

(aplazia/hipoplazia timusului), vizualizarea gangliilor limfatici crescuți, depistarea pneumoniei sau a abcesului, excluderea formațiunilor tumorale etc.

Consultul specialiștilor se realizează după indicație și în prezența modificărilor respective.

Concluzii

1. Principiul esențial în diagnosticul timpuriu al imunodeficiențelor primare este instruirea plenară a medicilor din instituțiile de asistență primară privind particularitățile clinico-anamnestică și evolutive ale maladiilor imunodeficitare, care să favorizeze evidențierea persoanelor suspectate de prezența patologiei respective.

2. În prezent, diagnosticul IDP de tip umoral a devenit posibil și în cadrul instituțiilor de asistență medicală primară, aceste servicii fiind acum dotate cu tehnici de testare a claselor și subclaselor de imunoglobuline serice sangvine prin metoda ELISA.

3. Implementarea screeningului neonatal cu utilizarea test-sistemului TREC/KREC în reacția de polimerizare în lanț cantitativă se impune ca fiind o metodă de perspectivă pentru diagnosticul timpuriu al IDP și administrarea unei terapii optime.

Bibliografie

1. Andrieș L., Cernetchi O., Barba D. ș.a. *Imunologie clinică (compendiu)*. Chișinău: Tipografia Centrală, 2014, p. 286–435.
2. Bonilla F.A., Khan D.A., Bellas Z.K. et al. *Practice parameter for the diagnosis and management of primary immunodeficiency*. In: J. Allergy Clinical Immunol., 2015, vol. 136, p. 1186–1205.
3. Borte S., von Döbeln U., Hammarström L. *Guidelines for newborn screening of primary immunodeficiency diseases*. In: Curr. Opin. Hematol., 2013, nr. 20(1), p. 48–54.
4. Cochino A. *Protocoale de diagnostic și tratament în pediatrie*. București, 2011, p. 301–305
5. De Vries E., Cardona A., Latiff A. et al. *Patient-Centred Screening for primary immunodeficiency, a multi-stage diagnosis protocol designed for non-immunologists: 2011 Up date*. In: Medical Immunology, 2013, vol. 15, nr. 5, p. 479–492.
6. Gabdullina D., Ussenova O., Morenka M. et al. *Primary immunodeficiency: modern approaches to diagnosis and therapy*. In: Clinical Medicine of Kazakhstan, 2016, nr. 1(39), p. 12–15.
7. Lucke B.A., Dasu T., Verbsky J.W. *Laboratory diagnosis of primary immunodeficiencies*. In: Clin. Rev. Allergy Immunol., 2014, nr. 46(2), p. 154–168.
8. Modell V., Gee B., Lewis D. et al. *Global study of Primary Immunodeficiency diseases (PI) – diagnosis, treatment, and economic impact: an updated report from the Jeffrey Modell Foundation*. In: Immunol. Res., 2011, nr. 51, p. 61–70.

SINDROMUL BRONHOOBSTRUCTIV LA COPII

Tatiana GORELCO¹, Ecaterina STASIP²,
Tatiana CULEȘIN², Victor GORELCO¹,

¹IMSP Institutul Mamei și Copilului,

²Departamentul Pediatrie, IP USMF Nicolae Testemițanu

Introducere

Sindromul bronhoobstructiv este o stare patologică legată de deteriorarea permeabilității bronhiilor, ca urmare a îngustării sau ocluziei lor. Acest sindrom nu este un diagnostic de sine stătător, întâlnindu-se mai frecvent și evoluând deosebit de grav la copiii de vârstă fragedă.

Scopul studiului

Scopul acestei cercetări este stabilirea cauzelor și a variantelor evolutive ale sindromului bronhoobstructiv la copii.

Material și metode

În perioada 2016–2017, în secția de alergologie a Institutului Mamei și Copilului (IMC) au fost internați în mod urgent 164 de copii cu sindrom bronhoobstructiv nediferențiat. Vârsta copiilor varia de la 3 luni la 6 ani. La 24 (14,6%) de copii, sindromul bronhoobstructiv a fost înregistrat primar, ceilalți pacienți dezvoltau al 3-lea – al 5-lea episod de obstrucție bronșică. Anamneza alergologică agravată a fost depistată în 68% de cazuri.

Toți pacienții au fost expuși examenului clinic și celui paraclinic, ce includea hemoleucograma, radiografia toracelui; la copiii mai mari de 4 ani – spirometria, examinarea imunologică (aprecierea nivelului de Ig E, A, M, G; IgM, IgG *Mycoplasma*, *Chlamydia pn.*, testului Phadiatop); în unele cazuri – esofagogastroduodenoscopia, ecografia cordului.

Rezultate obținute

La 12 copii cu sindrom bronhoobstructiv primar a fost diagnosticată bronșiolită acută, la 4 – tuse convulsivă, la 3 – astm bronșic, iar la ceilalți 5 copii – pneumonie. La pacienții cu sindrom bronhoobstructiv recidivant, în 61,4% cazuri (86 copii) a fost depistat astm bronșic atopic, la 11,4% (16) pacienți – boală de reflux gastroesofagian, la 12,8% (18 copii) – pneumonie dezvoltată pe fond de hipo-IgA-emie, iar la 20 de copii (14,3%) a fost diagnosticată starea de weezing recurent.

Concluzie

Sindromul bronhoobstructiv la copii poate fi o manifestare a unui șir de maladii. Acest fapt induce necesitatea efectuării unui examen complex și profund al tuturor pacienților cu bronhoobstrucție nediferențiată.

Bibliografie

1. Laura Tenero, Michele Piazza, Giorgio Piacentini. *Recurrent wheezing in children*. In: *Transl. Pediatr.*, 2016, Jan., nr. 5(1), p. 31–36.
2. Jartti T., Gern J.E. *Role of viral infections in the development and exacerbation of asthma in children*. In: *J. Allergy Clin. Immunol.*, 2017, Oct., nr. 140(4), p. 895–906.
3. Masseria C., Martin C.K., et al. *Incidence and Burden of Pertussis Among Infants Less Than 1 Year of Age*. In: *Pediatr. Infect. Dis. J.*, 2017, Mar., nr. 36(3), p. 54–61.

CZU: 613.221+613.953.1/.2(478-25)

EVALUAREA PRACTICILOR DE ALIMENTARE A SUGARILOR ÎN MUNICIPIUL CHIȘINĂU VERSUS LOCALITĂȚILE RURALE

Cristina GROSU, Lora GÎȚU,

IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu

Introducere

Alimentația naturală este unul dintre drepturile fundamentale ale omului, este dreptul mamelor și dreptul copiilor la nutriție ideală, sănătate și îngrijire optimă [2, 3]. Organizația Mondială a Sănătății declară că 98% din femei sunt fiziologic capabile să alăpteze cu succes [4, 5, 9]. Obiectivul național, conform prevederilor *Programului național în domeniul alimentației și nutriției pentru anii 2014-2020*, este "creșterea, către anul 2020, a proporției alăptării exclusive în primele 6 luni până la 70% și a duratei medii a alăptării până la cel puțin 4 luni" [2]. Laptele uman este alimentul ideal pentru alimentația sugarului, conține toate elementele nutritive atât cantitativ, cât și calitativ, perfect adaptate capacității de digestie a nou-născutului [7, 8].

În municipiul Chișinău, în anul 2016, din 100 de copii, 89,5% au fost alăptați exclusiv la sân până la vârsta de 3 luni, în raionul Hâncești – 96,8%, în r. Ialoveni – 94,8% copii și în r. Ștefan-Vodă – 92,9%. Micuții alăptați exclusiv la sân până la vârsta de 6 luni au constituit în municipiul Chișinău 83,0%, în r. Hâncești – 95,5%, în r. Ialoveni – 89,4%, iar în r. Ștefan-

Vodă – 88,2%. Pentru același an de referință, copiii alăptați la sân până la vârsta de un an în municipiul Chișinău au constituit 68,7%, în Hâncești – 77,2%, în Ialoveni – 75,9%, iar în Ștefan-Vodă – 79,1%.

Procentul copiilor de 0-5 luni alăptați exclusiv la sân în Republica Moldova este de circa 40% în aria rurală, față de 30% în cea urbană [1]. Promovarea și încurajarea alăptării au fost și rămân obiective de bază în activitatea medicului de familie în toate sistemele de sănătate [6, 9].

Obiectivele studiului

Obiectivele acestui studiu au fost: cercetarea metodelor de alimentare a sugarilor în municipiul Chișinău și în localitățile rurale din raioanele Ialoveni, Hâncești și Ștefan-Vodă; evaluarea practicilor de diversificare a alimentației sugarilor; implementarea instruirii mamelor privind alimentația corectă a sugarului.

Material și metode de cercetare

Lucrarea reprezintă rezultatul unui studiu complex: sondaj sociologic efectuat prin chestionarea mamelor, examenul clinic al sugarilor, colectarea și interpretarea datelor din *Carnetul de dezvoltare a copilului* (Formular nr. 112/e). Cercetarea a fost efectuată în perioada 10 octombrie 2016 – 23 iunie 2017. În studiu au fost înrolați 100 de respondenți: 50% de locuitori urbani, care se supraveghează la medicii de familie din Centrul-model al medicilor de familie *Pro-San* din IMSP AMT Botanica, municipiul Chișinău, 50% de locuitori din mediul rural, în cooperare cu CS Hâncești – 30 respondenți, CS Ștefan Vodă – 5 și CS Ialoveni – 15 respondenți. Vârsta mamelor a fost cuprinsă între 18 și 45 de ani, media constituind 28 de ani.

Un aspect al studiului nostru a fost constatarea mamelor-beneficiare de formare inițială în domeniul alimentației sugarului, respectiv ne-am propus să oferim oportunități de formare continuă în această direcție. În acest scop, am evaluat următoarele aspecte: studierea practicilor de alimentare a sugarului, identificarea nevoilor mamelor privind aplicarea și poziționarea corectă la sân și evaluarea cunoștințelor lor în domeniul nutriției la sugari.

Rezultate obținute și discuții

Au fost alăptați exclusiv la sân până la vârsta de 6 luni 49% din copii, dintre care 19% în municipiul Chișinău și 30% în localitățile rurale. Alimentație mixtă am constatat la 39% de sugari, inclusiv 15% din zona urbană; alimentație artificială am evidențiat la 12% de sugari, toți din Chișinău. Motivul trecerii copiilor la alimentație mixtă (24%) sau artificială (10%) înainte de 6 luni a fost reîntoarcerea mamei la serviciu sau la studii.