

## Concluzii

1. Formele moderate și severe de malnutriție mai frecvent se instalează la sugarii până la 3 luni de viață (64, 2%), perioada cu ritmul cel mai intens de creștere și dezvoltare.
2. Utilizarea amestecului adaptat ALFARE este binevenit în dietoterapia sugarilor cu boli diareice pe fond de malnutriție avansată din primele zile de boală și permite diminuarea diareei cu creșterea ponderală continuă.

## Bibliografie

1. Management of severe malnutrition . Geneva, WHO, 1999
2. P. Stratulat, M. Stratila Ghidul A National de Perinatologie „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale” Chișinău 2001 pag. 63
3. P. Mogoreanu „Profilaxia și tratamentul bolilor nutriționale ale copiilor” Chișinău 2002
4. A.Voloc, V. Țurea „ Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale” Chișinău 2007.

## DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL DIETETIC LA SUGARI CU MALNUTRIȚIE

Liliana Savca

(Conducător științific – conferențiar univ., dr. P. Martalog)  
Catedra Pediatrie nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”

### Summary

#### Diagnosis and Dietary Treatment of Malnutrition in Infants

Long-term malnutrition brings to a decrease of a nation's genetic potential due to somatic and intellectual development deficiency. Inappropriate feeding of infants and young children is responsible for one third of the cases of malnutrition. Dietary treatment had allowed rapid ending of symptomatology and the weight acceleration.

### Rezumat

Evaluată pe termen lung malnutriția duce la scăderea potențialului genetic al unei națiuni prin afectarea dezvoltării somatice și intelectuale. Alimentarea inadecvată a sugarilor și copiilor mici e responsabilă de o treime din cazurile de malnutriție. Tratamentul dietetic a permis cuparea rapidă a simptomelor și accelerarea recuperării nutriționale.

### Actualitatea temei

Creșterea incidenței și prevalenței malnutriției la copii reprezintă la nivel național primul semn de alarmă că nivelul de pauperitate al unei națiuni a atins o limită maximă. Malnutriția protein-calorică (MPC) este o tulburare cronică a stării de nutriție, specifică perioadei de sugar și copil mic, ce apare ca rezultat al aportului inadecvat de proteine și/sau calorii. Tulburarea cronică de nutriție este o încetinire sau o staționare a curbei ponderale pe o perioadă mai mare de o lună, cu o diferență mai mare de 10% față de valorile medii ale vârstei, sau o abatere de peste 2 deviații standart față de normal. Malnutriția reprezintă o problemă de sănătate publică având în vedere deficiențele psihice, de adaptabilitate ce se pot instala pe termen lung la copiii malnutriți. Reducerea aportului alimentar duce la tulburări metabolice, de homeostazie nutrițională, față de care organismul răspunde prin adaptări biochimice și hormonale complexe, capabile să furnizeze pe cale endogenă aportul energetic necesar supraviețuirii. Se consideră că malnutriția reprezintă un factor important de risc de morbiditate și mortalitate la copii la nivel mondial. Conform statisticilor OMS circa 60% din copiii decedați pe glob în vârstă de până la 5 ani suferă de dereglări de nutriție. Este mai ușor să previi decât să tratezi – cred că sensul acestor cuvinte își găsește adevăratul înțeles când ne referim la această maladie complexă a copilului mic cum este malnutriția.

Cele mai frecvente cauze ale malnutriției la sugari și copilul mic sunt:

1. Carențe alimentare cantitative:

- oferta alimentară global redusă și aport nutritiv insuficient față de nevoile crescute;
- refuzul parțial al alimentației;
- obstacole în pasajul intestinal, de la gură pînă la intestin;
- disponibilitatea deficientă a substanțelor nutritive la nivelul intestinului.

#### 2. Carențe alimentare calitative:

- alimentare hipoproteică (erori în diversificarea alimentației sugarului);
- alimentare hipoglucidică (lapte de vacă nezaharat);
- diete private de anumiți aminoacizi esențiali;

#### 3. Boli infecțioase și parazitare;

#### 4. Boli cronice neinfecțioase;

#### 5. Condiții inadecvate de îngrijire.

Toate aceste cauze au efect maxim în primul trimestru de viață (cînd rata de creștere și dezvoltare a copilului este mare și necesarul de proteine, lipide, glucide este maxim) și sunt favorizate de condițiile sociale și igienico-sanitare precare.

În prezent se consideră că malnutriția reprezintă unul dintre cei mai importanți factori de risc de morbiditate și mortalitate la copii la nivel mondial. În plus, o bună parte din stările de malnutriție se instalează în primele 6 luni de viață, perioadă de maximă dezvoltare a SNC.

Cea mai sigură și eficientă măsură de prevenire a MPC este alimentația naturală în primele 6 luni de viață (laptele matern este cel mai complet și echilibrat aliment pentru sugari). O atenție deosebită trebuie acordată copiilor alimentați artificial, privind tipul de lapte adecvat vârstei și greutateii, diluția. Tratamentul formelor ușoare și medii de malnutriție se face în funcție de bilanțul nutrițional individual, majoritatea cazurilor vindecîndu-se prin corectarea dietei și suplimentarea rației calorice. Tratamentul formelor severe de MPC cuprinde mai multe etape: echilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică, tratamentul infecțiilor; terapia dietetică; restabilirea compoziției corporale printr-un aport proteic și energetic optim.

#### **Obiectivele studiului**

Evaluarea cauzelor, particularităților clinico-paraclinice a malnutriției de diferit grad și etiologie, aprecierea eficacității tratamentului dietetic dependent de formula de lapte administrat.

#### **Materiale și metode**

Materialul clinic e reprezentat de 30 de copii sugari cu malnutriție de gradul I-III, internați în IMSP SCRC „Em. Coțaga” în perioada 2003-2007, pe baza căruia a fost realizat un studiu retrospectiv.

Protocolul de analiză a inclus date privind vârsta, sexul, starea la internare, greutatea corporală și talia, prezența comorbidităților, hemograma, analizele biochimice și bacteriologice, evoluția bolii pe parcursul spitalizării, dietoterapia.

#### **Rezultate și discuții**

Din studiul realizat s-a constatat că MPC s-a înregistrat la circa 2/3 copii (73,3%) în primele 6 luni de viață; la 1/3 copii (23,3%) de la 6-12 luni și doar la 2 copii (3,3%) de la 12 luni-2 ani.

Analiza datelor anamnestice a relevat următoarele date:

1. *Evoluția sarcinii.* În peste jumătate de cazuri sarcina a decurs cu toxicoză, iminența de avort spontan; anemie de diferit grad, infecții urogenitale diferite localizare. Din numărul total de copii, doar în 14 cazuri (45%) sarcina a fost primară și în 16 cazuri (55%) sarcina a II-a sau mai multe. Sarcinile anterioare au evaluat la 9 femei (30%) fără particularități; la 2/3 au avut evoluție patologică.

2. *Evoluția nașterii.* În majoritatea (90%) nașterile au fost la termenul de 39-40 săptămîni și doar în 3 cazuri (10%) nașteri premature. Din numărul total de cazuri, în 25 (84%) naștere fiziologică și în 5 cazuri (16%) prin cezariană. Nou-născuți normoponderali au constituit 16 cazuri (55%) și hipoponderali (mai puțin de 2800 gr) - 14 cazuri (45%).

3. *Alimentația.* În 28 cazuri (93,3%), alimentația nou-născuților și sugarilor imediat după naștere a fost naturală, în 2 cazuri (6,6%) alimentație artificială pe motivul maladei mamei. Alimentația naturală este întreruptă în mediu către vârsta de 2-4 luni de viață, fiind adăugat în

rație laptele de vacă (componenta sa proteică, glucidică, lipidică diferă de cel matern), deseori nediluat (96%); amestecuri adaptate (NAN), adaptat-acidulate (Malîș acidulat) doar în 4%.

Folosind IP (indicele ponderal) și IN (indicele nutrițional), s-a stabilit că în 11 cazuri (36,6%), malnutriția este de gradul I, unde IP constituie 0,89-0,76, ceea ce corespunde unui deficit ponderal de 10-25%; în 10 cazuri (33%) - malnutriția este de gradul II, cu IP 0,75-0,61 și deficit ponderal de 25-40%; în 9 cazuri (30,3%) - malnutriția de gradul III, cu IP < 0,60 și deficit ponderal peste 40%.

În majoritatea cazurilor malnutriția protein-calorică se asociază cu semne clinico-biochimice de rahitism carențial și anemie deficitară.

Examenle paraclinice de laborator și instrumentale efectuate au relevat:

a. *analiza generală a sîngelui:*

- anemie în total 26 cazuri (88%);
- leucocitoză cu deviere în stînga în 12 cazuri (40,6%);
- VSH mărit în 20 cazuri (64,3%);

b. *analiza biochimică a sîngelui:*

- hipoproteinemie în 22 cazuri (75%);

c. coprocultura determină prezența următorilor agenți patogeni:

- Proteus Vulgaris în 10 cazuri (33,3%);
- Stafilococcus Aureus în 3 cazuri (10%);
- Candida Albicans în 5 cazuri (16,5%);
- în total coproculturi pozitive – 17 (56,6%);

d. testul sudorii, efectuat repetat la copii cu suspjecție la mucoviscidoză, a depistat valorile clorului mai mari de 40 mmol/l, în 5 cazuri (16,5 %).

În circa 2/3 cazuri radiologic au fost confirmate pneumonii. La fel copiii au fost examinați instrumental la necesitate: ecografie abdominală, ecocardiografie, gascoscopie, tomografie computerizată, examene imunoserologice etc.

În baza datelor clinico-paraclinice s-a stabilit diagnosticul clinic:

1. *Sindromul de malabsorbție:*

- mucoviscidoza e prezentă la 5 copii (16,6%);
- celiachia la 2 copii (6,6%);
- intoleranța la lactoză la 2 copii (6,6%);

2. *Anomalii de dezvoltare:*

- Malformații congenitale de cord (FOP, CAP, DSA, coartația de aortă) la 3 copii (10%);
- despicătură labio-palatină la 1 copil (3,3%);
- reflux gastro-esofagian la 3 copii (10%).

3. *Infecții trenante și severe:*

- infecție congenitală cu CMV la 2 copii (6,6%);
- IRVA la 9 copii (29%);
- septicemie intestinală și pulmonară la 3 copii (10%);
- gastroenterocolită acută la 17 copii (56,3%);

Este important de menționat, că la majoritatea copiilor sunt prezenți mai mulți factori cauzali (ex. dificultăți de alimentație, infecții trenante, malabsorbție), ce ar induce dezvoltarea formei severe de MPC.

În toate cazurile tratamentul a prevăzut:

- excluderea greșelilor alimentare;
- antibioticoterapia infecțiilor, reechilibrarea hidro-electrolitică și acido-bazică;
- dietoterapia.

Dietoterapia s-a bazat pe continuarea alimentației naturale (în dependență de vîrstă) și adăugarea în rația zilnică a amestecurilor adaptate hipolactozate (NAN), a hidrolizatorilor proteice ce conțin proteine 1,9 – 2 gr; lipide 3,6 – 3,8 gr; glucide 6,9 – 8,9 gr (Pregestimil și Alfare) în asociere cu diversificarea corectă.

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.