2 copii (8%).

Eficacitatea tratamentului medicamentos: normal la 5 copii (20%), efectiv la 16 persoane (64%), imediată la 4 persoane (16%).

Din partea sistemului cardiovascular: FCC > 100 – 6 cazuri (24%), mai mare de 120 b/min – 3 cazuri (12%), 200 – 250 b/min – 4 cazuri (16%).

S – au efectuat următoarele investigații paraclinice:

1. Hemoleucograma,
2. Ionograma,
3. Electrocardiograma,
4. EchoCG + Dopplerografia.
5. Hollter monitoring

- Hemoleucograma pacienților incluși în studiu s – a specificat prin Hb < 120g/l – 19 cazuri (76%), Hb > 120g/l – 6 cazuri (24%), leucograma și VSH în limitele normei.
- Modificări ECG s - a determinat: TPSV 4 cazuri (16%), bloc AV gr II, tip Mobitz II – 1 caz (4%), bloc parțial – 8 cazuri (32%), extrasistolie – 1 caz (1%), bradicardie – 11 cazuri (44%), hipertrofie VS, AS – 4 cazuri (16%), WPW 2 cazuri (8%), ritm sinusal neregulat – 9 cazuri (36%).
- Examenul EchoCG : s - a confirmat următoarele:

- FE (N 60 - 80) - cifre normale la 19 copii (76%)
- FE sub 60% la 6 copii (24%),
- FS (N 26 - 35) - < 26 % la 9 cazuri (85,7%);
- > 36% – la 16 cazuri (14,2%).

S-a diagnosticat la EchoCG: - cordaj fals – la 14 copii (56%),

- dilatația cavității stângi – 2 cazuri (8%),
- PVM gr I – 13 cazuri (52%),
- IVP gr I – II – 9 cazuri (36%)
- IVT – 2 cazuri (8%)
- IVM – 1 caz (4%)
- funcției de pompă micșorată – 2 cazuri (8%)
- cardiopatie dilatativă – 1 caz (4%).

- La Hollter monitoring s - a determinat următoarele schimbări: ritm sinusal – 5 cazuri

(20%), TPSV – 2 cazuri (85%), extrasistole – 4 cazuri(16%), WPW – 1 caz.

Copii spitalizați cu TPSV în criză sau stare recentă după au fost tratați cu Verapamilă, doze de vârstă. Timpul de cupare a acceselor în 1/3 de cazuri s – a realizat cu durata până la 2 ore, în rest au fost necesare infuzii repetate și cuparea acceselor s – a realizat de la 3 până la 12 ore. S – a atestat un caz unic de cupare a accesului timp de 24 ore, recidivele frecvente fiind pe bază de MCC – FOP, dereglare de ritm, TPSV, Bloc AV gr. II, IC CF III NYHA, Miocardită toxico infecțioasă. Bronhopneumonie pe dreapta, IR gr. I – II.

La copiii cu Amiadaronă s - a folosit în tratamentul unui copil cu extrasistolie ventriculare.

TPSV în post criză tardivă tratamentul de bază nu a inclus antiaritmice și a fost axat pe administrarea preparatelor cu acțiune sedativă (Valereană, Novo – Pasit, Distonocalm), complexe de vitamine și minerale (Cardonat, Panangin, MgB6, Vit. E)

Prezentăm un caz clinic al unui copil cu dereglare de ritm. Tahicardie paroxistică supraventriculară:

G.A - născut pe 15.03.2008

Internat în IMSP ICȘOSM și C, secția de cardiologie pe data de 06.05.08 în vârstă de 2 luni.

Îndreptat în mod urgent din spitalul raional cu diagnosticul: dereglare de ritm. Tahicardie paroxistică.

Acuzele la internare: tahipnee, neliniște, acrocianoză, FCC 200, FR 52.

Anamneza bolii: dereglările de ritm au fost depistate de pe data de 15.04.08. de la 28.04.08 – 01.05.08 s-a tratat de pneumonie cu Ampicilină. Se internează primar în secția de cardiologie a ICȘOSM și C cu scop de diagnostic și tratament.

Anamneza vieții: Sarcina I, a decurs cu iminență de avort la 28 săptămâni. Naștere rapidă. A țipat deodată. În prima lună a adăugat 800 gr. Alimentația naturală. Din prima săptămână scaun semilichid de 7 – 8 ori pe zi.

La internare: Starea generală a copilului este gravă. Tegumentele roze, erupții maculo - papuloase (posibil de etiologie alergică), țesutul adipos de 1,5 cm. Acrocianoză periorbitală. Edeme lipsesc. Articulațiile fără deformații. Fontanela anterioară 3 x 4 cm. Tiraj intercostal. Auscultativ în plămâni respirație aspră, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace sonore, tahicardie FCC 200 bătăi/minut, aritmice. Abdomenul suplu. Ficatul + 1,5 cm. +2,0 cm. sub rebord. Splina nu se palpează. Scaun frecvent de 7-8 ori pe zi, neprelucrat, uneori cu mucus. S-a aflat în salon de terapie intensivă pe data de 06.05.08 până pe 12.05.08.

Starea generală în secția de terapie intensivă este gravă după maladie. Acuze la dispnee cu participarea mușchilor auziliari, cianoză periorală, periorbitală, acrocianoză. Pleoapele edemate, pastozitatea țesutului adipos. Tahipnee, FR 66 respirații pe minut. Respirația este atenuată, raluri crepitante unice umede mici, buloase. Zgomotele cardiace aritmice, tahicardie, FCC 188 – 220 bătăi/minut, suflu sistolic pe marginea stângă a sternului în spațiul II – III intercostal.

Abdomenul moale. Ficatul + 1,5 cm. +2,0 cm. sub rebord. Splina nu se palpează. Scaun frecvent de 7-8 ori pe zi, neprelucrat, uneori cu mucus.

În primele 4 zile se observă o dinamică slab pozitivă. Starea cu tendință spre ameliorare. Accesese practic nu s-au înregistrat. Mănâncă câte puțin, vome nu are. Periodic neliniștit. Dispnee nare. Edemele au dispărut. Somn liniștit. Tegumentele palide, în regiunea feselor hiperemie, cianoză periorbitală. Auscultativ în plămâni respirație aspră, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace sonore, aritmice, extrasistolie. Suflu sistolic pe marginea stângă a sternului în spațiul II – III intercostal. Abdomenul suplu. Ficatul + 1,5 cm. +2,0 cm. de la rebord. Splina nu se palpează. Scaun frecvent de 7-8 ori pe zi, neprelucrat, uneori cu mucus.

Investigații:

- Analiza sîngelui: hemoleucograma în limitele normei, VSH a fost 21 mm/h, în analiza repetată VSH – 5 mm/h.
- Analiza biochimică în limitele normii.
- Analiza generală a urinei : 5,0ml, galben, transparent, epiteliiu 0 - 1 c/v, leucocite 2-3 c/v, bacterii spori de micelii (++)
- Coprocultura și hemocultura - negative

- Radiografie pulmonară: Bronhopneumonie pe dreapta.
- ECG - Ritm sinusal. AE – normală. Extrasistole în V4 – V6. TPSV. Bloc AV gr. II. FCC 222 – 185. Hiperfuncția VS și VD, hipertrofia VS. Dereglare de ritm și repolarizare.
- EcoCG și Doppler monitoring : Tahicardie pronunțată, FCC 200 bătăi/minut. Cavitățile cordului nu-s dilatate. Funcția de pompă a miocardului VS este micșorată. FOP. Cordaj fals gros în VS. IVM gr. I
- USG organelor interne ficatul LD 67mm, LS 31 mm, vena portă 3 mm, contur regulat, omogen, ecogenitate medie. Vezica biliară contractată. Pancreasul rău se vizualizează parenchimul pe tot parcursul. Rinichiul drept 55 x 24 mm, rinichiul stâng 53 x 23 mm, parenchimul S = D = 9 mm, bazinele: stângul = 3 mm, dreptul = 2 mm. Vezica urinară nu – i plină.
- NSG în limitele normei.
- Consultația neurologului – Fetița este excitată. Statutul neurologic: reflexele în limitele normei. Se recomandă fenobarbital 0,005 x 3 ori timp de 2 săptămâni.

Diagnosticul clinic: MCC. FOP. Cordaj fals în VS. Dereglare de ritm TPSV. Extrasistolie. Bloc AV gr. II. IC CF III NYHA. Bronhopneumonie pe dreapta. IR I – II. Miocardită toxicoinfecțioasă.

Tratament:

- Dieta – alimentație naturală.
 - Tratament complex: glicozide cardiace (digoxină), antiedemic (prednizolon, furasemid, verosperon), sedative (diazepam, fenobarbital), antibacterian (cefatoxim), probiotice (subtil).
- Particularitatea cazului a fost: necesitatea tratamentului antiaritmie – glicozide cardiace cu doza de susținere (din cauza prezenței permanente a acceselor de tahicardie), diuretice, sedative și antibacterian (prezența bronhopneumoniei) au permis ameliorarea stării generale de sănătate peste 2 săptămâni după internare, micșorarea frecvenței cardiace, lipsa edemelor.

Concluzii

1. În majoritatea cazurilor la copii cu TPSV apărut pe cord intact sau pe fondal de afecțiuni minore a cordului cuparea acceselor a fost efectuată cu blocatorii ionilor de calciu cu Verapamil, și mai rar cu glicozide cardiace.
2. La copii cu aritmii asociate sau cord lezat (cardiopatie dilatativă, cardiopatie toxiinfecțioasă) a fost necesar administrarea repetată a antiaritmice.

Bibliografie

1. Ciofu Eugen Pascal, Ciofu Carmen „Pediatrie tratat”, București, 2001;
2. Ciudin R., Ginghina C., Ghiorghiu I. Aritmiile cardiace la copil și adultul tânăr. Diagnostic clinic și tratament modern, Editura InfoMedica -2003,
3. Georgescu A. Prof. Univ. dr. Compendiu de pediatrie, Editura BIC ALL 2001
4. Grosu A „, Aritmiile cardiace diagnosticare și tratament”

APRECIEREA VARIABILITĂȚII RITMULUI CARDIAC LA COPIII CU TULBURĂRI FUNCȚIONALE CARDIACE

Lilia Romanciuc

Curs Pediatrie, Semiologie și Puericultură USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP Institutul de Cercetări Științifice în Domeniul Ocrotirii Sănătății Mamei și Copilului

Summary

Heart rate variability assessment in children with functional heart disorders

Heart rate represents an indicator for changes in autonomous nervous system functionality. Studies on heart rate variability have a diagnostic and prognostic role in physical examination of healthy people, athletes and different pathologic circumstances. The study included 50 patients with functional arrhythmias (average age was 12.5 ±0.44 years) who were