

În baza datelor clinice și paraclinice a fost stabilit diagnosticul de Boală Celiacă. Dismicrobism intestinal (Staphylococcus aureus). Hepatita metabolică. Anemia carențială gr. I-II. Rahitism carențial, evoluție subacută. Malnutriție protein-calorică severă. Stare toxico-distrofică.

A fost efectuat următorul tratament: dieta semi-elementară cu amestec "Alfare", regim fără gluten, în primele 5 zile terapie infuzională cu corecția lichidului iono-hidric, alimentația parțial parenterală (soluții de aminoacizi – Aminosol KE); preparate de fier, multivitamine per os, enzyme pancreatice(Creon), biopreparate. A fost externat la a 32-a zi în stare satisfăcătoare cu adaos în greutate 1000 g, activ, bine dispus.

Concluzii

1. Particularitățile clinice ale celiachiei la copii de vârstă fragedă din studiu au avut la bază dereglări dispeptice ale tractului digestiv: diaree, anorexie, vomă, meteorism, scaune voluminoase steatoreice. Cu aceeași frecvență au predominat semne neurologice specifice patologiei date: hipirexcitabilitate, apatie, tristețe, semne de autoagresie.

2. Rolul componentei alimentare în apariția primelor semne clinice de celiachie la copii în vârstă fragedă a fost primordială prin faptul că în majoritatea cazurilor copii au fost la alimentație artificială sau mixtă cu folosirea formulelor neadaptate și diversificare cu paste făinoase și terciuri din cereale. Erorile alimentare s-au soldat cu instalarea malnutriției marcate la 18 copii (64.3%).

3. Efectul dietei agliadinice în tratamentul celiachiei la copiii evaluați ținând cont de adaos ponderal a fost atestat în primele două săptămâni la 16 (57,14 %) copii. Eșecul creșterii ponderale în restul cazurilor a fost argumentat de prezența bolilor infecțioase concomitente care au avut impact negativ pentru creștere (bronhopneumonii, infecții ale căilor urinare etc.).

Bibliografie

1. Beattie R.M.. The changing of celiac disease. Arch.Dis.Child.,2006, vol.91, p.955-956.
2. Green P.H.,Jarbi B.Celiac disease.Annu Rev.Med.,2006,vol.57,p.207-221.
3. Laura Trandafir,E.Cârdei, Laura Bozomitu,M.Burlacu, Delia Asoltanei, Dina Mihailă, Dan Moraru. Aspecte evolutive ale bolii celiace la copil. Jurnal Român de pediatrie 2003,N1,p.47-51.
4. Țurea Valentin, Bologa Ludmila, Eșanu Galina, Dacin Maia, Șit Suzana, Rotari Adrian, Chiriac Adrian, Vicol Marian, Ciuntu Angela, Cîrstea Olga, Ombun Alina. Evaluarea paraclinică în pediatrie.Chișinău, 2009. p. 120
5. N.Miu ,Camelia Mărgescu, D.Gheban Algoritm diagnostic în sindromul de atrofie vilozitară-Jurnal Român de pediatrie 2005, nr. 3, p.3-8.
6. D.Matei Aspecte nutriționale în boala celiacă, Jurnal Român de pediatrie, 2002, N3, p.25-29.
7. Ion Mișu ,Viorica Pleșca ,Gastroenterologie pediatrică, 2007, p.217.

PARTICULARITĂȚILE CLINICO-EVOLUTIVE ALE MALNUTRIȚIEI LA COPII

Ana Guragata, Iana Pavlovshi, Ecaterina Borovic, Ala Jivalcovschi

Departamentul Pediatrie USMF "Nicolae Testemițanu"

Summary

Clinical and evolutionary peculiarities of the malnutrition in early childhood

The work represents a retrospective study of a group of 50 children with moderate and severe malnutrition. There were determined risk factors, feeding errors, clinical and paraclinical data, Z-score in different stage of disease. Feeding peculiarities, anthropometric data and Z-score according WHO software program are predictive for evolution of malnutrition.

Rezumat

Lucrarea prezintă un studiu retrospectiv a unui lot de 50 copii cu malnutriție moderată și severă.

S-au determinat factorii de risc, erorile alimentare, datele clinice și paraclinice, Z-score în diferite grade a bolii. Particularitățile alimentației, datele antropometrice și Z-score conform programului software al OMS sunt predictive pentru evoluția malnutriției.

Actualitatea

Malnutriția este o problemă de sănătate publică, din cauza mortalității crescute, precum și din punct de vedere al deficienței psihologice, adaptaționale și uneori organice, care se poate manifesta în timp, la copiii cu tulburări ai stării de nutriție [2].

Datele furnizate de OMS privind decesele a trei milioane în fiecare an în rândul copiilor ce suferă de malnutriție, indică asupra actualității problemei, atenționând faptul că majoritatea copiilor decedează într-un stadiu avansat de subnutriție.

Scopul

Analiza evoluției malnutriției în diverse stadii de manifestare, luând în considerare durata dezvoltării și maladiile concomitente.

Obiectivele

1. Identificarea celor mai frecvente cauze ce au dus la malnutriție.
2. Evidențierea erorilor frecvente în alimentația copiilor cu malnutriție.
3. Stabilirea indicilor nutritionali și staturali și a curbelor de dezvoltare a copiilor studiați.

Materiale și metode

Studiul efectuat se bazează pe o analiză retrospectivă a datelor clinice și paraclinice al 50 copii cu malnutriție, tratamentul cărora a fost efectuat în Spitalul Clinic Republican de Copii "Em. Coțaga" în perioada anilor 2010 - 2011.

Datele au fost analizate în conformitate cu un protocol clinic special.

Pentru analiza statusului nutritiv al copiilor studiați a fost utilizat software-ul «WHO Anthro» (Software-ul WHO Anthro pentru calculatoarele personale, versiunea 3, 2009: o programă pentru aprecierea înălțimii și dezvoltării copiilor în lumea întreagă. Geneva: WHO, 2009. Programul a permis să analizăm datele individuale și să creăm grafice personalizate, rezultatele au fost prelucrate în concordanță cu standardele OMS și prezentate sub forma unor grafice.

Analiza datelor paraclinice a copiilor evaluați cu malnutriție a inclus hemograma, analiza biochimică desfășurată, coprocitograma, coprocultura, studiul radiologic, ecografia organelor interne, ECG, ECHO-CG în cazuri speciale la 11 copii.

În terapie intensivă din cei 50 de copii s-au tratat 21 de copii, cu durata medie 4.5 zile. Alimentație dietetică (NAN fără lactoză) au primit 11 copii, nutriție parenterală (soluție Glucoză 10%, de aminoacizi) – 10 copii, în perioada aflării în secția de terapie intensivă.

Vârsta medie a tuturor copiilor evaluați a fost de $10 \pm 7, 3$ luni. Cu vârsta de până la un an au fost două treimi din copii. În grupul cu vârsta de până la 6 luni, au intrat 17 copii și tot atâția au fost cu vârsta mai mare de un an. În categoria de vârstă între 6 și 12 luni, au intrat 16 copii.

Durata tratamentului în staționar, la majoritatea copiilor (25 copii), a constituit 14 zile, 12 copii au fost internați pentru 4-5 săptămâni, 13 au fost externați în termenul de până la 7 zile. Copiii cu durata cea mai mică a aflării în staționar, au suferit de insuficiență de lactază, ceea ce a permis ca în termeni mult mai restrânși, să fie înlăturată cauza malnutriției.

În proporții egale, au fost spitalizați copii din Chișinău și din Republică. În grupul copiilor cu malnutriție, 6 copii au fost prematuri, iar ceilalți cu masa la naștere în limitele

normei. Majoritatea copiilor evaluați (47) au fost internați în secția malnutriției pentru prima dată.

Au fost incluse în studiu, doar cazurile cu malnutriție de gradul II și III. În calitate de diagnostic de bază, malnutriția, a fost stabilită la 1/3 dintre copii. La majoritatea copiilor (52 %), malnutriția s-a dezvoltat drept complicație a bolii de bază. Ca patologie concomitentă, malnutriția a fost identificată la 24% dintre copii.

Rezultate și discuții

În analiza statistică s-au inclus datele antropometrice, în conformitate cu normele OMS, referitor la evaluarea malnutriției la copii s-a utilizat Z-scorul calculat în programa WHO Anthro, și graficele de dezvoltare a copiilor. S-au folosit imagini grafice, deoarece acestea permit o vizualizare optimă a dezvoltării fizice a copilului pe curbe normative.

Z-scorurile copiilor analizați sunt deplasate spre stânga de-a lungul axei absciselor raportată la curba normativă. Din graficele prezentate mai jos putem concluziona faptul, că grupul copiilor selectați pentru studiu a fost ales corect.

În funcție de rezultatele obținute în cursul "Evaluării individuale", copiii au fost divizați în două loturi după gradul malnutriției. În primul lot au fost incluși copii, Z-scorul cărora intra în diapazonul $-2 \leq Z < -2 DS$ (DS – Deviația standart), prin urmare cu malnutriție de gradul II - 24 de copii, în al doilea grup, cu Z-scorul mai mic de $-3 \leq Z < -3DS$ - gradul III de malnutriție, respectiv - 26 de copii.

Vârsta medie a copiilor din primul grup a fost egală cu $10,5 \pm 7,3$ luni, în al doilea - $9,4 \pm 7,6$ luni, diferență statistic nesemnificativă ($p > 0,05$). Printre copiii studiați au fost 36 (72%) fete și 14 (28%) băieți, în primul grup au fost 20 fete și 4 băieți, în al doilea - 16 fete și 10 băieți.

La copiii cu malnutriție a fost identificată patologia organelor sistemului respirator în 60% cazuri (IRVA – 10 copii, pneumonie – 20 copii). Au fost constatate cazuri unice de patologie a SNC (microcefalie, encefalopatie, sindromul hiperexcitabilității SNC), dereglări funcționale și inflamatorii a organelor tractului digestiv ș. a. (fig. 1).

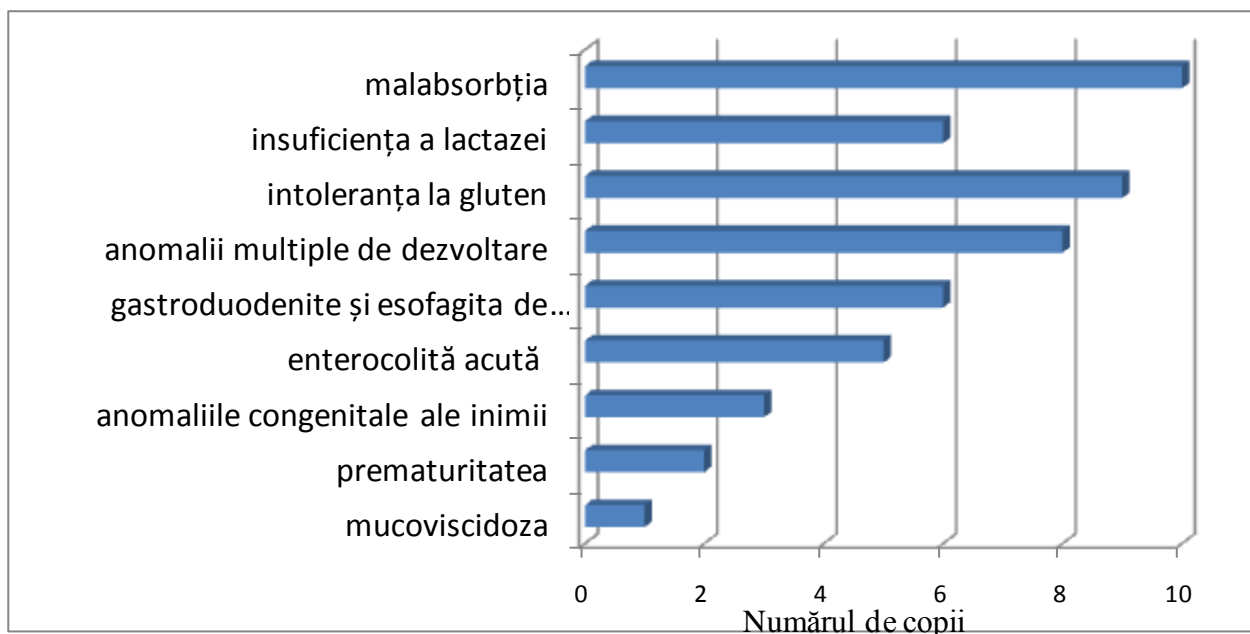


Fig. 1 Cauzele malnutriției la copiii studiați.

Afecțiunile organelor tractului urogenital, au constituit 8% din cazuri. La 25% de copii, a fost identificată anemia fierodeficientă, iar trei copii au fost diagnosticați cu viciu cardiac înnașcut. Restul cazurilor, au inclus așa anomaliile congenitale ca hemangiomul, timomegalia, hipotireoidie, ce au constituit 10% cazuri.

Din anamneză, s-a stabilit că doar 9 (18%) copii au beneficiat de alimentație naturală, la alimentație artificială au fost 18 (36%) copii, dintre care 11 (22%) copii au primit amestecuri adaptate, iar 7 (14%) copii - neadaptate (lapte de vacă); alimentație combinată au primit 15 (30%) copii. Alimentație făinoasă uniformă a fost identificată la 9 (18%) copii, la care cauza principală a malnutriției a fost intoleranța glutenului.

În secția de malnutriție 40% copii au fost la alimentație mixtă cu formulele NAN fără lactoză, Alfare. La alimentație artificială au fost 30 (60%) copii, în afară de formulele menționate s-a utilizat și Hipp, Nutrillac/Nutrilon.

Dezvoltarea malnutriției exogene, ca urmare a gastroduodenitei sau a enterocolitei acute s-a observat la 24% dintre copii; ca urmare a malformațiilor multiple de dezvoltare (hemangiom masiv, sindromul Pierre-Robin, fistulă traheo-esofagiană). Manifestarea factorilor endogeni în malnutriție s-a stabilit în decurs de o lună la 18% din copii; datorită încălcării tipului de alimentație (formule lactate neadaptate, produse făinoase în exces, intoleranță la lactoză) la 58% din copii.

Proape la jumătate din copii, primele semne ale bolii au fost voma și diareea. La ¼ din copii, maladia a debutat cu IRVA sau bronhopneumonie. Tratament ambulator au primit 30% din copii, dintre care 3 copii au primit antibiotice, iar restul - tratament simptomatic.

În jur de 60% copii au fost internați în stare gravă și foarte gravă. Ceilalți copii au fost spitalizați într-o stare de gravitate medie. La internare 66% din copii au avut semne evidente de malnutriție. La 22% au fost identificate obiectiv simptome catarale. Semnele de deshidratare au fost prezente la 40% din copii. La un sfert dintre copiii internați s-au constatat modificări patologice în plămâni, mai frecvent cu asociere a sindromului obstructiv. Flatulența s-a remarcat la 26 din cei 50 copii testați. 40% copii au avut ficatul mărit, la un copil - splenomegalie. În același raport în timpul spitalizării a fost observată voma și diareea la 24%.

Rezumând datele antropometrice ale analizei individuale a copiilor din fiecare grup, s-au obținut următoarele grafice, care demonstrează în mod clar, repartizarea grupurilor de copii în raport cu curba normativă. Vedem că cu cât e mai mare gradul de malnutriție, cu atât e mai deplasată spre stânga curba stării de nutriție (fig.2 , 3).

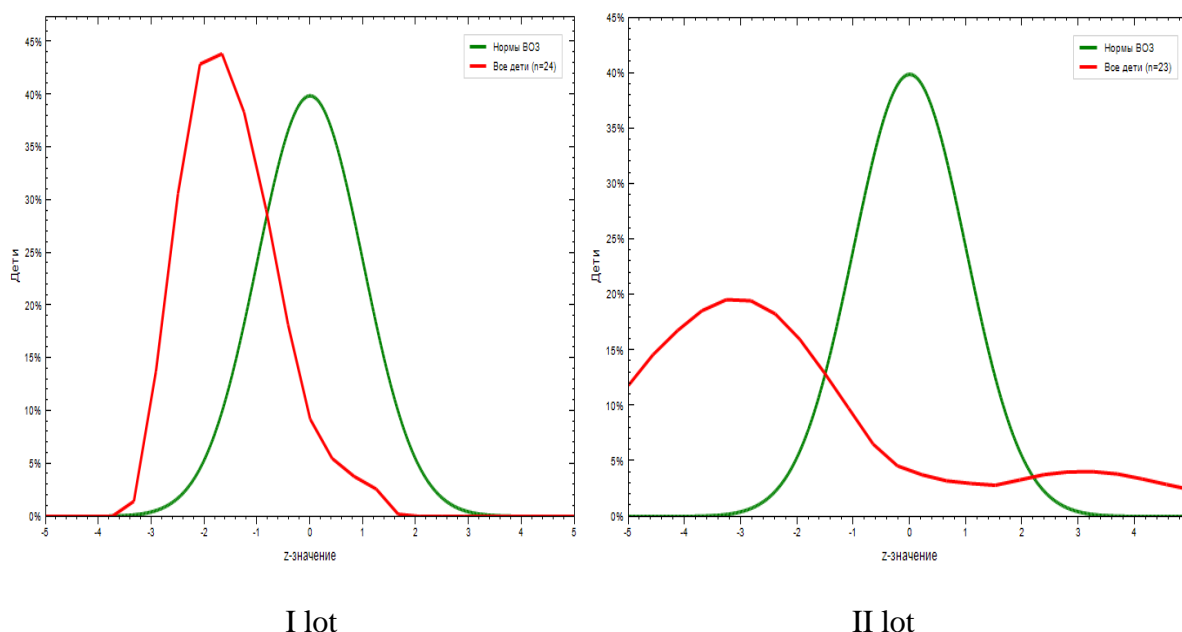
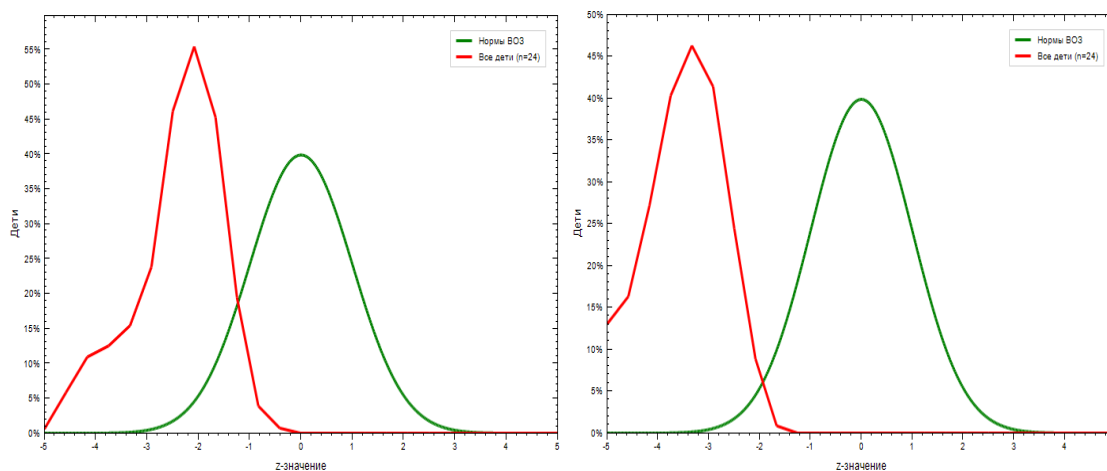


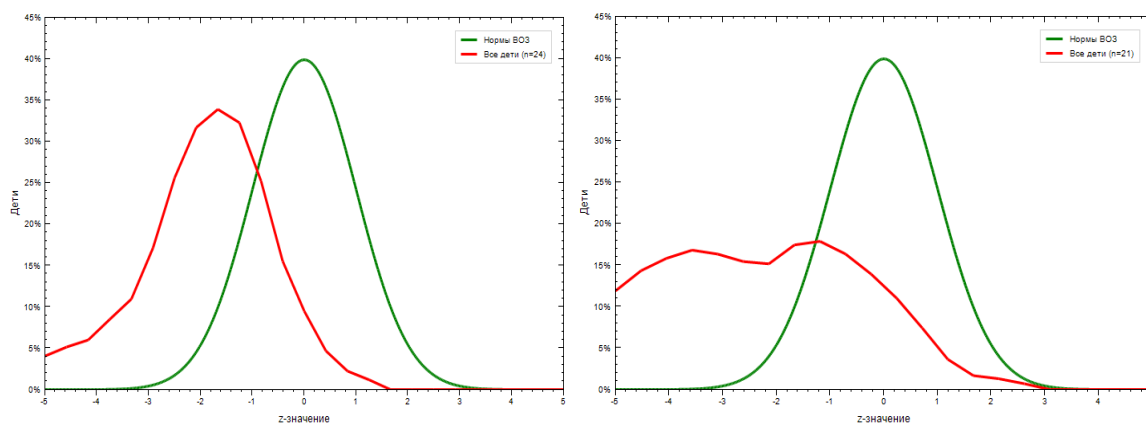
Fig. 2. Starea nutrițională a copiilor din primul și al doilea lot după indicatorul greutatea raportată la lungime.



I lot

II lot

Fig. 3. Starea nutrițională a copiilor din primul și al doilea lot după indicatorul masa corporală raportată la vârstă.



I lot

II lot

Fig. 4. Starea nutrițională a copiilor din primul și al doilea lot după indicatorul lungimea corpului raportată la vârstă.

Comparând durata tratamentului copiilor studiați cu malnutriție din cele două loturi, s-a constatat că durata medie de spitalizare, în primul lot a fost de $7,75 \pm 2,77$ zile, iar în al doilea $16,07 \pm 1,09$ zile ($p < 0,01$). Conform datelor primite, putem concluziona că cu cât e mai mare gradul de malnutriție, cu atât e mai dificil și îndelungat tratamentul.

Indicatorii sângelui periferic, atestă că, odată cu creșterea gradului de malnutriție există o tendință de creștere a severității anemiei, ce poate indica un sindrom de malabsorbție secundar de substanțe nutritive la nivelul tractului digestiv, iar schimbările de absorbție a microelementelor duc la scăderea hemopoiezei.

Leucocitoza în prima grupă a constituit 20,8%, iar în a doua – 15,4%, ceea ce poate fi legat de micșorarea răspunsului imun în malnutriția severă. Accelerarea VSH în primul grup a fost identificată la fiecare al treilea copil, la copii cu gradul III de malnutriție - la fiecare al doilea. Modificările mai evidente a VSH-ului la copiii cu malnutriție de gradul III, pot fi explicate de durata procesului și prezenței bolilor concomitente.

Analizând statutul metabolic al copiilor din grupurile studiate, s-au obținut următoarele schimbări ale metabolismului: creșterea activității transaminazelor plasmatice a fost întâlnită de 1,5 ori mai frecvent la copiii din al doilea grup; hipoproteinemia și hipocalciemia în primul și al doilea grup s-a observat cu o frecvență egală; hipoglicemia a fost de 2,5 ori mai frecventă la

copiii cu malnutriție severă. Reeșind din cele expuse, gradul tulburărilor metabolice reflectă gradul de malnutriție.

În timpul cercetării, s-a evaluat prevalența și structura modificărilor existente din partea organelor interne. Prin urmare, pneumonia conform datelor studiului radiologic, a fost întâlnită de 2 ori mai frecvent în al doilea grup de copii cu malnutriție severă. Mărirea ficatului, potrivit studiilor ecografice, în primul grup s-a evedențiat la 41,7% din copiii, în al doilea grup - 30,7%. Frecvența pancreatitei reactive, în ambele grupuri, a fost foarte ridicată și a constituit 78% și respectiv 88,5% în primul și al doilea grup. (tabelul 1).

Tabelul 1

Indicatorii statutului metabolic și a patologiilor organelor interne a copii cu malnutriție

Indicatorii biochimici	I grupă de copii (malnutriție de gradul II) n=24	II grupă de copii (malnutriție de gradul III) n=26
Majorarea activității transaminazelor plasmatice	8 copii (33,3%)	13 copii (50%)
Hipoproteinemie	15 copii (62,5%)	14 copii (53,8%)
Hipoglicemie	3 copii (12,5%)	8 copii (30,8%)
Hipocalcemie	8 copii (33,3%)	9 copii (34,6%)
Pneumonie (radiografia plămânilor)	4 copii (16,7%)	9 copii (34,6%)
USG a organelor interne:		
- mărirea ficatului	10 copii (41,7%)	8 copii (30,7%)
-pancreatită reactivă	18 copii (78%)	23 copii (88,5%)

Concluzii

1. Cele mai frecvente cauze ale malnutriției în rândul copiilor studiați au fost maladiile tractului gastro-intestinal (gastroduodenita, enterocolita), cu dezvoltarea secundară a sindromului de malabsorbție; au fost evedențiați și factorii prenatali (malformații congenitale, prematuritate și fibroza chistică).
2. Erori în alimentație au fost transferul timpuriu al copiilor la o alimentație artificială sau mixtă, cu utilizarea laptelui de vaci și produselor făinoase. La copiii cu malnutriție alimentați natural cauza identificată a fost insuficiența de lactază.
3. Analiza individuală efectuată la copiii, cu diferite grade de malnutriție, a permis obiectivizarea stării nutriționale și evaluarea completă a statutului nutrițional al copilului: masa raportată la vârstă, înălțimea la vârstă, masa la înălțime, indicele de masă corporală la vârstă. Crearea graficelor individuale după evaluarea completă a copiilor cu diferite grade de malnutriție, au permis vizualizarea depășirii curbelor indicilor studiați față de distribuția normală după vârstă, conform nomogramelor OMS.

Bibliografie

1. Center for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. CDC growth charts: United States. 2000. p. 230
2. Colta Mihai Ioan, Spitalul de urgență copii Sf.Maria, Terapie Nutrițională Iași, 2000. p. 94

3. Handbook of Pediatric Nutrition, 2005, p.391.
4. Jahoor F., Badaloo A., Reid M. et al. Protein metabolism in severe childhood malnutrition, *Ann Trop Paediatr.* 2008, nr. 28 (2), p. 87–101.
5. Mary L. Gavin Hunger and Malnutrition Kids Health, 2009, nr.11, p.10-14.
6. Sinaasappel M., Stern M., Littlewood J. et al. Nutrition in patients with cystic fibrosis: a European Consensus *Journal of Cystic Fibrosis*, 2002, 1, p. 51–75.
7. Svetlana Şciuca. Esenţialul în bolile nutriţionale ale copilului. p. 5-20, Chişinău, 2007. Tipografia Centrala, 280p.

PARTICULARITĂŢILE AFECTĂRII ARTICULARE LA COPIII CU HEMOFILIE DIN R. MOLDOVA

Galina Eşanu, Aliona Baltag, Marian Vicol, Rodica Bordian

Departamentul Pediatrie, Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "Nicolae Testemiţanu"

Summary

Particularities of articular damage in children with hemophilia from the Republic of Moldova

The study was performed to determine clinical and evolutionary particularities of hemophilia in general and particularly the articular damage in hemophiliac children from the Republic of Moldova. From a total of 61 patients included in the study, 55 were diagnosed with type A Hemophilia and 6 with type B Hemophilia. The severe form of the disease was determined in 23 patients, moderate form in 34 patients and mild form in 4 patients. The onset of the disease in 46 % of cases happened in the first year of life, in 87 % of cases the first symptom was the hematoma.

Rezumat

Studiul a avut scopul de a aprecia particularităţile clinico-evolutive ale hemofiliei în general şi ale afectării articulare în particular la copiii din Republica Moldova care suferă de această patologie. Din totalul de 61 pacienţi incluşi în studiu 55 au fost cu hemofilie A şi 6 cu hemofilie B. Forma severă a bolii a fost apreciată la 23 pacienţi, forma moderată la 34 şi uşoară la 4 pacienţi respectiv. Debutul bolii în 46% cazuri s-a produs în primul an de viaţă, în 87% cazuri primul simptom fiind hematomul.

Actualitatea

Prin termenul Hemofilie este definit un grup de coagulopatii congenitale determinate de defecte cantitative sau calitative a factorilor de coagulare implicaţi în calea intrinsecă de activare a protrombinei şi care se manifestă clinic prin hemoragii cu diferită localizare. În dependenţă de factorul de coagulare interesat patologia este apreciată ca: Hemofilia A (F VIII), Hemofilia B sau boala Christmas (F IX) şi Hemofilia C sau boala Rosenthal (F XI) [1]. Termenul a fost propus de Schonlein în 1839, deşi boala era cunoscută încă din antichitate.

Hemofilia este cea mai frecventă şi severă coagulopatie. Dintre toate coagulopatiile cunoscute hemofiliile alcătuiesc 80%. În cadrul grupului de hemofilii 80-85% cazuri sunt reprezentate de hemofilia A, 15-20% cazuri – de hemofilia B. Hemofilia C se înregistrează în cazuri unice. După datele diferitor autori incidenţa hemofiliei A este de 1 caz la 5000 – 10000 noi-născuţi de sex masculin. Incidenţa hemofiliei B este mai mică (1 caz de Hemofilie B : 4 cazuri de Hemofilie A) [2].

Tabloul clinic al hemofiliei este determinat de tendinţa permanentă spre hemoragie.

Hemoragia poate lua cele mai variate forme clinice. Ea poate fi:

- externă: epistaxis, hemoragii bucale (gingivoragii, plăgi muşcate ale buzelor sau limbii) şi hemoragii din plăgi tăiate,