

În cadrul asistării în timpul alăptării sugarilor din poziție șezândă, am constatat că poziționarea și aplicarea la sân se efectuează corect. Însă, 52% din mame preferă să alăpteze copii în poziție culcată, 45% – în poziție șezândă, iar 3% – în ortostatism, ceea ce contravine recomandărilor Organizației Mondiale a Sănătății. Conform duratei alăptării, am constatat că 66% din mame hrănesc copilul între 20 și 30 de minute, 31% – 45 de minute, iar 3% – 60 de minute. Astfel, concludem că 34% de sugari au o alimentație patologică, petrecând la sânul mamei mai mult de 45 de minute.

Diversificarea corectă și individualizată a alimentației la 6 luni ale copilului au început-o 66% din mame, inclusiv 50% din mun. Chișinău. Introducerea alimentației complementare până la vârsta de 5,5 luni a fost identificată în 27% de cazuri, inclusiv 20% din sate și 7% din orașe. La indicația medicului-pediatru, 12% din mame au început diversificarea la 5 luni, sugarii fiind la alimentație artificială. Produsul de bază folosit a fost terciul, dintre care 10% – terci de hrișcă, 1% – terci de orez și 1% – terci de porumb. În 11% cazuri, diversificarea a început la vârsta de 4 luni, oferindu-se în 5% de cazuri piure de măr și în 6% cazuri – de banană. Diversificarea alimentației mai târziu de 6,5 luni am constatat-o la 7% din sugarii din orașul Chișinău, produsul cel mai frecvent a fost pireul de legume.

Am identificat 10 sugari din mediul rural care au primit lapte de vaci de la 6 luni, inclusiv pentru prepararea terciului, dintre care 4 copii cu dermatite atopice. În majoritatea cazurilor (88%), mamele sugarilor cu alimentație diversificată au răspuns că au obținut informația despre produsele complementare de la medicii de familie, asistentele medicale de familie și medicii-pediatri, iar în 12% din cazuri au primit sfaturi de la bunici, rude, vecini sau din internet. Din rândul acestora, am specificat un caz ieșit din comun: unui sugar de 3 luni i s-a oferit brânză de oi, din care cauză acesta a fost internat de urgență în terapie intensivă cu vome, diaree și erupții alergice.

Concluzii

Alimentația sugarilor exclusiv la sân până la vârsta de 6 luni a constituit 49%, un număr mai mic decât cel recomandat de OMS. Diversificarea alimentației la sugari, corectă și personalizată, întâlnită în 66% de cazuri, impune măsuri pentru creșterea complianței mamelor prin informatizare perseverentă și instruirea de către personalul medical din asistența medicală primară.

Bibliografie

1. *Anuarul statistic al sistemului de sănătate din Moldova, anul 2016. Evaluarea sănătății mamei și copilului.* Chișinău, 2017.

http://old2.ms.gov.md/sites/default/files/10._evaluarea_sanatatii_mamei_si_copilului_2.pdf

2. *Evaluarea respectării Codului Internațional de Marketing al Substituenților de Lapte Matern și Rezoluția ulterioară a Adunării Mondiale a Sănătății (AMS) în Republica Moldova.* Chișinău, 2015.
3. Huang P., Ren J., Liu Y., Luo B. *Factors affecting breast feeding adherence among Chinese mothers.* In: Zhao X. *Medicine* (Baltimore), 2017, Sep. A multicenter study. Author information: (1) Department of Gynecology and Obstetrics.
4. Jack Newman, Teresa Pitman. *Ghidul pentru alăptare al doctorului Jack Newman.* București: Ed. „Multi Media Est Publishing”, 2014, 297 p.
5. Lumbiganon P., Martis R., Laopaboon M., et al. *Antenatal breast feeding education for mothers.* Author information: (1) Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, Khon Kaen, Thailand, 2016, Cochrane library.
6. *Protecting, promoting and supporting breastfeeding in facilities providing maternity and newborn services.* Guideline, *Pulm. Circ.*, 2017 Jan. 1, 120 p.
7. Sadova Milena. *Ghid complet al primelor zile de alăptare.* Vol. I. București, 2016, 200 p.
8. *Strategia globală privind alimentația copiilor sugari și de vârstă fragedă.* OMS, UNICEF, 2003.
9. Сэведж Кинг Ф. *Помощь матерям в кормлении грудью.* 1995, 171 с.

CZU: 616.341-008.1-053.2:577.112.82

BOALA CELIACĂ LA COPII

Anna TRUSEVICI-COJOCARI,

Ludmila GASNAȘ-BOLOGA,

Departamentul *Pediatrie*, IP Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie *Nicolae Testemițanu*

Introducere

Boala celiacă (BC) este o tulburare autoimună gravă, reprezentată histomorfologic prin afectarea intestinului subțire (în special a jejunului), de la infiltrație limfoplasmocitară până la atrofia vilozităților intestinale, determinată de intoleranța la gluten și la proteinele înrudite [3].

Boala celiacă reprezintă una dintre cele mai frecvente tulburări cronice autoimune ale tractului digestiv, afectând aproximativ 1% din populația Europei și Americii de Nord [2, 8]. Prevalența acestei boli este mai mare în rândul persoanelor care au rude de gradul întâi cu BC (10-15%), raportul fete:băieți fiind de 2:1 [6, 4].

Tratamentul pentru această maladie o reprezintă dieta fără gluten, cu toate acestea, răspunsul la terapie este scăzut – la doar 30% dintre pacienți

se constată o ameliorare clinică, iar lipsa complianței la tratament este principala cauză a simptomelor persistente sau recurente.

Obiectivele studiului realizat sunt:

1. Studiarea particularităților tabloului clinic în boala celiacă la copii.
2. Determinarea modificărilor paraclinice de laborator în boala celiacă la copii.
3. Aprecierea interferenței dintre particularitățile clinice, paraclinice, serologice și histologice la pacienții pediatrici cu boală celiacă.

Material și metode de cercetare

A fost desfășurat un studiu retrospectiv, fiind analizate particularitățile clinice și de diagnostic paraclinic la 50 de copii cu boală celiacă, internați în secția de gastrologie a IMSP Institutul Mamei și Copilului pe parcursul anilor 2010–2016. Criteriul de includere: confirmarea serologică a bolii celiace după titrul de anticorpi IgA anti-tTG >10 g/l; IgG anti-tTG <3 g/l; IgA total 0,3-1,2 g/l <12 ani și 0,8-2,8 g/l pentru 12-15 ani. Culegerea datelor a fost realizată prin metoda extragerii informației din fișele medicale. Investigații paraclinice: teste de laborator (testele serologice, AGS, AGU, analiza biochimică a sângelui, coprograma și determinarea markerilor parazitari); FGDS cu biopsia mucoasei intestinale; examenul radiologic al articulației radiocarpene, USG organelor abdominale. A fost utilizat programul *Microsoft Office Excell 2010* pentru prelucrarea datelor.

Rezultate obținute

Raportul băieți:fete în lotul de studiu este de 1:1. Incidență înaltă a celiachiei (36%) a fost observată în grupa de vârstă 0-3 ani și în cea de 10-18 ani (28%). Ponderea majoră (60%) în structura lotului de studiu conform tipului bolii celiace o constituie boala celiacă forma tipică.

În tabloul clinic al pacienților, indiferent de grupa de vârstă, s-au întâlnit sindroamele algic, dispeptic și astenovegetativ în procentaj diferit. Durerea în boala celiacă predomină în regiunea paraombelicală, la categoriile de vârstă 0-3 ani și 3-7 ani, și în regiunea epigastrică la grupa de vârstă 10-18 ani. Sindromul dispeptic a fost prezent în 100% cazuri. Semnele sindromului dispeptic precum garguimentele intestinale și inapetența au fost semnalate la toți pacienții din lotul de studiu. Sindromul astenovegetativ a fost observat cel mai des în categoria de vârstă 10-18 ani. Toți pacienții incluși în lotul de studiu au boală celiacă confirmată serologic conform titrului de anticorpi, procentul persoanelor la care BC a fost confirmată atât serologic, cât și prin biopsie constituie 40%.

Dintre manifestările biochimice ale celiachiei au fost identificate următoarele sindroame: sindromul anemic – 46% (23 pacienți), sindromul inflamator nespecific – 24% (12 copii), sindromul citolitic – 28% (14 copii), sindromul de colestază – 26% (13 pacienți), sindromul enzimatic – 6% (3 bolnavi). Ionograma a fost găsită cu devieri în 14% (7) cazuri; glicemia a jejun mărită – la 10% (5) copii. Complexele imunocirculante (CIC) au fost înalte în 42% (21) cazuri.

Analiza variabilelor calitative ale factorilor de risc și de protecție a arătat că 62% din respondenți posedă ca factor de risc un proces inflamator la nivelul intestinului; 46% din pacienți au ca factor de protecție alimentarea naturală și diversificarea după șase luni, pe când 54% au ca factor de risc alimentarea artificială/mixtă, plus diversificarea timpurie. Vârsta medie de diagnosticare în grupul pacienților care sunt la regim aglutenic (65,3% sau 17 bolnavi) și nu prezintă retard în creștere constituie 8,5 luni.

Discuții

Spre deosebire de datele epidemiologice, unde raportul fete:băieți este de 2:1, în lotul de cercetare raportul fete:băieți este de 1:1. Incidență maximă a celiachiei s-a depistat în grupa de vârstă 0-3 ani, aceasta fiind – conform datelor din literatura de specialitate – grupa cu risc major pentru debutul bolii celiace. Majoritatea pacienților (60%) din lotul de studiu au fost depistați cu boală celiacă forma tipică, ce este caracteristică pentru copiii cu vârsta între 9 și 24 de luni [1]. Rezultatele cu privire la ponderea prezenței factorilor de risc și de protecție, obținute în cercetarea noastră, corespund datelor din studiile realizate anterior [5, 6, 7].

Concluzii

1. Boala celiacă la copii debutează cel mai des la vârsta de 6-24 de luni, odată cu introducerea glutenului în alimentația copilului, fapt confirmat și prin ponderea înaltă a pacienților din grupa respectivă de vârstă în lotul de studiu.

2. Manifestările clinice în boala celiacă variază în funcție de forma clinică a celiachiei și de vârsta pacientului. Au fost evidențiate trei sindroame predominante: dispeptic, dolor și astenovegetativ.

3. Testele serologice utilizate în cercetare ca punct de referință pentru selecția pacienților constituie primul pas pentru un diagnostic prompt al celiachiei la copiii suspecti.

4. Vârsta timpurie de diagnosticare, concomitent cu aderența strictă la regimul aglutenic, identificarea și înlăturarea expeditivă a factorilor de risc reduc incidența retardului de creștere la copiii cu boală celiacă.

Bibliografie

1. Catassi C., Kryszak D., Bhatti B., et al. *Natural history of celiac disease autoimmunity in a USA cohort followed since 1974*. In: Ann. Med., 2010, nr. 42, p. 530-538.
2. Collins J.R., Isselbacher K.J. *Treatment of adult celiac disease (nontropical sprue)*. In: N. Engl. J. Med., 1964, nr. 271, p. 1153-1156.
3. Högborg L., Fälth-Magnusson K., Grodzinsky E., Stenhammar L. *Familial prevalence of coeliac disease: a twenty-year follow-up study*. In: Scand. J. Gastroenterol., 2003, nr. 38, p. 61-65.
4. Persson L.A., Ivarsson A., Hernell O. *Breast-feeding protects against celiac disease in childhood -- epidemiological evidence*. In: Adv. Exp. Med. Biol., 2002, nr. 503, p. 115-123.
5. Norris J.M., Barriga K., Hoffenberg E.J., et al. *Risk of celiac disease autoimmunity and timing of gluten introduction in the diet of infants at increased risk of disease*. In: JAMA, 2005, nr. 293, p. 2343-2351.
6. Rubio-Tapia A., Van Dyke C.T., Lahr B.D., et al. *Predictors of family risk for celiac disease: a population-based study*. In: Clin. Gastroenterol. Hepatol., 2008, nr. 6, p. 983-987.
7. Stene L.C., Honeyman M.C., Hoffenberg E.J., et al. *Rotavirus infection frequency and risk of celiac disease autoimmunity in early childhood: a longitudinal study*. In: Am. J. Gastroenterol., 2006, nr. 101, p. 2333-2340.
8. West J., Logan R.F., Hill P.G., et al. *Seroprevalence, correlates, and characteristics of undetected coeliac disease in England*. In: Gut., 2003, nr. 52, p. 9.

CZU: 616.5-002-07-053.2

**ASPECTE DE DIAGNOSTIC
LA COPIII CU ERUPȚII CUTANATE****Olesea NICU¹, Irina TARANEȚ², Ecaterina STASII¹,**¹Departamentul *Pediatrie*, IP USMF Nicolae Testemițanu,²IMSP SCM *Valentin Ignatenco***Introducere**

Maladiile alergice cutanate la copii sunt în continuă creștere și constituie una din principalele cauze de adresări după consultație medicală. La nivel mondial se estimează că peste 12 mil. [1] de vizite medicale sunt datorate erupțiilor cutanate și altor probleme de piele la copii și adolescenți, iar 68% din vizite sunt efectuate la nivel primar [1], cu sau fără spitalizări ulterioare.

Scopul studiului

În acest studiu ne-am pus scopul de a aprecia variațiile de diagnostic al erupțiilor cutanate la copii în corelație cu datele clinice.

Material și metode de cercetare

În perioada 2016–2017, în secția de pediatrie nr 3 a IMSP SCM *Valentin Ignatenco* au fost internați 165 de copii cu vârsta cuprinsă între 2 și 18 ani, cu diagnosticul de trimitere: dermatită toxico-alergică, urticarie acută sau dermatită atopică. Copii au fost anchetati conform unei anchete unice, care includea date de anamneză alergologică și epidemiologică, tratamentul administrat la domiciliu, datele clinice, paraclinice; la unii pacienți s-au efectuat investigații alergologice specifice și aprecierea unor markeri infecțioși.

Rezultate obținute

În urma analizei datelor obținute s-a constatat o paletă de diagnostic variată, care a inclus: urticarie acută și cronică – 42 (25,5%) copii, dermatită toxică-alergică – 30 (18%) copii, dermatite medicamentoase – 24 (14,5%), dermatită atopică – 18 (10,9%), reacții alergice la înțepături de insecte – 14 (8%) copii, eritem infecțios – 18 (10,9%), exantem subit – 8 (4,8%), pitiriazis rozat – 7 (4,2%), mastocitoză – 4 (2,4%), psoriazis – 2 (1,2%) copii.

Discuții și concluzii

Simptomul de erupție cutanată este prezent în diferite maladii, atât alergice, cât și infecțioase. S-a stabilit ponderea semnificativă a patologiilor eruptive virale ce decurg sub "masca" alergiei [2, 3, 4].

Stabilirea timpurie a diagnosticului clinic va contribui la reducerea spitalizărilor și la alegerea corectă a opțiunilor terapeutice, mai ales în cazul exantemelor virale, caracterizate prin erupții autolimitate care de cele mai multe ori nu necesită tratament.

În timpul anchetării a fost observată o îngrijorare sporită din partea părinților, fapt ce duce la administrarea abuzivă de preparate antihistaminice și a glucocorticoizilor înaintea consultului medical. Acest lucru impune fortificarea măsurilor de informare și consiliere din partea pediatrilor, medicilor de familie și asistentelor medicale de familie a părinților copiilor cu erupții cutanate de diferită etiologie.

Bibliografie

1. Amanda Allmon, Kristen Deane, Kari L. Martin. *Common Skin Rashes in Children*. In: Am. Fam. Physician, 2015, Aug. 1, nr. 92(3), p. 211-216.
2. Scott L.A., Stone M.S. *Viral exanthems*. In: Dermatol. Online J., 2003, Aug., nr. 9(3), p. 4.
3. Jarvi J.F. *Pediatric exanthems: recognize the rash*. In: JAAPA, 2001, Apr., nr. 14(4), p. 29-32, 35-36.
4. Suzan A. Al Khater. *Prevalence and pattern of dermatological disorders in the pediatric emergency service*. In: Journal of Dermatology & Dermatologic Surgery, vol. 21, issue 1, 2017, January, p. 7-13.