

Nivelurile circulante ale PCR elevează progresiv în primele 72 de ore după angioplastie la pacienții fără și mai accentuat cu RIS (68 vs 94% față de nivelul preprocedural), se corelează cu valorile crescute ale FL-A<sub>2</sub>, dar rămân semnificativ majorate cu 54 și 68% după 3 (5,7 ± 3,2 mg/L) și, respectiv, 6 (6,2 ± 3,4 mg/L) luni numai la pacienții care au dezvoltat RIS. La pacienții fără restenoză PCR este în declin și la perioada de 3 și 6 luni după angioplastie se atestă cu 9 și, respectiv, 18% sub nivelul preprocedural. Astfel, datele noastre aduc dovezi suplimentare asupra semnificației predictive a creșterii PCR peste 3 mg/L, după 3 luni de zile de la angioplastie privind riscul evoluției RIS și rolul procesului inflamator în formarea și hiperplazia neointimei, substratul morfologic principal al restenozei.

Numărul de macrofagi estimați în patternul tisular luminal al stentului restenozat crește în raport direct cu gradul RIS, fiind triplat deja la gradul minim al acesteia (15 vs 5 celule în stentul fără restenoză) și atinge cote medii de 156 celule/mm<sup>2</sup> în RIS de grad sever. Acumularea macrofagilor datorită pasajului monocitelor sangvine se corelează inteligibil cu majorarea PCR și, în special, a FL-A<sub>2</sub>, prin ce se confirmă rolul inflamației în evoluția RIS, precum și valoarea FL-A<sub>2</sub> drept marker al inflamației intravasculare, alterării și disfuncției endoteliale.

#### Bibliografie

1. Popovici I. Optimizarea diagnosticului și tratamentului invaziv prin evidențierea predictorilor morfofuncționali și biochimici ai restenozei coronariene: Autoref. tezei de doctor habilitat în medicină. Chișinău, 2011.
2. Buja M. Vascular responses to percutaneous coronary intervention with bare-metal stents and drug-eluting stents: a perspective based on insights from pathological and clinical studies. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2011;57(11):1323-1326.
3. Попович И. Роль микро-РНК 143/145 в развитии внутривенного рестеноза. *Кардиология.* 2011;9:17-21.
4. Karaca I, Aydin K, Yavuzkir M, et al. Predictive value of C-reactive protein in patients with unstable angina pectoris undergoing coronary artery stent implantation. *J. Int. Med. Res.* 2005;33(4):389-396.
5. Gomma AH, Hirschfield GF, Gallimore JR, et al. Preprocedural inflammatory markers do not predict restenosis after successful coronary stenting. *Am. Heart J.* 2004;147(6):1071-1077.
6. Kang WC, Ahn TH, Moon CI, et al. Comparison of inflammatory markers and angiographic outcomes after implantation of Sirolimus and Paclitaxel eluting stents. *Heart.* 2009;95:970-975.
7. Lavi S, Lavi R, McConnell HR, et al. Lipoprotein-associated phospholipase A(2): a review of its role as a marker and a potential participant in coronary endothelial dysfunction. *Mol. Diagn. Ther.* 2007;11(4):219-226.
8. Toth PP, McCullough PA, Wegner MS, et al. Lipoprotein-associated phospholipase A(2): role in atherosclerosis and utility as a cardiovascular marker. *Expert. Rev. Cardiovasc. Ther.* 2010;8(3):425-438.
9. Gottsauner-Wolf M, Zasmata G, Hornykewycz S, et al. Plasma levels of C-reactive protein after coronary stent implantation. *Eur. Heart J.* 2000;21:1152-1158.
10. Hoshida S, Nishino M, Takeda T, et al. A persistent increase in C-reactive protein is a risk factor for restenosis in patients with stable angina who are not receiving statins. *Atherosclerosis.* 2004;173:285-290.
11. Niccoli G, Montone R, Ferrante G, et al. The evolving role of inflammatory biomarkers in risk assessment after stent implantation. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2010;56:1783-1793.
12. Ridker P, Danielson E, Fonseca F, et al. Rosuvastatin to prevent vascular events in men and women with elevated C-reactive protein. *New Engl. J. Med.* 2008;359:2195-2207.
13. Jaumdally R, Varma C, Macfadyen R, et al. Coronary sinus blood sampling: an insight into local cardiac pathophysiology and treatment? *Eur. Heart J.* 2007;28:929-940.

## Particularitățile clinico-evolutive ale bronșitei acute obstructive la copiii sugari

A. David

Department of Pediatrics, Clinic No 1, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”  
7, Serghei Lazo Street, Chisinau, Republic of Moldova

Corresponding author: aladavid01@gmail.com. Manuscript received May 24, 2012; revised October 15, 2012

### Clinicly-evolutive features of acute obstructive bronchitis in infants

Chronic obstructive bronchitis is one of the most common diseases of respiratory system in children, being an actual problem, with major influence on life quality. According to the data from special scientific sources, incidence is 27-31% at the children of first year of life, gradually decreasing with aging. In publications are evaluated clinicly-evolutive features of chronic obstructive bronchitis in infants. Studying included 161 of children, were divided by age in 2 patterns: 1 month, 1 day-6 months – 140 ± 0.49 (86.96%), p < 0,001 and 7-12 months – 21 ± 0.27 (13.04%), p < 0,001 of children. Study demonstrated that clinic evolution of chronic obstructive bronchitis at children in age of 1 month, 1 day – 6 months was more severe, in comparison with children inn age of 7-2 months.

**Key words:** acute obstructive bronchitis, clinicly-evolutive features, infants.

### Реферат

Обструктивный острый бронхит, одна из наиболее часто встречающихся патологий дыхательной системы у детей, является актуальной проблемой, из-за внушительного влияния на качество жизни пациентов. Согласно данным литературы по специальности, процент заболеваемости составляет 27-31% у детей первого года жизни, постепенно снижаясь с возрастом. В статье описаны особенности клинического течения обструктивного острого бронхита у грудных детей. Были обследованы 161 детей, которые были распределены в две возрастные группы: 1 месяц, 1 день и 6 месяцев  $140 \pm 0,49$  (86,96%),  $p < 0,001$  и 7-12 месяцев –  $21 \pm 0,27$  (13,04%),  $p < 0,001$  детей. Было выявлено, что клиническое течение обструктивного острого бронхита у детей возрастной группы 1 месяц, 1 день и 6 месяцев протекало тяжелее, чем у детей возраста 7-12 месяцев.

**Ключевые слова:** обструктивный острый бронхит, особенности клинического течения, дети грудного возраста.

### Actualitatea temei

Afecțiunile respiratorii, prin incidența înaltă în structura nozologică a morbidității infantile, constituie o problemă de stringentă actualitate, prin răspândirea vastă și consecințele social-economice nefavorabile. Ele constituie, aproximativ, 50-73% din totalul maladiilor întâlnite la copii, în grupul de risc fiind incluși copiii sugari [8].

Ocupând locul întâi printre patologii, bronșita acută obstructivă este una din cele mai frecvente maladii ale sistemului respirator. Conform datelor din literatura de specialitate, incidența ei este de 27-31% la copiii primului an de viață, treptat diminuând cu vârsta [6, 13].

Incidența sporită este favorizată de frecventarea diverselor colectivități, imaturitatea funcțională a mecanismelor de protecție antiinfecțioasă și de particularitățile funcțional-structurale ale sistemului respirator [10].

Morbiditatea prin bronșită acută obstructivă este expusă variației sezoniere, care determină prevalența diversilor virusuri. Infecțiile cu virusul paragripal au vârful incidenței toamna, virusurile gripale prevalează iarna, iar pentru infecția cu virusul respirator sincițial și adenovirus este tipic un model sezonier de iarnă-primăvară [1, 3]. Infecția virală se poate complica cu infecții bacteriene, care înrăutățesc starea generală a copilului.

Importanța acestei probleme crește în legătură cu mărirea frecvenței patologiei, agravarea evoluției, care duce la consecințe neavorabile. De obicei, bronșita acută obstructivă are o evoluție favorabilă și modificările clinice revin în 10-14 zile [9, 12]. Tulburările respiratorii involuează pe parcursul a 2-3 zile, dar modificările radiologice se mențin o perioadă mai îndelungată.

Însă, pentru 1/3-2/3 copii, bronșita acută obstructivă evoluează cu episoade recurente de wheezing [2]. Riscul recurenței este maximal la copiii cu primul episod declanșat în perioada sugarului (75%), reducându-se pentru copilul de vârstă fragedă la 58-35%. Recurența poartă un caracter sezonier, la 85% copii se repetă în următoarele 8-10 luni [5, 9, 12].

Evoluția bronșitei acute obstructive este mai severă la copiii până la 1 an de viață [6, 13]. Conform datelor din literatura de specialitate, a fost determinat că episoadele de obstrucție bronșică se înregistrează la fiecare al doilea copil sugar, care a suferit de bronșită acută obstructivă [2, 12].

Tabloul clinic asemănător al bronșitei acute obstructive au și alte patologii ale aparatului respirator, care decurg cu dereglarea permeabilității bronșice, făcând dificil diagnosticul diferențial [4, 7, 11].

Pentru a evita complicațiile posibile, este foarte important de a diagnostica la timp patologia și a aplica o tactică rațională de tratament. Se cunoaște, că complicațiile frecvente în bronșita acută obstructivă sunt insuficiența respiratorie, bronșita recurentă și astmul bronșic la copiii, care au suportat maladia într-o formă mai severă [5, 9, 12].

Deși incidența și prevalența bronșitei acute obstructive este impunătoare, rata mortalității, cauzată de aceasta, este de 1-2% [2, 6, 13].

Astfel, conchidem că cele menționate mai sus ne demonstrează că bronșita acută obstructivă este o problemă actuală, cu influență majoră asupra calității vieții copiilor sugari [6, 13].

**Scopul lucrării.** Studiarea particularităților clinico-evolutive ale bronșitei acute obstructive la copiii sugari.

**Obiectivele.** Evaluarea particularităților clinico-evolutive ale bronșitei acute obstructive la copiii sugari.

### Material și metode

Lotul de studiu a inclus 161 de copii, internați în secția Nr. 1 „Boli acute ale aparatului respirator la copiii de vârstă fragedă” al Clinicii Universitare ÎMSP SCMC N 1,  $99 \pm 0,48$  (61,49%),  $p < 0,001$  dintre ei fiind băieții și  $62 \pm 0,43$  (39,51%),  $p < 0,001$  – fetițe.

Copiii au fost divizați conform vârstei în 2 loturi: 1 lună, 1 zi - 6 luni –  $140 \pm 0,49$  (86,96%),  $p < 0,001$  și 7-12 luni –  $21 \pm 0,27$  (13,04%),  $p < 0,001$  copii.

Lotul de control a fost format din 40 de copii cu diagnosticul de bronșită acută, din care  $27 \pm 1,07$  (67,5%),  $p < 0,001$  au fost băieții și  $13 \pm 0,39$  (32,5%),  $p < 0,001$  – fetițe, iar vârsta a fost cuprinsă între 1 lună, 1 zi - 6 luni la  $38 \pm 1,80$  (95%),  $p < 0,001$  și 7-12 luni –  $2 \pm 0,33$  (5%),  $p < 0,001$  copii.

Diagnosticul a fost confirmat conform standardelor naționale de conduită în bronșita acută obstructivă. La necesitate, au fost efectuate radiografia cutiei toracice, electrocardiografia, neurosonografia și ultrasonografia organelor interne.

Toți copiii au fost consultați de către medicul ORL.

Unii copii, la necesitate, au fost consultați de către fizioterapeut și neurolog.

Prelucrarea datelor obținute s-a efectuat conform metodei statistice „Student”. La analiza datelor s-au utilizat următoarele formule:

- $M$  (media) =  $\Sigma n/n$ .
- Procentajul (%) =  $n/N$  (numărul total de pacienți).
- $Me = 1/2 [\Sigma n + 1]$  – pentru număr par.
- $Me = 1/2 [\Sigma n]$  – pentru număr impar.
- Calculul modulului a fost posibil folosind formula:

- $M_o = M - 3 (M - M_e)$ .

Dispersia:

- $(\sigma) = \sqrt{\sum d^2/n}$

Eroarea standard s-a calculat folosind următoarele 2 formule:

- $M_p$  (eroarea standard pentru procente) =  $\sqrt{p \cdot q/n}$ ,  
m pentru o valoare absolută se folosește formula:
- $m = \sigma/\sqrt{n}$ .

Coeficientul de variație t, exprimat prin formula:

- $t = M1 - M2/\sqrt{(m1)^2 + (m2)^2}$ , unde M1 este valoarea medie maximă a unuia dintre loturile propuse spre studiu, M2 este valoarea medie propusă spre analiză, m1 reprezintă eroarea standard a criteriului dat al primului lot de pacienți, m2 reprezintă eroarea standard al aceluiași criteriu, dar care corespunde lotului 2 de studiu.

### Rezultate obținute și discuții

În 1 zi de la debutul maladiei s-au adresat  $19 \pm 0,26$  (11,80%),  $p < 0,001$  copii cu diagnosticul de bronșită acută obstructivă; în a 2 zi –  $25 \pm 0,29$  (15,53%),  $p < 0,001$  copii; în a 3 zi –  $34 \pm 0,33$  (21,12%),  $p < 0,001$  copii; în a 4 zi –  $26 \pm 0,30$  (16,15%),  $p < 0,001$  copii; în a 5 zi –  $16 \pm 0,24$  (9,94%),  $p < 0,001$  copii; în a 7 zi –  $23 \pm 0,28$  (14,29%),  $p < 0,001$  copii; în a 8 zi –  $2 \pm 0,08$  (1,24%),  $p < 0,05$  copii; în a 14 zi –  $5 \pm 0,13$  (3,11%),  $p < 0,001$  copii; la a 6 și a 10 zi –  $4 \pm 0,12$  (2,48%),  $p < 0,001$  copii, respectiv; în a 12 zi –  $3 \pm 0,10$  (1,86%),  $p < 0,001$  copii.

La copiii, incluși în studiu, s-au determinat următoarele semne clinice (fig. 1.1): febra – la  $83 \pm 0,46$  (51,55%),  $p < 0,001$  copii; subfebrilitate – la  $55 \pm 0,40$  (34,16%),  $p < 0,001$  copii; afebrili erau –  $23 \pm 0,28$  (14,29%),  $p < 0,001$  copii.

Agitația era prezentă în  $112 \pm 0,49$  (69,57%),  $p < 0,001$  cazuri; apatia – în  $38 \pm 0,35$  (23,60%),  $p < 0,001$  cazuri; comportament obișnuit – în  $11 \pm 0,20$  (6,83%),  $p < 0,001$  cazuri.

Convulsii febrile au fost prezente în  $9 \pm 0,18$  (5,59%),  $p < 0,001$  cazuri.

Somn dereglat s-a semnalat în  $139 \pm 0,49$  (86,34%),  $p < 0,001$  cazuri; somn fără particularități – în  $21 \pm 0,27$  (13,04%),  $p < 0,001$  cazuri.

Diminuarea apetitului s-a depistat în  $135 \pm 0,49$  (83,85%),  $p < 0,001$  cazuri; pofta de mâncare păstrată – în  $26 \pm 0,30$  (16,15%),  $p < 0,001$  cazuri.

Prezența vomei a fost în  $47 \pm 0,38$  (29,19%),  $p < 0,001$  cazuri; absența vomei – în  $114 \pm 0,49$  (70,81%),  $p < 0,001$  cazuri.

Scaun dereglat au prezentat  $26 \pm 0,30$  (16,15%),  $p < 0,001$  copii; scaun fără particularități –  $135 \pm 0,49$  (83,85%),  $p < 0,001$  copii.

Erupții cutanate au fost prezente la  $33 \pm 0,33$  (20,50%),  $p < 0,001$  copii; absența lor – la  $128 \pm 0,49$  (79,50%),  $p < 0,001$  copii.

Respirație nazală dificilă prezentau  $108 \pm 0,49$  (67,08%),  $p < 0,001$  copii; respirație nazală liberă –  $53 \pm 0,40$  (32,92%),  $p < 0,001$  copii; prezența eliminărilor nazale –  $85 \pm 0,46$

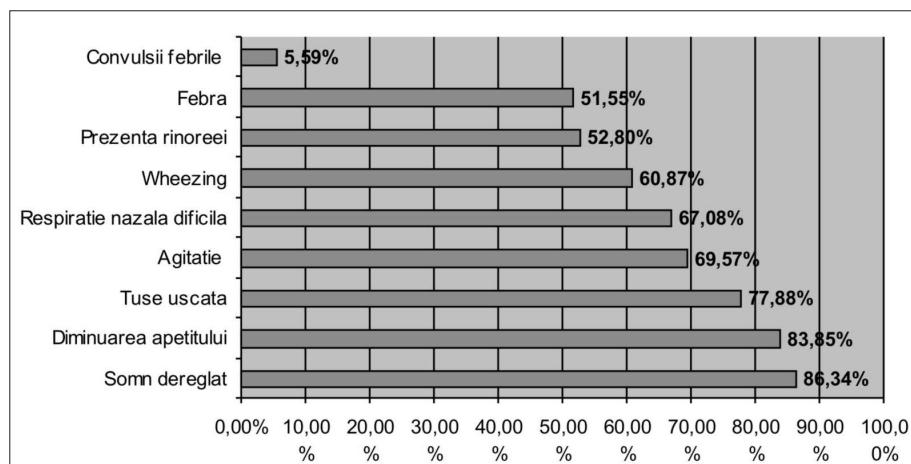


Fig. 1.1. Cele mai frecvente acuze întâlnite în bronșita acută obstructivă la copiii sugari.

(52,80%),  $p < 0,001$  copii; absența eliminărilor nazale –  $76 \pm 0,45$  (47,20%),  $p < 0,001$  copii.

Tusea uscată a fost la  $127 \pm 0,49$  (77,88%),  $p < 0,001$  copii; tuse spastică – la  $20 \pm 0,26$  (12,42%),  $p < 0,001$  copii; tuse umedă – la  $14 \pm 0,22$  (8,70%),  $p < 0,001$  copii.

Wheezing prezentau  $98 \pm 0,48$  (60,87%),  $p < 0,001$  copii, iar la  $63 \pm 0,42$  (39,13%),  $p < 0,001$  copii wheezing-ul era absent.

Tirajul intercostal a fost prezent în  $129 \pm 0,49$  (80,12%),  $p < 0,001$  cazuri; tiraj toracic în  $109 \pm 0,49$  (67,70%),  $p < 0,001$  cazuri. Însă, retracție xifoidiană și distensie toracică emfizematoasă nu au fost observate nici la un copil.

La  $125 \pm 0,49$  (77,64%),  $p < 0,001$  copii s-a determinat

participarea în actul de respirație a musculaturii auxiliare; la  $68 \pm 0,43$  (42,24%),  $p < 0,001$  copii – respirație accelerată; la  $98 \pm 0,48$  (60,86%),  $p < 0,001$  copii – dispnee expiratorie; la  $149 \pm 0,49$  (92,55%),  $p < 0,001$  copii – diminuarea murmurului vezicular; la  $83 \pm 0,46$  (51,55%)  $p < 0,001$  copii – expir prelungit; la  $79 \pm 0,46$  (49,07%)  $p < 0,001$  copii – expir șuierător. Geamăt expirator nu a fost înregistrat la niciun pacient.

La  $34 \pm 0,33$  (21,12%),  $p < 0,001$  copii s-au auzit raluri subcrepitante; la  $156 \pm 0,48$  (96,89%)  $p < 0,001$  copii – raluri sibilante; la  $112 \pm 0,49$  (69,57%)  $p < 0,001$  copii – raluri umede de calibru mediu.

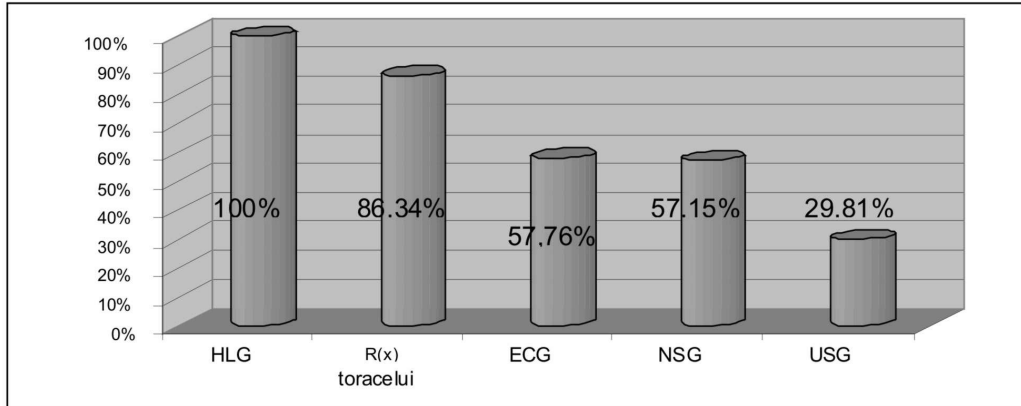
Insuficiență respiratorie a fost prezentă la  $9 \pm 0,18$  (5,59%)

## RESEARCH STUDIES

$p < 0,001$  copii; tahicardie – la  $102 \pm 0,48$  (63,35%),  $p < 0,001$  copii; acrocianoză – la  $147 \pm 0,49$  (91,30%),  $p < 0,001$  copii; marmorarea tegumentelor – la  $99 \pm 0,48$  (61,49%),  $p < 0,001$  copii.

Hemoleucograma s-a efectuat la toți 161 (100%)  $p < 0,001$

copii; radiografia toracelui – la  $139 \pm 0,49$  (86,34%),  $p < 0,001$  copii; electrocardiograma – la  $93 \pm 0,47$  (57,76%),  $p < 0,001$  copii; ultrasonografia organelor interne – la  $48 \pm 0,38$  (29,81%),  $p < 0,001$  copii, neurosonografia – la  $92 \pm 0,47$  (57,15%),  $p < 0,001$  copii (fig. 1.2).

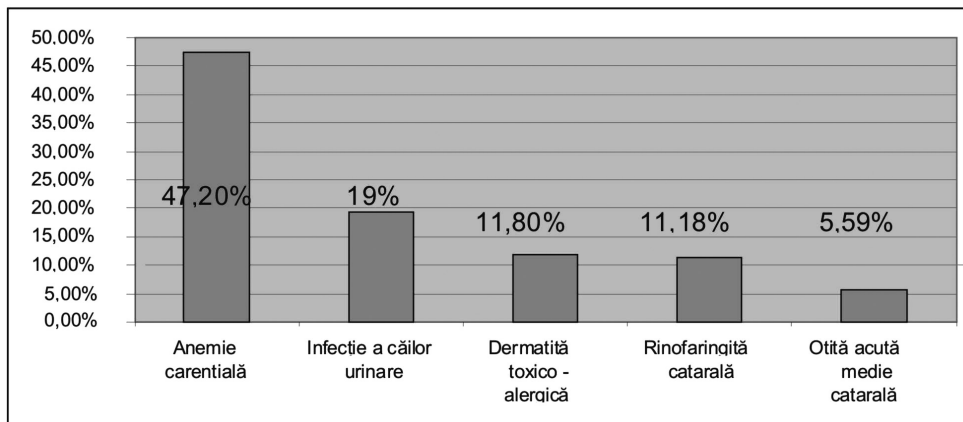


**Fig. 1.2. Investigațiile efectuate în bronșita acută obstructivă la copiii sugari.**

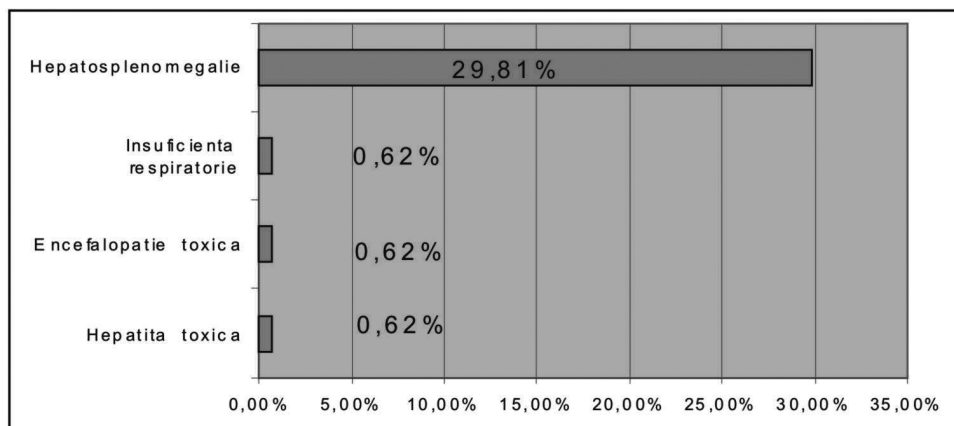
Diagnosticul de bază la copiii, care au fost supuși studiului, a fost IRA. Bronșită obstructivă în  $15 \pm 0,23$  (9,32%) cazuri și bronșită acută obstructivă în  $146 \pm 0,49$  (90,68%) cazuri.

Diagnosticul concomitent frecvent întâlnit a fost: infecția căilor urinare în  $30 \pm 0,31$  (18,63%),  $p < 0,001$  cazuri; anemie

carențială în  $76 \pm 0,45$  (47,20%),  $p < 0,001$  cazuri; otită acută medie catarală în  $9 \pm 0,18$  (5,59%),  $p < 0,001$  cazuri; dermatită toxico-alergică și rinofaringită acută catarală în  $19 \pm 0,26$  (11,80%),  $p < 0,001$  și în  $18 \pm 0,25$  (11,18%),  $p < 0,001$  cazuri, respectiv (fig. 1.3).



**Fig. 1.3. Diagnosticul concomitent frecvent întâlnit în bronșita acută obstructivă la copiii sugari.**



**Fig. 1.4. Complicațiile frecvent întâlnite în bronșita acută obstructivă la copiii sugari.**



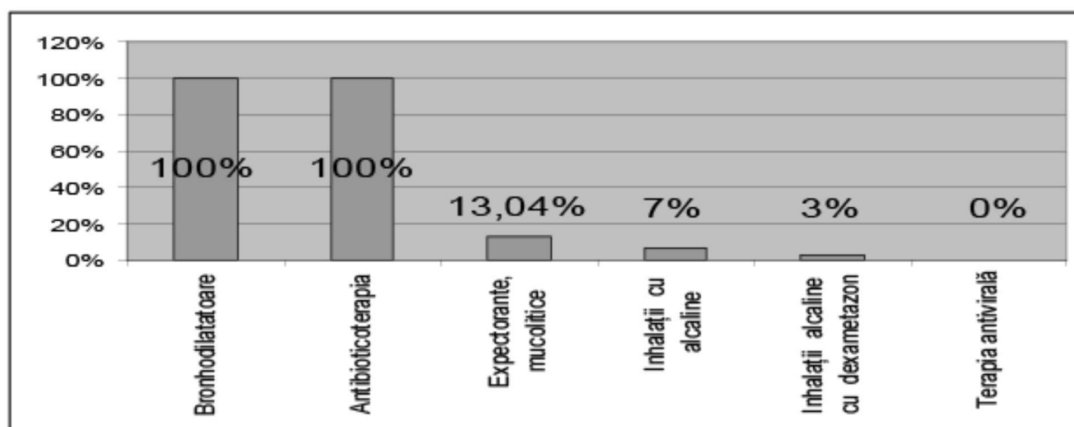


Fig. 1.5. Tratamentul administrat copiilor sugari cu diagnosticul de bronșită acută obstructivă.

Complicațiile diagnosticului de bază au fost: hepatită toxică, encefalopatie toxică, insuficiență respiratorie, toate fiind câte  $1 \pm 0,06$  (0,62%),  $p < 0,001$  caz, iar hepatosplenomegalia – în  $48 \pm 0,38$  (29,81%),  $p < 0,001$  cazuri (fig. 1.4).

Tratamentul administrat copiilor sugari în bronșita acută obstructivă a fost următor (fig. 1.5):

- antibioticoterapie în  $161 \pm 0,01$  (100%),  $p < 0,01$  cazuri;
- inhalatii cu salbutamol sau ventolin sirop *per os* în  $161 \pm 0,01$  (100%) cazuri;
- Ambroxol în  $21 \pm 0,33$  (13,04%),  $p < 0,01$  cazuri;
- inhalatii cu alcaline –  $11 \pm 0,25$  (7%),  $p < 0,01$  cazuri;
- inhalatii alcaline cu dexametazon –  $5 \pm 0,17$  (3%),  $p < 0,01$  cazuri.

Durata medie de tratament a copiilor cu bronșită acută obstructivă a fost de 4 zile în  $3 \pm 0,10$  (1,87%),  $p < 0,001$  cazuri; 5 zile –  $57 \pm 0,41$  (35,40%),  $p < 0,001$  cazuri; 6 zile –  $49 \pm 0,39$  (30,44%),  $p < 0,001$  cazuri; 7 zile –  $38 \pm 0,35$  (23,60%),  $p < 0,001$  cazuri; 8 zile –  $10 \pm 0,19$  (6,21%),  $p < 0,001$  cazuri; 11 zile –  $2 \pm 0,08$  (1,24%),  $p < 0,05$  cazuri și, câte  $1 \pm 0,06$  (0,62%),  $p < 0,001$  cazuri pentru evoluția de 9 și 10 zile, respectiv.

Lotul de control a fost format din 40 de copii, cu diagnosticul de bronșită acută.

În prima zi de la debutul maladiei s-au adresat copiii

din lotul de control, în  $16 \pm 0,01$  (40%),  $p < 0,001$  cazuri; în a 2 zi – în  $8 \pm 0,5$  (20%),  $p < 0,001$  cazuri; în a 3 zi – în  $4 \pm 0,43$  (10%),  $p < 0,001$  cazuri; în a 4 zi – în  $5 \pm 0,46$  (12,5%),  $p < 0,001$  cazuri; în a 5 zi – în  $2 \pm 0,33$  (5%),  $p < 0,001$  cazuri, în a 7 și a 8 zi –  $3 \pm 0,39$  (7,5%),  $p < 0,001$  și  $2 \pm 0,33$  (5%),  $p < 0,001$  cazuri, respectiv.

La copiii cu bronșită acută, s-au înregistrat următoarele semne clinice (fig. 2.1): febră în  $35 \pm 1,61$  (87,5%),  $p < 0,001$  cazuri; subfebrilitate – în  $4 \pm 0,43$  (10%),  $p < 0,01$  cazuri; afebrili erau – în  $1 \pm 0,24$  (2,5%),  $p < 0,001$  cazuri.

Agitația a fost prezentă în  $32 \pm 1,41$  (80%),  $p < 0,001$  cazuri; apatie – în  $5 \pm 0,46$  (12,5%),  $p < 0,001$  cazuri; comportament obișnuit – în  $3 \pm 0,39$  (7,5%),  $p < 0,001$  cazuri. Convulsiile febrile s-au înregistrat în  $2 \pm 0,33$  (5%),  $p < 0,001$  cazuri.

Somnul dereglat era prezent în  $31 \pm 1,34$  (77,5%),  $p < 0,001$  cazuri; somnul fără particularități – în  $9 \pm 0,49$  (22,5%),  $p < 0,001$  cazuri.

Diminuarea apetitului a fost constatată în  $15 \pm 0,24$  (37,5%),  $p < 0,001$  cazuri; apetitul fără particularități – în  $25 \pm 0,93$  (62,5%),  $p < 0,001$  cazuri.

Prezența vomei a fost semnalată în  $28 \pm 1,14$  (70%),  $p < 0,001$  cazuri; absența vomei – în  $12 \pm 0,43$  (30%),  $p < 0,001$  cazuri.

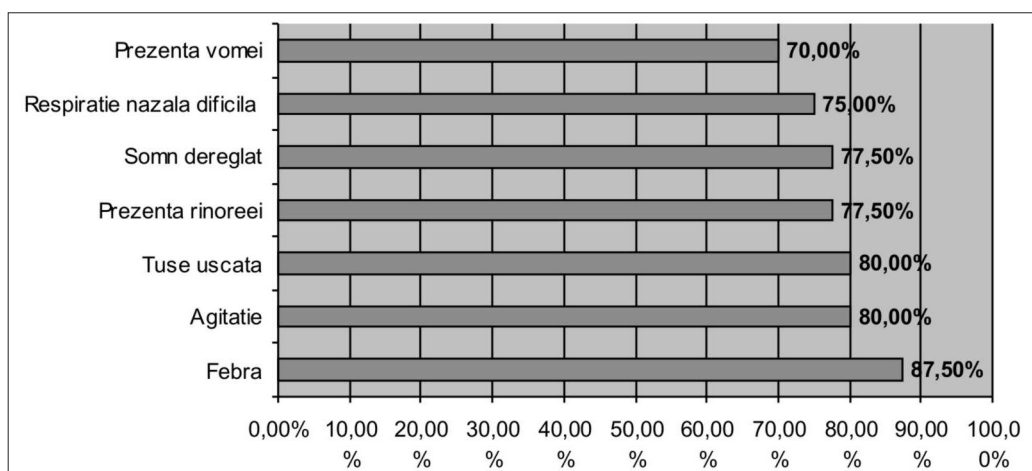


Fig. 2.1. Cele mai frecvente acuze întâlnite în bronșita acută la copiii sugari.

Scaun dereglat s-a constatat la  $8 \pm 0,5$  (20%),  $p < 0,01$  copii; scaun fără particularități – la  $32 \pm 1,41$  (80%),  $p < 0,01$  copii.

Eruptiile cutanate au fost prezente la  $4 \pm 0,43$  (10%),  $p < 0,01$  copii, absența lor – la  $36 \pm 1,63$  (90%),  $p < 0,01$  copii.

Respirație nazală dificilă prezentau  $30 \pm 1,28$  (75%),  $p < 0,001$  copii; respirație nazală liberă –  $10 \pm 0,48$  (25%),  $p < 0,001$  copii; eliminări nazale –  $31 \pm 1,34$  (77,5%),  $p < 0,001$  copii; absența eliminărilor nazale –  $9 \pm 0,49$  (22,5%),  $p < 0,001$  copii.

Tusea uscată a fost prezentă la  $32 \pm 1,41$  (80%),  $p < 0,001$  copii; tusea umedă – la  $8 \pm 0,5$  (20%),  $p < 0,001$  copii.

Wheezing și tusea spastică nu au fost înregistrate la niciun copil.

Tirajul intercostal, tiraj toracic, retracție xifoidiană, distensie toracică emfizematoasă, participarea în actul de respirație a musculaturii auxiliare nu au fost observate la niciun copil. Respirație accelerată, dispnee expiratorie, raluri subcrepitante, tahicardie, acrocianoză, marmorarea tegumentelor, diminuarea murmurului vezicular, raluri sibilante, raluri umede de calibru mediu la fel nu au fost apreciate la niciun copil.

La toți  $40 \pm 0,01$  (100%) de copii cu bronșită acută s-a efec-

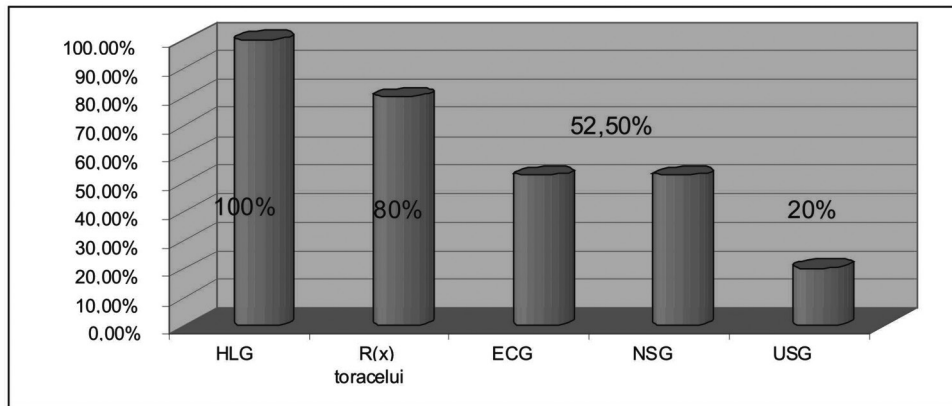


Fig. 2.2. Investigațiile efectuate în bronșita acută la copiii sugari.

tuat hemoleucograma; ultrasonografia organelor interne – la  $8 \pm 0,40$  (20%),  $p < 0,001$  copii; neurosonografia și electrocardiografia – la  $21 \pm 0,64$  (52,5%),  $p < 0,001$  copii; radiografia toracelui la  $12 \pm 0,43$  (80%),  $p < 0,001$  copii (fig. 2.2).

Diagnosticul de bază la copiii din lotul de control a fost IRA. Bronșită în  $28 \pm 1,14$  (70%),  $p < 0,001$  cazuri și bronșită acută în  $12 \pm 0,43$  (30%),  $p < 0,001$  cazuri.

Diagnosticul concomitent frecvent întâlnit a fost: infecția căilor urinare în  $12 \pm 0,43$  (30%),  $p < 0,001$  cazuri; anemie carențială – în  $20 \pm 0,55$  (50%),  $p < 0,001$  cazuri; otită acută medie catarală – în  $3 \pm 0,39$  (7,5%),  $p < 0,001$  cazuri; dermatită toxico-alergică și rinofaringită acută catarală – în  $2 \pm 0,33$

(5%),  $p < 0,001$  și  $5 \pm 0,46$  (12,5%),  $p < 0,01$  cazuri, respectiv (fig. 2.3).

Complicații ale diagnosticului de bază nu au fost depistate la niciun copil.

Tratamentul administrat copiilor sugari în bronșita acută a fost următorul (fig. 2.4):

- Antibioticoterapie în  $11 \pm 0,44$  (27,5%),  $p < 0,01$  cazuri;
- Ambroxol în  $2 \pm 0,33$  (5%),  $p < 0,01$  cazuri;
- La necesitate a fost administrat tratament simptomatic.

Durata medie de tratament al copiilor cu bronșită acută a fost de 4 zile la  $3 \pm 0,39$  (7,5%),  $p < 0,05$  copii; 6 zile – la  $17 \pm 0,06$  (42,5%),  $p < 0,05$  copii; 5 zile – la  $20 \pm 0,55$  (50%),  $p < 0,05$  copii, respectiv.

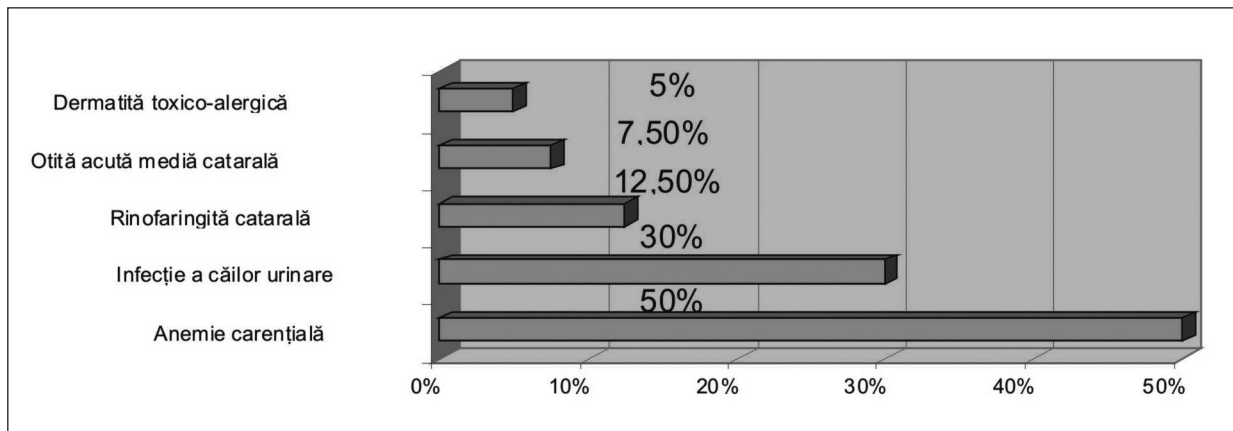


Fig. 2.3. Diagnosticul concomitent frecvent întâlnit în bronșita acută la copiii sugari.

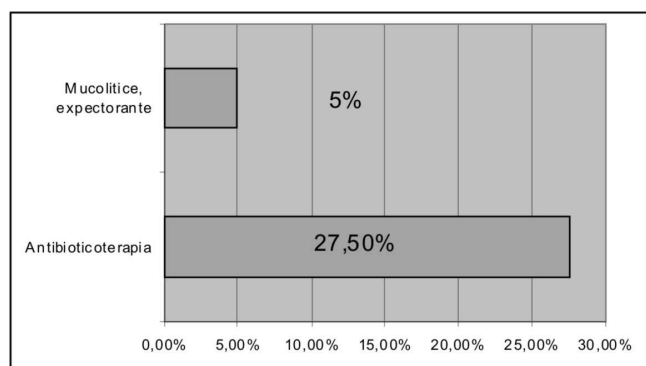


Fig. 2.4. Tratamentul administrat copiilor sugari cu diagnosticul de bronșită acută.

### Concluzii

Evoluția clinică a bronșitei acute obstructive la copiii de 1 lună, 1 zi – 6 luni era mai severă, în raport cu copiii de 7-12 luni.

### Bibliografie

1. American Academy of Pediatrics. Report of the committee on infectious diseases. Pickering LK, Baker CI, McMillan J, Long S (Editors). Red Book. 27th Edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics. 2006:430-439.
2. Bisgaard H, Szeffler S. Prevalence of asthma-like symptoms in young children. *Pediatr. Pulmonol.* 2007;42:723-728.

3. Shah S, Sharieff GQ. Pediatric respiratory infections. *Emerg Med Clin North Am.* 2007;25(4):961-979.
4. Артамонов РГ. Бронхиты. *Медицинский научный и учебно-методический журнал.* 2008;4:3-24.
5. Волосовец ОП, Прохоров МП, Срібний ММ. Діагностика, лікування та профілактика бронхообструктивного синдрому у дітей: Метод. реком. К., 2005;23.
6. Зайцева ОВ. Бронхообструктивный синдром у детей: Пособие для врачей. М.: Б.И., 2005;48.
7. Зубаренко АВ, Портнова ОА, Стоева ТВ. Основные принципы этиопатогенеза, диагностики и дифференциальной диагностики бронхообструктивного синдрома у детей. *Здоровье ребенка.* 2007;4(7):95-99.
8. Классификация клинических форм бронхолегочных заболеваний у детей. М.: Росс. Респираторное общество, 2009.
9. Мизерницкий ЮЛ. Терапия острой бронхиальной обструкции. Ребенок и лекарство. Под ред. А. Д. Царегородцева. М.: Оверлей, 2008; Том II (Фармакотерапия в педиатрии);500-511.
10. Недельская СН, Боярская ЛН, Шумная ТЕ, и др. Факторы риска развития острого обструктивного бронхита у детей раннего возраста. *Здоровье ребенка.* 2007;3(6):14-17.
11. Смирнова МО, Сорокина ЕВ. Бронхиты у детей: принципы современной терапии. *Трудный пациент.* 2009;8-9:19-23.
12. Сорока ЕА, Чернышева ОЕ, Левченко СА, и др. Алгоритм оказания неотложной помощи детям раннего возраста с бронхообструктивным синдромом. Педиатрия на пороге третьего тысячелетия. Сб. науч. работ, посвященных 85-летию профессора Е.М. Вителского. Донецк, 2007;82-86.
13. Сорока ЮА. Бронхообструктивный синдром в педиатрической практике. *Здоровье ребенка.* 2006;2:77-81.

## Particularitățile inconvenientelor protezării auditive

\*S. Parii, A. Chiaburu

Department of Otorhinolaryngology, State University of Medicine and Pharmacy „Nicolae Testemitanu”. Chisinau, Republic of Moldova

\*Corresponding author: sbparii@gmail.com, parii\_sergiu@mail.ru. Manuscript received June 19, 2012; revised October 15, 2012

### Features of hearing instruments inconveniences

We distinguished the increased efficiency of prosthesis in cases of correct subjective and objective diagnosis of sensorineural hearing loss in determining the appropriate regime to adapt to hearing aids. We studied the disadvantages of prosthesis, evaluating tinnitus, headaches, irritability, rapid fatigue, and vertigo. Particularly, the instances of tinnitus, headache, and vertigo decreased significantly. In the study we developed a method to forecast the occurrence of nuisance auditory prosthesis, which can to increase the effectiveness of auditory prosthesis. The summary of the method lies in the selection of the decisive factors of forecasting the occurrence of nuisance auditory prosthesis in patients suffering from hearing loss. This conclusion is based on historical data and audiometric investigations, such as the patient's age, the trigger, the evolution of hearing loss, the hearing threshold, and the articulation index.

**Key words:** sensorineural hearing loss, hearing aid, forecast.

### Особенности неблагоприятных эффектов слухопротезирования

Увеличение эффективности слухопротезирования состоит как в субъективной и объективной диагностике тугоухости, так и в определении соответствующих мер для адаптации к слуховому аппарату. Мы провели исследование осложнений слухопротезирования таких как: шум в ушах, головная боль, раздражительность, быстрая утомляемость, головокружения. Было установлено, что преобладающие субъективные ощущения в начале слухопротезирования уменьшались во время дальнейшего использования слуховых аппаратов. В частности, значительно сократилось количество шума в ушах, головная боль, раздражительность, головокружения. В рамках исследования был разработан метод прогнозирования осложнений слухопротезирования, который предлагает увеличение эффективности электроакустической коррекции слуха. Сущность метода состоит в выборе решающих факторов возникновения осложнений слухопротезирования на основе анамнестических и аудиометрических данных: возраст пациента, этиологические факторы, эволюция тугоухости, слуховой порог и артикуляционный индекс.

**Ключевые слова:** нейросенсорная тугоухость, слухопротезирование, прогнозирование.