

Ø Copii cu diagnosticul de miocardita acuta au prezentat tulburari de ritm cardiac cu risc vital ca semn clinic primar (3 cazuri) si necesitau examinari suplimentare (figura 3).

Datele studiului nostru confirma datele studiilor publicate despre utilitatea metodei ECG Holter în stabilirea diagnosticului clinic primar, precum si în supravegherea copiilor cu cardiopatii acute si cronice pe cord indemn, adica în lipsa anomaliilor cardiace congenitale. Aceste constatari subliniaza necesitatea monitorizarii eficacitatii tratamentului cardiac medicamentos la acesti copii, pentru care examenul se efectueaza primar în conditii spitalicesti, iar ulterior se poate aplica repetat în supravegherea de durata a copiilor cu diverse cardiopatii acute si cronice non-malformative (miocardite, cardiopatii hipertensive, aritmii primare etc.)

Concluzii

1. Semnele clinice sugestive pentru aritmie sunt caracteristice preponderent copiilor de vârsta peste 7 ani.
2. Efectuarea ECG Holter permite depistarea aritmiilor cu risc vital la copii : extrasistolii ventriculare -6, fibrilatie/flutter atrial -1, bloc atrioventricular -2, copii din studiul nostru, respectiv
3. Aritmiile asimptomatice sunt prezentate la copii mai frecvent de extrasistolii (30%), la care înregistrarea ECG Holter a permis precizarea formei, malignitatii si necesitatii tratamentului antiaritmie.

Bibliografie

1. BATISSE A. Cardiopathies selon la fonction. In *Cardiologie pédiatrique pratique*. 2 éditions, DOIN EDITEURS, Groupe Liasons SA, Paris, 2002, p. 171-196.
2. CIUDIN R., GINGHINA C., GHIORCHIU I. *Aritmiile cardiace la copil și adult tânăr*. Editura INFOMEDICA, Bucuresti, 2003, 420p.
3. CORRDO D., BASSO C., THIENE G. Sudden cardiac death in young people with apparently normal heart. *Cardiovasc Res*, 2001, vol. 50, p.399-408.
4. CRAWFORD MH et al. ACC/AHA Guidelines for ambulatory electrocardiography: executive summary and recommanadations. *JACC*, 1999, vol.34, p.912-948.
5. FERRIERA J., LUIS J., MOTA P. et al. Holter electrocardiography in pediatric cardiology. *Rev Port Cardiol*, 1996, vol.15, p.27-33.
6. HOYEL L., FOURNIER A., CENTAZZO S.et al. Use of transtelephonic electrocardiographic monitoring in children with suspected arrhythmias. *Can J Cardiol*, 1992,vol.8, p.741-744.
7. ZEIGLER VL., GILLETTE PC. În *Practical management of pediatric cardiac arrhythmias*. Edition FUTURA, New York, 2001, p.1-52.
8. [http://dictionar.romedic.ro/holter_\(inregistrare\)](http://dictionar.romedic.ro/holter_(inregistrare))
9. http://fr.wikipedia.org/wiki/Holter_cardiaque
10. <http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/100/8/886>

TRATAMENTUL CU VIFERON ÎN HEPATITA CITOMEGALOVIRALĂ LA COPII

Olga Tighineanu¹, Veronica Harti¹, Ana Vîntu¹, Tatiana Raba², Valentin Țurea³
Spitalului Republican de copii „Emilia Cotaga”¹, IMSP Spitalul clinic republican pentru copii
“Em. Cotaga”², Catedra de Pediatrie nr.2 USMF "N.Testemitanu"³

Summary

Infection with CMV is a severe disease that conditions localized forms, generalized with an acute, gradual evolution, subclinical with viral persistence, revivals and a clinical polymorphism having a neurological and polyvisceral expression. One of the symptoms is

cytomegalovirus hepatitis, displayed via icterus, hepatosplenomegaly and in its treatment a very important role is having the preparation of immune modulators – Viferon

Rezumat

Infectia cu CMV este o afectiune severa conditionînd forme localizate si generalizate, cu evolutie acuta, lenta si subclinica;cu persistenta virala, reactivari si un polimorfism clinic avînd expresia neurologica si poliviscerala, printre care hepatita CMV manifestata prin icter, hepatosplenomegalie în tratamentul careia un rol important îi revine preparatelor imunomodulatoare – Viferon.

Actualitatea temei

Infectia cu virusul citomegalic (CMV) suscita tot mai mult interes, nu numai prin majorarea numarului de cazuri de infectie citomegalovirala la copii,dar si prin afectarea multisistemica severa a pacientilor si datorita numeroaselor consecinte ale acesteia în patologia pediatria.

Conform datelor Centrului Virusologic al CNSPMP gradul de infectare a populatiei cu CMV este foarte înalt, atîngînd 95-100% din populatia adulta(6). Infectarea cu CMV a copiilor sanatosi conform OMS constituie 50-64%(4). Caile de transmitere a CMV sunt diferite, deoarece virusul se poate afla în sînge,saliva,lapte,urina,masele fecale,lichidul spermatic,eliminările vaginale.

Frecventa infectiei perinatale si postnatale este apreciat diferit:între 10-60% din totalul infectiilor cu CMV s-ar produce pîna la vîrsta de 6 luni, infectarea rezultînd la nastere prin contactul cu secretiile tractului genital sau prin laptele de mama,eventual transfuzii de sînge.Sugarii infectati elimina ani de zile virusul prin saliva si urina.

Dupa o contaminare perinatale, cea mai mare parte dintre sugari este asimptomatic, doar 1/3 dezvoltă simptome de tip:

- icter
- hepatosplenomegalie
- adenopatie
- semne de pneumonie interstitiala
- o stare mononucleozica, evident cu anticorpi EBV negativ(5).

Obiectivele lucrării

Tratamentul hepatitei CMV cu antivirale ramîne rezervat gazdelor imunosupresate(1, 2).

International Herpes Management Forum(IHMF) recomanda Ganciclovirul, Foscarnetul si Cidofovirul pentru tratamentul infectiei CMV la sugari cu forme grave, manifestate; totodata mentionîndu-se toxicitatea lor înalta si efectele adverse majore.(3, 7).În acelasi timp acest tratament ramîne a fi costisitor si nu este inclus în programul unic al asigurarilor obligatorii de asistenta medicala în RM,cel face înaccessibil pentru majoritatea pacientilor.

Luînd în considerare cele mentionate mai sus, a fost administrat pacientilor cu hepatite CMV-Viferon.

Material și metode

Pentru abordarea problemei expuse în scopul studiului au fost examinati 61 pacienti cu hepatita CMV internati în sectia de hepatologie a spitalului Clinic Republican pentru copii ?E. Cotaga?

Pentru stabilirea diagnosticului s-a efectuat:

1. examinarea obiectiva a pacientilor;
2. investigarea sindroamelor de baza în hepatita cu CMV:citolitic(ALAT,ASAT), colestaza(bilirubina, FA, gama-GTP), mezenchimal-inflamator(leucocitele, VSH, ac. Anti-CMV Ig.M, ac. Anti CMV Ig.G, ADN CMV în ser, ADN CMV în urina);

3. markerii virusilor hepatici:HbsAg, anti-HbsAg, anti-Hbcorsumar, anti-Delta, anti-HCV, în scopul precizării etiologiei;
4. instrumentale: Eco-organelor cavitatii abdominale, Eco-Doppler a vaselor sistemului portal(la necesitate);

Acești parametri au fost apreciați la internarea pacienților(61) și respectiv după 3 luni de tratament cu viferon(30).

Pentru analiza materialului a fost folosit programul de statistică T. criteriu student și T. criteriu student pentru selecții coerente.

Rezultate și discuții

Analizând lotul de pacienți cercetați, s-au obținut două grupe în funcție de vârsta copiilor.

I grup – pînă la un an: 44 pacienți(72,1%)

II grup – de la un an pînă la 16-17 ani: 17 pacienți(27,8%)

La acești pacienți s-au studiat datele comparative ale unor semne clinice și sindroame paraclinice la copii cu hepatite CMV la internare (tab.1)

Tabelul 1

Date comparative ale unor semne clinice și tulburări paraclinice sugestive la copii cu hepatite CMV de diferite vîrstă

Semne clinice și paraclinice	Pînă la 1an (n = 44)	De la 1 an pînă la 16 ani (n = 17)
Icter	14 (31,8%)	5 (29,4%)
Hepatomegalie	11 (25%)	10 (58,8 %)
Hepato-splenomegalie	33 (75%)	7 (41,1 %)
ALAT	20 (45,4%)	3 (17,6 %)
ASAT	23 (52,2%)	2 (11,7 %)
Bilirubina	11 (25%)	3 (17,6 %)
FA	8 (18,1%)	6 (35,2 %)
Gama-GTP	25 (56,3%)	2 (11,7 %)
Leucocitoza	24 (54,5%)	1 (5,8 %)
VSH	29 (65,9%)	9 (52,9 %)
Ac. Anti CMV Ig. M	25 (56,8%)	11 (64,7 %)
Ac. Anti CMV Ig. G	24 (54,5%)	15 (88,2 %)
ADN CMV în ser	9 (2,4%)	4 (23,5 %)
ADN CMV în urina	12 (27,2%)	2 (11,7 %)

Analizînd rezultatele studiului efectuat putem constata că în 72,1% (44) din cazuri infecția cu CMV a survenit la primul an de viață, cu semne clinice:

- icter prelungit (31,8%), pînă la 1-2 luni
- hepatosplenomegalie (75 %)

Din modificările biochimice la copii primului an de viață predomină:

- sindromul citolitic (ALT - 45,4 % ; AST – 52,2 %)
- sindromul de colestază (bilirubina 25%; Gama-GTP – 50,3 %)
- sindromul mezenchimal-inflamator (leucocitoza – 54,55%; VSH – 65,9%;

ADN CMV în urina – 27,2 %).

Predominanța leucocitozei și VSH la copii I-lot comparativ cu cel de al II-lea lot poate fi explicat prin faptul că pacienții primului an de viață (2,4%) au suportat pneumonie interstitală.

La pacienții de vîrstă 1-16 ani, observăm predominanța hepatomegaliei(58,8%), fosfatazei alcaline(35,2%), anticorpilor anti-CMV Ig M(6,7%) și anti-CMV IgG(88,2%).

Demonstrarea anticorpilor specifici de tip IgM și IgG fac posibilă diferențierea între o infecție primară și secundară cu CMV. Creșterea rapidă a titrului IgM cu creșterea lentă a titrului

IgG indica o infectie primara.O crestere a IgM si IgG în paralel indica în general o infectie secundara(reactivare ori reinfectie). (5)

Dinamica comparativa a indicilor paraclinici precurativ si postcurativ în loturile I si II este reprezentata în *tabelul 2*.

Tabelul 2

Dinamica indicilor paraclinici pe fundalul tratamentului cu Viferon:

Indicii	Etapă de tratament	Lotul I (nr=21)	Lotul II (nr=9)	P
ALAT,un	pretratament	111,5+ _{28,6}	88,4+ _{52,4}	
	posttratament	38,1+ _{10,4} **	73,7+ _{39,4}	
ASAT,un	pretratament	104,4+ _{26,2}	70,6+ _{35,1}	
	posttratament	37,0+ _{9,2} *	66,6+ _{23,2}	
Bilirubina mkmol/l	pretratament	21,0+ _{6,5}	16,9+ _{2,1}	
	posttratament	19,7+ _{6,8}	14,0+ _{1,2}	
FA un/l	pretratament	452,1+ _{56,7}	588,2+ _{130,6}	
	posttratament	401,2+ ₃₁₉	229+ _{49,9} *	<0,05
Gamaglutamil transpeptidaza	pretratament	61,3+ _{9,5}	22,1+ _{4,2}	
	posttratament	23,0+ _{3,2} ***	16,4+ _{1,6}	<0,01
Leucocite	pretratament	10,0+ _{0,8}	6,2+ _{0,4}	<0,001
	posttratament	9,1+ _{0,6}	5,8+ _{0,8}	<0,001
VSH	pretratament	14,5+ _{1,42}	17,3+ _{3,7}	
	posttratamen	15,5+ _{1,67}	9,5+ _{1,2}	<0,01

Remarca:*<0,05; **<0,01; ***<0,001 veridicitatea statistica pre si posttratament;
P-veridicitatea statistica intre loturi

Datele prezentate în tabelul 2 demonstreaza, ca pe parcursul studiului efectuat a fost stabilit ca pâna la initierea tratamentului cu Viferon, la pacientii examinati, în comparatie cu cei dupa tratament acesti indici sau micorati în ambele loturi însa la pacientii lotului I s-a stabilit o dinamica mai evidenta comparativ cu lotul II, iar valorile obtinute au fost veridice prin P<0,01 pentru ALAT, P<0,05 pentru ASAT si P<0,001 pentru GamaGTP in lotul I.Veridicitatea statistica pre si posttratament in lotul II a fost obtinuta pentru fosfataza alcalina P<0,05. Veridicitatea statistica intre loturi este caracteristica pentru fosfataza alcalina P<0,05,GGTP P<0,01,leucocite P<0,001 si VSH P<0,01.

Este important de mentionat ,ca la 15 din 17 (88%)de cazuri infectia congenitala cu CMV a contribuit la formarea diverselor anomalii de dezvoltare (MCC-5,encefalopatii-5, hipotireoidism-2, anomalii de dezvoltare a vezicii biliare-2,strabism-1).

La copii de virsta mai mare de un an concomitent cu hepatita cronica ,infectia cu CMV a evoluat în forma de colecistita cronica si gastroduodenita cronica de reflux-5,ulcer a bulbului duodenal-2, pielonefrita cronica-5.

Concluzii

1. Analizînd datele obtinute ,concluzionam ca infectia cu CMV se manifesta prin simptoame clinice polimorfe nespecifice.

2. Evolutia favorabila a hepatitei CMV la pacientii supravegheatii peste 3 luni de la externarea din clinica a fost confirmata prin absenta sindromului icteric,tendinta spre micorare a ficatului,disparitiei splenomegaliei,negativarea în 77%cazuri a anticorpilor anti-IgM si a ADN CMV în urina în 50% cazuri.

3. Astfel ,terapia antivirala cu Viferon poate fi una de alternativa si necesita a fi studiata în continuare.

Bibliografie

1. Crumpacker C. S., Cytomegalovirus. In: Mandell, Douglas and Bennett's Principles of Infectious Diseases, 6th ed Philadelphia 2005:1,786-1,801.
2. Goodrich J.M.; Cytomegalovirus, 2004 (Medline) Drevets D.A.
3. Griffiths P.D. the treatment of cytomegalovirus infection // Journal of Antimicrobial Chemotherapy, 2002, 49, 243-253.
4. Êóçüî áí êî Ê.Ï., Êäî òñðèí Ê.Â. è í ô ä ö è ð í ä ä í í ñ ö ü ä ä ö ä é ñ á ð í í ò è ä è ü í í é ä ñ ò ì í é, ò è ð í í ä ä ä é í ä è ð ó ñ ì ì è ä í ç á ó ä è ð ä è ý ì è ì è ê í í è ä ñ í ç à, í í ä ä í í ò è ð í ç à, ò è ä ì è ä è í ç à (Í ä ä è ä ð ð è ý, 1999 Í : 1c.15-20).
5. Miu N. Infectia cu cytomegalovirus in pediatrie. Jurnalul Roman de Pediatrie, Vol.I, nr.3, septembrie 2002.
6. Spinu C., Birca L., Vutcarev V., Holban T., Spinu Ii., Rimis C., Seroprevalence of herpesviruses in blood donors from the republic of Moldova // IHMF Annual Meeting Abstracts. HERPES 27-29.02.2004, Amsterdam, Netherlands, p.22.
7. Whitleu R.I., Cloud G., Ganciclovir treatment of symptomatic congenital cytomegalovirus. Gruber W. infections results of a phase. Studi. National Institute of Allergy And Infections Diseases. Collaborative Antiviral Study Group J. Infect Dis. 1997 May; 175(5); 1080-1086p.

MIOCARDITA ACUTA LA COPII

Mariana Dragan, Ion Stegărescu, Adela Stamati

Catedra Pediatrie nr1 USMF „Nicolae Testemitanu”

Summary

Acute myocarditis (MA) is a primary inflammatory heart disease with a complete healing in about 80% of cases (Feldman et al., 2000). Etiological factor more frequently encountered in the MA in children is viral infection. Clinical presentations of MA in children are varied and nonspecific. Our study assessed 49 children with clinical diagnosis of MA, which predominated between the young children (67.4%). The primary clinical signs were more common in heart failure 43 (91%) and cardiac arrhythmias in 19 (38.77%) children. More than half of patients (57%) have suffered a recent acute viral respiratory infection.

Rezumat

Miocardita acuta (MA) este o afectare cardiaca inflamatorie primara cu o probabilitate de vindecare completa în circa 80% din cazuri (Feldman et al., 2000). Factorul etiologic mai frecvent întâlnit în MA la copii este infectia virala. Prezentarile clinice a MA la copii sunt foarte variate si nespecifice. Studiul nostru a evaluat 49 de copii cu diagnosticul clinic de MA, dintre care au predominat grupul de copii de vârsta mica (67,4%). Semnele clinice primare cele mai comune au fost insuficienta cardiaca la 43 (91%) si disritmiile cardiace 19 (38,77%). Mai mult de jumătate din pacienti (57%) au suportat recent o infectie respiratorie virala acuta.

Actualitatea temei

În structura afectiunilor cardiovasculare miocardita acuta (MA) se înscrie cu o morbiditate marcata. Desi incidenta miocarditelor la copii nu se cunoaste, datele publicate în literatura de specialitate confirma cifre înalte de mortalitate în cazurile sugarilor si copiilor de vârsta mica - de la 25 la 75% [1]. Adevarata incidenta a MA la copii actualmente nu se cunoaste. Câteva studii necroptice au remarcat o incidenta de 17-21% la persoanele tinere decedate subit [5]. Infectiile virale sunt responsabile pentru majoritatea cazurilor de MA, în special al adenovirusurilor si enterovirusurilor [6,9,13].