

2. Cammita B.M., O'Reilly R., Sensenbrenner L., et al. Antithoracic duct lymphocyte globulin therapy of severe aplastic anemia. *Blood*, 1983, vol.62, no. 4, p. 883-887.
3. Ehrlich P. Ueber einem Fall von Anamie mit Bemerkunden uber regenerative Verandeung der Knochenmark. *Charité-Annalen*, 1888, vol.13, p. 301-309.
4. Hematologie, Ion Corcimaru, Chisinau 2007.
5. Gordon-Smith E.C., Clinical features of aplastic anemia. In Heimpel H., Gordon-Smith E.C., Heit W., Kubanek B., (eds): *Aplastic anemia—Pathophysiology and Approaches to therapy*. Berlin, Springer-Verlag, 1979, p. 10-13.
6. Principii contemporane de tratament al anemiei aplastice la copii, Valentin Turea, Chisinau 2004;
7. Principiile medicinei interne volumul 1 editia II, Harrison.
8. Tratat pediatic, editia I. E.P. Ciofu, C. Ciofu, Bucuresti 2002.
9. Young N. S. , Issaragrisil S., Chieh C. W., Tanaku F. Aplastic anemia in the Orient. *Br. J. Haematol.*, 1986, vol.26, p. 1-6.

TRATAMENTUL FORMELOR SEVERE DE ASTM BRONȘIC LA COPII

Elena Covcenco, Suzana Șit, Valentin Țurea, Ludmila Bologa

Catedra Pediatrie nr. 2 USMF „Nicolae Testemitanu”

Summary

The results of the basic treatment of severe forms of children's bronchial asthma in the compliance with GINA2008 requirements are presented. The treatment was carried out using glucocorticosteroidal inhalers „Flixotide” and „Seretide”. Also the spectrum of bronchus sensibility changes and lungs ventilation parameters deviation in examined patients was determined. The action of glucocorticosteroid's inhalers was investigated together with the prolonged β_2 -adrenomimeticals in case of severe-persistent bronchial asthma evolution, determining their effects in treatment and over patient's life quality, as well.

Rezumat

În articolul sunt prezentate datele tratamentului de baza a formelor grave ale astmului bronșic la copii în conformitate cu cerintele GINA2008. Tratamentul a fost efectuat cu inhalator corticosteroid „Flixotide” si „Seretide”. De asemanea a fost determinat spectrul modificarilor sensibilitatii bronșilor si dereglari ale indicilor ventilarii pulmonare la bolnavi cercetati. A fost studiata actiunea glucocorticosteroizilor inhalatori si asocierea lor cu β_2 -adrenomimetice de lunga durata în tratamentul astmului bronșic la copii cu evolutia sever-persistenta, determinându-se efectele lor asupra bolii si calitatii vietii pacientilor.

Astmul bronșic (AB) este una dintre cele mai frecvente boli întâlnite în practica medicala, atât la copii, cât si la adulti, fiind recunoscuta de Hippocrate de peste 2000 de ani. Astmul este cea mai frecventa boala cronica întâlnita la copii cu un nivel ridicat de mortalitate in majoritatea tarilor din lume.

Astmul bronșic este o boala cronica obstructiva a sistemului respirator ce afecteaza copilul atât fizic, cât si psihic, producând si un puternic impact socio-economic asupra familiei copilului si societatii. Sute de copii în Republica Moldova sunt afectati de astm si incidenta acestei maladii este în crestere, potentialul de invalidizare al copiilor astmatici este înalt. Astmul bronșic este o maladie, care se trateaza nu doar cu medicamente, ci si prin crearea unor conditii optimale, confortabile cu respectarea regimului hipoalergic si a unei atitudini afective, înțelegatoare fata de copilul cu astm. 300 de milioane de oameni de pe glob sufera de astm.

Conform statisticelor nationale incidenta astmului la copil în Moldova în anul 2002 a constituit 0,8-3 %, dar necesita a fi mentionata si bronsita obstructiva considerata stare premorbida a astmului, care constituie 4-19 %. Astm bronic, fiind larg raspândita în toata lumea, inclusiv si la noi în tara, cauzând invalidizare precoce a bolnavilor, reprezinta o problema majora medicala si sociala.

Tratamentul bolnavilor cu AB este complex, având componente cu caracter preventive (evitarea contactului cu alergeni) si componente strict curative (bronhodilatatoare, antiinflamatoare). Farmacoterapia AB vizeaza mai multe obiective (preventia exacerbarilor maladiei, mentinerea functiilor respiratorie la nivel optim, preîntâmpinarea dezvoltarii bronhoobstructiei ireversibile, reducerea si eliminarea reactiilor adverse ale medicatiei antiastmatice) în functie de severitatea bolii si toleranta la medicamente. Scopul major al tratamentului medicamentos al AB este micșorarea procesului inflamator si ameliorarea permeabilitatii bronhiilor.

Obiectivele acestei lucrări este de a aprecia eficienta tratamentului de baza a astmului bronic la copii dupa recomandarile GINA 2008.

Pentru îndeplinirea scopului au fost trasate următoarele obiective:

Diagnosticarea precoce a AB la copii

Terapia rationala a AB la copii conform formei si gradului de gravitate

În baza dinamicii simptomelor clinice ale astmului (dispnee, tuse, raluri uscate) sa se aprecieze efectivitatea tratamentului timp de la doua saptamîni pîna la doua luni cu glucocorticosteroizilor inhalatori (Flixotide) si combinarea glucocorticosteroizilor inhalatori cu β_2 -adrenomimetice de lunga durata (Seretide) la bolnavii de astmul bronic (AB) cu evolutie sever-persistenta

A studia dinamica respiratiei externe pentru diagnosticarea obstructiei si a efectivitatii tratamentului.

Noutatea științifică a rezultatelor obținute

A fost apreciat impactul dereglarilor permeabilitatii bronic asupra ventilatiei pulmonare.

A fost evaluata actiunea glucocorticosteroizilor inhalatori si asocierea glucocorticosteroizilor inhalatori cu β_2 -adrenomimetice de lunga durata în tratamentul AB cu evolutia sever-persistenta, determinându-se efectele lor asupra mai multor verigi ale lantului evolutiv al acestei maladii.

A fost evaluata eficacitatea comparativa a Flixotide-ului si Seretide-ului în tratamentul AB.

Material și metode de cercetare

Studiul prezent reprezinta o cercetare complexa, în cadrul careia au fost utilizate o serie de metode de investigare: cercetarea integrala si selectiva, investigatii paraclinice, analiza matematica si statistica a rezultatelor obtinute.

Au fost inclusi în studiu 66 pacienti cu Astm bronic în exacerbare a maladiei, care se trateaza cu preparate GSI, cu vârsta de la 2 pîna la 18 ani medie de $10 \pm 0,6$ ani, dintre care au fost 45 baieti ce au constituit 68% si 21 fete ce au constituit 32% . Acest grup de bolnavi a constituit lotul principal de studiu.

Pentru a defini gravitatea boli, tratamentul corespunzator si eficacitatea tratamentului al bolnavilor cu AB am elaborat un sistem de cercetare în etape asupra acestora, inclusiv examinari clinice si de laborator, testari alergologice.

Examenul clinic si de laborator al pacientilor, încadrati în studiu prevedea:

1. Analiza catamnestica, anamneza.
2. Examenul fizical.
3. Investigatii instrumentale si de laborator: PEF-metria, spirografia, hemoleucograma, electrocardiograma, examenul radiologic al cutiei toracice în 2 incidente (la necesitate).

Toti pacientii au fost investigati dupa un plan unic, care a inclus acuzele (tuse seaca preponderant noapte, accese dispneice), datele anamnestice (vechimea bolii, durata dispneei, frecventa exacerbarilor/an si caracterul lor sezonier, tratamentul de baza), anamneza vietii cu dezvaluirea factorilor responsabili pentru dezvoltarea AB (anamneza alergologica, factori daunatori).

Estimarea cantitativa a simptomatiei AB s-a efectuat dupa scara, care variaza de la 0 pâna la 3 puncte, prezentata în *tabelul 1*. Eficacitatea clinica a tratamentului de baza AB a fost apreciata dupa modificarea simptoamelor.

Tabelul 1

Estimarea cantitativă a simptomatiei AB

Criteriu estimat	Puncte			
	0 - lipsa tusei	1 - tuse rara	2 - tuse periodica	3 - tuse permanenta
Tusea	0 - lipsa tusei	1 - tuse rara	2 - tuse periodica	3 - tuse permanenta
Accese dispneice	0 - absenta	1 - după IRA	2 - la alergeni	3 - la efort fizic
Ralurile	0 - absente	1 - la expir fortat	2 - unice difuze	3 - multiple difuze
Dispnea la efort fizic	0 - absente	1 - la efort fizic mare (mers rapid sau mers în panta)	2 - la efort fizic mediu (face opriri la mers obisnuit)	3 - la efort fizic minim sau în repaus

Investigatiile specifice alergologice:

- elucidarea anamnesticului alergologic (la anchetarea pacientilor se urmarea cu multe atentie dezvoltarea primelor simptome alergice, intensitatea de expresie a acestora, dinamicul evolutiv, calitatea raspunsului clinic la interventia farmacoterapeutica, predispunerea persoanei pentru afectiuni alergice);

- anamnesticul farmacologic prevedea evidentierea medicamentelor care suscita la bolnavii examinati, reactii de intoleranta si astfel sa obtinem date preliminare despre mecanismele de dezvoltare a starii de hipersensibilizare: reactii alergice veritabile si pseudoalergice la medicamente;

- anamnesticul alimentar si analiza acestuia ne furniza nu numai informatii despre alimentele intolerabile, dar ne ajuta sa relevam factorii si mecanismele prevalente, sa descifram modul de constituire a reactiei de hipersensibilitate la respectivele produse alimentare.

Determinarea cantitativa a IgE totale în serul sangvin s-a executat prin metoda imunoenzimatica. Determinarea anticorpilor IgE alergenspecifici în sânge se efectua prin tehnica de analiza imunofermenativa, sensibilizând plansetele imunologice cu alergene în conformitate cu anamnesticul alergologic si datele probelor cutaneo-alergice.

Rezultatele obținute

Caracteristica pacientilor inclusi în studiu (tabelul 2).

Vârsta pacientilor inclusi în studiu a variat de la 2 pâna la 18 ani, în medie fiind $10 \pm 0,6$ ani. Repartizarea pacientilor dupa vârsta se ilustreaza în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Caracteristica pacienților cu AB în dependență de vârstă

CRITERII	VÂRSTA (ANI)			
	2 – 6	7 – 10	11 – 14	15 – 18
N	20	20	11	15
%	30,3	30,3	16,6	22,8

Din datele prezentate in tabelul 2 se observa predominarea pacientilor în categoria de vârstă de la 2 la 10 ani, constituind 40 (60,6%) persoane. În vârsta de la 11 la 14 ani au fost 11 (16,6%)

pacienti, de la 15 la 18 ani au constituit 15 (22,8%) persoana. Din numarul bolnavilor inclusi în studiu, baietii au constituit 45 (68%), iar fetite – 21 (32%).

Din numarul total au avut vârsta de debut de la 1 la 14 ani, în media $4,2 \pm 0,4$ ani.

Tabelul 3

Repartizarea bolnavilor cu AB în dependență de durata boli

DURATA BOLII	Până la 5 ani	6 – 10 ani	11 – 15 ani	În total
N	34	24	8	66
%	51,5	36,4	12,1	100

Majoritatea pacientilor au avut durata a maladiei până la 5 ani, cifra lor estimându-se la 34 (51,5%) persoane, durata de la 6 până la 10 ani s-a înregistrat la 24 (36,4%) pacienti, iar 8 (12,1%) bolnavi au avut o durata de la 11 până la 15 ani. Durata medie a bolii fiind $6 \pm 0,5$ ani.

Gravitatea astmului bronic se determina dupa frecventa acceselor dispneice, durata boli. La internare exacerbari moderate s-a stabilit la 19 (28,8%) pacienti, pe când exacerbaria grava a fost prezenta la 47 (71,2%) bolnavi. La 58 (87,9%) pacienti a fost diagnosticata natura atopica a bolii, la 8 (12,1%) – forma neatopica. Dupa anamneza eredo - colaterala a fost stabilita ca la 46 (69,7%) pacienti ea este agravata, la 20 (30,3%) pacienti – neagravata.

La pacientii (19) cu diagnoza de astm bronic forma moderat-persistenta frecventa exacerbarilor se întâlnește o data pe saptamâna la 13 (68,4%) pacienti, mai puțin de o data exacerbari pe saptamâna au constatat 6 (31,6%) bolnavi. Dar pacientii (47) cu diagnoza de astm bronic forma sever-persistenta prezinta doi si mai multe exacerbari pe saptamina: 2-4 exacerbari pe saptamina – 26 (55,3%) pacienti, 5-6 exacerbari pe saptamâna – 21 (44,7%) pacienti, în medie – $3 \pm 0,2$ ori pe saptamina.

Tusea a fost prezenta la 51 pacienti, la 77,3 %. Dispnea a fost prezenta la toti pacientii si avea caracter expirator. Majoritatea pacientilor indica agravarea starii dupa IRA, în timp umed, la contact cu animale, cu prafuri, cu mirosuri tari, la efort fizic. La 37 (56%) pacienti starea s-a agraveaza la contact cu prafuri, la 34 (52%) pacienti la contact cu animale, la 11 (17%) în timp umed, la 19 (29%) pacienti la contact cu mirosuri, la 38 (58%) pacienti dupa IRA, la 27 (41%) la efort fizic. Dar la majoritatea pacientilor accese dispneice apar la complex de excitanti.

4 (6%) pacienti au fost spitalizat cu Status astmaticus gradul I-II în sectia de reanimare.

La analiza generala a sângelui nivelul eozinofilelor a fost crescuta la 15 (22,7%) pacienti – eozinofilia relativa, în rest - a fost în limitele normale. Numarul de eozinofile a fost variata de la 0 până la 13%, în medie $4.2 \pm 0,3$ % . Eozinofilia absoluta s-a observat la 19 (28,8%) pacienti, cu valori medie $207.0 \pm 25,5$ celule.

Analizele imunologice - concentratia de IgE în serul sanguin constituia $769.6 \pm 74,8$ ME/ml, CIC constituia minimum fiind 10 maxim 154, media $33,6 \pm 4,1$ UDO.

Radiografia toracelui a pus în evidenta emfizemul pulmonar în 22 (33,3%) cazuri, accentuarea desenului pulmonar în 44 (66,7%) cazuri.

La explorarea ventilatiei pulmonare s-a observat prezenta unui sindrom bronhoobstructiv la toti pacientii inclusi în studiu, cu un grad moderat, pronuntat sau sever de dereglare a permeabilitatii bronhiilor de calibru mic (gr. II, III – în cazuri grave) si mediu.

Examenul primar clinic, instrumental si de laborator ne-a permis sa confirmam diagnosticul – astm bronic cu aprecierea formei si evolutiei boli.

Dupa examenul primar clinic-instrumental toti pacientii au fost devizati prin metoda randomizarii în 2 loturi în dependenta de tratamentul administrat: I lot au administrat tratament de baza cu Fluticason propionate (Flexotide) câte 500 μ g pe zi si terapia simptomatica. Lotul II s-a administrat un tratament cu preparat combinat Salmeterol + Fluticazona propionata (Diskhaler) (Seretide) în plus cu terapie simptomatica.

Utilizarea inhalatorie a corticosteroizilor în tratamentul astmului la copii în primii ani de viață, de vârstă școlară și adolescenți a demonstrat o eficacitate înaltă și absența reacțiilor adverse importante. În practica clinică cel mai demonstrativ indice în tratamentul inhalator cu corticosteroizi este ameliorarea funcției pulmonare. Totodată au fost evidențiate și alte efecte pozitive care includ micșorarea labilității bronhiale pe parcursul zilei, diminuarea necesității administrării bronhodilatatoarelor și corticosteroizilor per os, protecția de bronhoconstrictori la contactul cu alergen, la utilizări îndelungate – se obțin remisii îndelungate și lipsa necesității de spitalizare.

Eficacitatea înaltă și inofensivitatea a Flixotide-ului la pacienți se explică prin perfectie farmacochinetică a Flixotide-ului. Fluticason propionat (FP) posedă activitatea locală care depășește de 18 ori pe cea a Dexametasonului și de 3 ori a Budesonidului. FP este înalt selectiv pentru receptori glucocorticoizi (efect antiinflamator), și are efect neglijabil pe receptori mineralocorticosteroizi, androgenici și estrogenici. Lipofilitatea înaltă contribuie la depunerea preparatului pe mucoasa căilor respiratorii sub formă de “microdepou” și produce efecte antiinflamatorii prelungite. Biodisponibilitatea orală a FP este foarte mică și poate fi ignorată, de aceea tehnica inhalatorie și caracterul inhalatiei vor determina numai eficacitatea tratamentului. Serevent (Salmeterol) este bine tolerat în tratamentul de fond al astmului și în combinație cu FP optimizează controlul maladiei.

În studiu pe care ne-am realizat a fost examinat efectul terapeutic a preparatelor glucocorticosteroizi inhalatori (Flixotide și Seretide) asupra manifestărilor clinice și impactul dereglărilor permeabilității bronșice asupra ventilației pulmonare.

Monitorizarea evoluției principalelor simptome clinice ale AB sub tratamentul aplicat la aceste 2 grupe de pacienți ne-a permis să constatăm prestația marcată a terapiei antiinflamatoare. Analiza comparativă a rezultatelor după cura cu tratament de bază a pacienților cu AB a pus în evidență optimizarea selectivă a unor parametri clinici. Astfel, Seretide a avut o influență mai accentuată asupra tusei, dispneei la efort fizic, raluri uscate, comparativ cu Flixotide ($P_{1-2} < 0,05$). Acțiunea benefică a Seretide-ului se datorează efectului antiinflamator și bronhodilatator. Seretide este o asociere a preparatelor Fluticasona propionat și Salmeterol. La administrarea concomitentă a combinației Flixotide + Serevent, se instalează un sinergism de acțiune. Flixotide-ul mărește numărul receptorilor β_2 -activi, sporind sensibilitatea lor față de substanțele bronhodilatatoare și invers, Serevent mărește sensibilitatea receptorilor glucocorticoizi față de Flixotide, potențiind efectul antiinflamator. Din această cauză, administrarea combinată a acestor preparate ne permite să obținem efecte clinice semnificative, de la doze mai mici decât în monoterapie, reducând respectiv numărul efectelor adverse a fiecărui preparat în parte și deplasând timpul de prindere față de el.

Accesele dispneice și dispnea la efort fizic sunt criterii importante pentru aprecierea eficienței tratamentului astmului bronșic. În studiul nostru am observat, ca Flixotide și Seretide au redus statistic semnificativ ($P < 0,001$) accese dispneice în comparație cu valorile inițiale. La evaluarea comparativă a medicamentelor utilizate am constatat, ca preparate au influențat accese dispneice în măsura practică egală, 75% și 72% respectiv ($P_{1-2} < 0,05$). Seretide a influențat asupra dispneei de efort fizic în măsura mai pronunțată, cu 50% ($P_{1-2} > 0,05$), versus Flixotide – 25% ($P_{1-2} > 0,05$).

Flixotide și Seretide au fost indicate în cure de pe 2 săptămâni până la 2 luni.

Analizând studiile sus numite care au arătat rezultate cercetărilor clinice despre acțiunea preparatelor antiinflamatoare asupra manifestărilor clinice putem constata că tratamentul de bază are o eficacitate foarte înaltă la copii cu AB evoluție sever-persistentă.

Inițial, la bolnavii cu AB se releva dereglarea moderată și severă a permeabilității bronhiilor și capacității ventilatorii a pulmonilor. Progresarea obstrucției bronșice confirmate prin diminuarea tuturor constantelor dinamice pulmonare: VEMS, FEV_{25-75%}, MEF_{50%}, MEF_{75%}, IT. Flixotide și Seretide au majorat statistic veridic ($p < 0,001$) toate constantele dinamice pulmonare (VEMS, FEV_{25-75%}, MEF_{50%}, MEF_{75%}, IT). S-a observat o majorare mai

pronuntata a constantelor dinamice pulmonare sub influenta Seretide-ului, însa diferenta a gradului de modificare a acestor indici sub diferite cure de tratament nu s-a constatat ($P1-2 > 0,05$).

CPT nu a fost modificat statistic veridic de nici unul din preparatele antiinflamatoare, fapt confirmat în literatura, ca la pacientii cu AB valoarea CPT ramâne practic nemodificata.

Toate aceste date furniza dovezi cu privire la nevoia de pe termen lung si adecvata terapie cu GSI de pacienti cu astm bronsic.

Concluzionând rezultatele obtinute putem sa remarcam faptul, ca la pacientii cu AB modificarile clinice si ventilatiei pulmonare se manifesta în dependenta de gradul de dereglare a permeabilitatii bronhiilor, determinata de edemul cailor aeriene (ca rezultat procesului inflamator), contractia musculaturii netede a cailor aeriene (ca raspuns la multipli mediatorii bronhoconstrictori), îngrosarea cailor aeriene (cauza modificarilor structural) si hipersecretia de mucus. De acea tratamentul de fond si de prevenire, care prezinta prin preparate antiinflamatoare (corticosteroizi inhalatori) si bronhodilatatoare de lunga durata administrate (Flixotide si Seretide) în paralel cu îmbunatatirea permeabilitatii bronhiilor produc ameliorarea manifestarilor clinice si indicilor ventilatiei pulmonare. Aceasta capata o importanta nu numai în conduita masurilor terapeutice ci si în profilaxia unor complicatii.

La copii cu AB la care nu a fost atinsa eficienta suficienta a tratamentului de baza au fost adaugate preparate leucotriene (Monelucast). În perioada între crize cu scopul prelungirii perioadei stabile cu succes au fost folosite cromoni (Intal)

Concluzii

1. Gratie metodelor de investigatie contemporane, diagnosticarea în sectii specializate se efectuaiaza la etape initiale si obiectiv se apreciaza gradul de gravitate al maladiiei.

2. S-a dovedit a fi rationala terapia de baza cu glucocorticosteroizi inhalatori datorita efectelor antiinflamatorii puternice, cu dinamica pozitiva, cu micsorarea numarului de crize astmatice cât si posibilitatea de control asupra evolutiei maladiiei. Prin medicatia preventiva pe termen lung s-a reusit obtinerea remisiei de durata a bolii, ceea ce amelioreaza calitatea vietii bolnavilor.

3. Glucocorticosteroizilor inhalatori (Flixotide) si combinarea glucocorticosteroizilor inhalatori cu β_2 -adrenomimeticelor de lunga durata (Seretide) sunt remedii efeciente de tratament al pacientilor cu AB forme moderat si sever-persistente ce amelioreaza permeabilitatea bronhiilor si simptomata maladiiei. Combinarea glucocorticosteroizilor inhalatori cu β_2 -adrenomimeticelor de lunga durata (Seretide) are o influenta mai accentuata asupra tusei, dispneei la efort fizic, raluri uscate, comparativ cu glucocorticosteroizilor inhalatori, datorita unui sinergism de actiune.

4. Glucocorticosteroizilor inhalatori (Flixotide) si combinarea glucocorticosteroizilor inhalatori cu β_2 -adrenomimeticelor de lunga durata (Seretide) au influentat semnificativ statistic ventilatia pulmonara.

Bibliografie

1. Astmul bronsic la copii : actualitati si perspective / G. Sur, N. Miu. – Cluj-Napoca : Casa Cartii de Stiinta , 1996. – p.228 : p.2-3, 71-85, 100-109, 116-207
2. Astmul bronsic la copil. A. G. Dimitriu. Bucuresti, 2002, p. 60.
3. BARNES R.J. Mechanisms of action of glucocorticoids in asthma // Am. J. Respir Crit. Care Med., 1996, Vol. 154, p. 21-27.
4. BOSCA NICOLETA. Studiul clinic comparativ privind actiunea Flexotid fata de BDP în cazuri moderate si severe de astm bronsic la copil // Conferinta nationala de alergologie si imunologie cronica cu participare internationala. Galati 1997, p. 9E-10E.
5. BOTNARU V. Bolile aparatului respirator. Chisinau, 2001, 638 p.

- GLOBAL STRATEGY FOR ASTHMA MANAGEMENT AND PREVENTION, NHLB/WHO Workshop report, National Heart, Lung and Blood Institute publication 1995; 2006; 2007
6. MARIO CAZZOLA; MARIA GABRIELLA MATERA Cough and Asthma: The Role of Inhaled Corticosteroids and Beta-2 Agonists / Therapeutic Advances in Respiratory Disease 2008; 2 (1): 7-11
 7. NATIONAL ASTHMA EDUCATION AND PREVENTION PROGRAM. Expert panel report. Guidelines for the diagnosis and management of asthma: update on selected topics, 2002. Bethesda, Md.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, National Institutes of Health, National Heart, Lung, and Blood Institute, 2003; NIH publication no. 02-5074.
 8. Tratamentul astmului bronic – conceptii moderne. – Chisinau, 2004. – 31 p.
 9. ААЕААІ ЕЕЕІ Е.Е., ОР І АІ ОААА А.Н. Ї ðèì áí áí èá èí ääëÿöèîíí û õ ëþ êí êí ðòèêí ñòáðí è äí â â ëä÷áí èè áðí í òè àèüí í é àñòì û ó ääòáé // Èì ì óí î ì àòí êí àèÿ, àèèáðáí êí àèÿ, èí ò àèòí êí àèÿ. N3, 2001, ñ. 38-47.
 10. Áðí í òè àèüí àÿ àñòì à. Äèí áàèüí àÿ ñòðàòáàèÿ. Èä÷áí è ä è ì ðí ò è è à è è è à áðí í òè àèüí í é àñòì û. – Êèø è í ää, 2002.
 11. Äèí áàèüí àÿ ñòðàòáàèÿ èä÷áí è è ì ðí ò è è à è è è è áðí í òè àèüí í é àñòì û / Ì í ä ðáä. × ó ÷ à è è í à Ä.Ä. — Ì. : È ç à ò á è ü ñ è è è ä ì ì «À ò ì ñ ò á ð ä», 2008. — 108 ñ

CONSIDERAȚII PRIVIND TABLOUL CLINIC ÎN SINDROAME CONGENITALE ASOCIATE CU MALFORMAȚII CARDIACE

Tatiana Steclari, Oleg Verejan

Catedra Pediatrie Rezidentiat si Secundariat clinic USMF “Nicolae Testemitanu”
Institutul de Cercetari Stiintifice în domeniul Ocrotirii Sanatatii Mamei si Copilului

Summary

Cardiac malformations may be part of congenital syndromes with dissimilar disability. Clinical picture of this pathology meets a particular phenotype characterized by evocation of facial disability, ectodermal dysplasia, abnormalities of various organs and systems, in particular, the skeleton, the urogenital organs, the eyes and the brain. Medical practitioner ability is to make a correct clinical diagnosis, based on the approach to phenotypic expression of the patient is essential and can cause disease prognosis. It was an event rarely seen clinically.

Rezumat

Malformatiile cardiace pot fi o parte componenta a unor sindroame congenitale plurimalformative. Tabloul clinic al acestui tip de patologie întruneste un fenotip particular caracterizat de dismorfie evocatoare, displazie ectodermala, anomalii ale diferitor organe si sisteme, în special, a scheletului, sistemului urogenital, a organelor vazului si a creierului. Abilitatea medicului practician de a realiza un diagnostic clinic corect, pornind de la abordarea expresiei fenotipice a pacientului, este esentiala si poate determina prognosticul bolii. A fost prezentat un caz clinic rar întâlnit.

Actualitatea studiului

Malformatiile congenitale sunt una dintre cauzele principale ale morbiditatii si mortalitatii infantile, fiind depasite în perioada neonatala doar de prematuritate, infectia severa si complicatiile asfixiei [5].