

2) echilibrul lichidian complet; 3) starea generală stabilă; 4) posibilitatea asigurării unei alimentații adecvate; 5) toleranța adecvată la durere.

Părinții pacientului trebuie să manifeste cooperare și să fie capabili să asigure recomandările medicului. Criteriile pentru aprecierea „capacității de cooperare” a părinților includ: asigurarea unei igiene personale, abilitatea de a realiza schimbarea pansamentului și efectuarea complexului de exerciții kinetoterapeutice, accesul la transport pentru revenirea pacientului la consultații.

Principiile de bază pentru vindecarea arsurii chimice sunt: păstrarea plăgii curate și într-un mediu umed. Agenții chimioterapeutici topici puternici, cum sunt mafenidul acetat (Sulfamylon) sau povidon-iodinul (Betadine), vor fi aplicați pe plăgile minore de arsură. Antibioterapia sistemică este rar indicată în tratamentul arsurilor minore, putând predispuce plaga la infecții oportuniste ulterioare, provocate de bacterii, fungi sau virusuri.

În mod normal, examinarea pacientului se face de 2-3 ori pe săptămână. În cazul arsurilor chimice superficiale, dar și profunde, pacientul poate fi tratat în ambulatoriu până când este posibilă efectuarea exciziei primare și grefarea. Un prognostic asupra vindecării plăgii se poate face la 14 zile post-arsură. Dacă plaga nu se vindecă în această perioadă, atunci se va practica excizia primară și grefarea în condițiile centrelor specializate. O arsură superficială va fi monitorizată până la acoperirea cu epiteliu, urmând a fi reexaminată ulterior peste șase săptămâni, pentru a aprecia starea cicatricelor postcombustionale.

## Concluzii

1. Terapia adecvată prespitalicească este cheia succesului pentru supraviețuirea copiilor cu arsuri chimice. Evaluarea pacienților se va face luând în considerare vârsta, sexul, localizarea și suprafața arsurii, patologiile asociate. Monitorizarea se va face de către medicul de familie, iar la necesitate – de medicul-chirurg.

2. Tratamentul ambulatoriu al arsurilor chimice are ca scop vindecarea plăgii, confortul pacientului și recuperarea rapidă.

3. Rezultatul tratamentului arsurilor chimice la copii depinde, în primul rând, de diagnosticul corect, de acordarea asistenței medicale adecvate la locul accidentului și de calitatea tratamentului ambulatoriu, cu respectarea protocoalelor naționale de tratament al arsurilor.

4. Prognosticul vital este în general bun, cu excepția cazurilor în care leziunile sunt produse de substanțe ce se absorb pe cale sistemică, determinând complicații grave.

## Bibliografie

1. Herbert K., Lawrence J.C. *Chemical burns*. In: Burns, 1989, nr. 15, p. 381–384.
2. Johnson R.M., Richard R. *Partial-thickness burns: identification and management*. In: Adv. Skin Wound Care, 2003, nr. 16, p. 178–187.
3. Palao R., Monge I., Ruiz M., Barret J.P. *Chemical burns: pathophysiology and treatment*. In: Burns, 2010, nr. 36(3), p. 295–304.
4. Pruitt V.M. *Work-related burns*. In: Clin. Occup. Environ. Med., 2006, nr. 5, p. 423–433.
5. Song C., Chua A. *Epidemiology of burn injuries in Singapore from 1997 to 2003*. In: Burns, 2005, nr. 31(Suppl. 1), p. 18–26.

CZU: 616.1-007-053.1036.8(478)

## MORTALITATEA POPULAȚIEI REPUBLICII MOLDOVA PRIN MALFORMAȚII CONGENITALE ALE APARATULUI CIRCULATOR

Oleg REPIN, Zina COBÂLEANU,  
Vasile CORCEA, Iurie GUZGAN,  
IMSP Spitalul Clinic Republican

## Introducere

Viciile cardiace sunt cele mai frecvente defecte congenitale și sunt cauza principală a mortalității infantile datorate malformațiilor.

În opinia unui număr impunător de autori, incidența malformațiilor aparatului circulator este de la 8 până la 10 cazuri la 1000 nou-născuți, cu tendință de sporire în ultimul deceniu.

În prezent se constată majorarea cotei malformațiilor congenitale ale aparatului circulator, în structura generală a malformațiilor congenitale, până la 22% și reprezintă una din cauzele majore ale mortalității și invalidității infantile.

Se constată variații în răspândirea malformațiilor congenitale ale sistemului circulator în funcție de regiune, perioadă (ani) și vârstă. În primele luni ale vieții, mai ales în perioada nou-născutului, nu toate defectele sunt diagnosticate în timp util, determinând frecvent letalitatea copiilor. Altele sunt descoperite mai târziu, determinând dinamica prevalenței și structurii în diferite perioade de vârstă.

Se știe că există mai mult de 90 de variante ale malformațiilor congenitale ale aparatului circulator și multe combinații ale lor. Fără o corecție radicală, 50-60% din copii mor în primul an de viață. În special, o mortalitate ridicată cauzată de defectele cardiace se

atestă în perioada nou-născutului. Potrivit statisticilor, în fiecare an, mii de copii mici născuți cu această patologie mor în Rusia, 36% dintre aceștia mor în primele 30 de zile din cauza că nu a fost efectuată operația urgentă, încă 35% mor în decurs de șase luni, iar majoritatea supraviețuitorilor devin ulterior invalizi [1, 3].

Un procent mare de invaliditate poate fi evitat la copiii cu malformații congenitale ale aparatului circulator folosind metode moderne de corecție radicală. În prezent sunt relevante diagnosticul prenatal și corecția cardiochirurgicală înainte de nașterea copilului sau în perioada neonatală [4, 5, 6].

Epidemiologia malformațiilor congenitale ale aparatului circulator nu este studiată suficient. Referințele bibliografice ale diferiților autori cu privire la frecvența apariției acestora, la prevalența în diferite perioade de vârstă sunt contradictorii. În plus, există modificări în structura acestei patologii în legătură cu vârsta copilului, concretizarea diagnosticului, posibilitățile de corecție chirurgicală cardiacă timpurie, mortalitatea. În perioada postoperatorie pot fi observate diverse complicații cardiace, legate atât de starea hemodinamicii, de remodelarea miocardului, cât și de evoluția operației.

### Scopul studiului

Scopul lucrării a fost de a determina caracteristicile epidemiologiei mortalității prin boli congenitale ale sistemului circulator în Republica Moldova.

### Material și metode de cercetare

Acesta este un studiu descriptiv retrospectiv al ratelor mortalității prin malformații congenitale ale sistemului circulator. Datele statistice au fost obținute din rapoartele Centrului Național de Management în Sănătate pentru anii 2004-2015. Indicatorii au fost calculați după mediul de reședință (media pe țară, municipii și raioane) și contingentul de vârstă – adulți și copii.

### Rezultate obținute și discuții

Datele statistice de care dispunem denotă că rata mortalității populației prin malformații congenitale ale sistemului circulator în medie pe țară manifestă un caracter practic oscilant. Astfel, în perioada cercetării, rata mortalității are tendință de descreștere lentă și variază între 2,6‰ și 1,6‰. În ceea ce privește mortalitatea la nivel de municipii, valorile sunt mai joase față de media pe țară și variațiile sunt mai mari, fiind cuprinse între 2,5‰ (2005) și 1,0‰ (2012).

Analizând evoluția mortalității prin malformații congenitale ale aparatului circulator la nivel de ra-

ioane, constatăm că valorile sunt mai înalte față de media pe țară. Curba oscilatorie înregistrează cea mai înaltă valoare (2,8‰) în anul 2012, iar cea mai joasă (1,9‰) – în 2015.

Cele mai înalte rate ale mortalității prin malformații congenitale ale sistemului circulator au fost înregistrate în raioanele: Basarabeasca – 10,2‰ (2008), Dondușeni – 9,3‰ (2015), Dubăsari – 5,6‰ (2004) și 6,6‰ (2009), Florești – 4,4‰ (2007), Căușeni – 11,0‰ (2014), Rezina – 5,7‰ (2010) și 9,7‰ (2013), Șoldănești – 9,0‰ (2006) și 7,0‰ (2010), Taraclia – 8,9‰ (2005), Telenești – 8,1‰ (2011).

În funcție de contingentul de vârstă, evoluția mortalității atât la copii, cât și la maturi înregistrează indici mai mici față de media pe țară. Urmărind evoluția copii/maturi, constatăm că în perioada 2004-2010, mortalitatea la copii este mai înaltă față de maturi, pe când în următorii ani de studiu indicatorii practic coincid. Media pe țară este net superioară.

S-a constatat că în primii cinci ani de studiu, ratele medii ale mortalității pe țară și pe municipii sunt aceleași. Începând cu anul 2009, valorile indicatorului pe municipii crește rapid de la 0,9‰ la 1,3‰, apoi la 1,6‰, atingând apogeul în anul 2010. În anul următor se înregistrează o scădere spectaculoasă a valorii indicatorului până la 1,0‰.

Studiul a demonstrat că valorile indicatorului la nivel de municipii pentru adulți practic sunt mai joase atât față de media pe țară, cât și pe raioane, fiind egală cu 0,3‰. Fac excepție anii 2010 (0,4‰) și 2011, când rata atinge valoarea maximă de 0,8‰. La nivel de raioane, valorile au variat între 0,3‰ și 0,7‰.

### Concluzii

1. Studiul a demonstrat că ratele mortalității prin malformații congenitale ale sistemului circulator la nivel de municipii sunt mai înalte față de media pe țară, pe când la nivel de raioane acestea sunt mai joase.

2. La copii, valorile ratelor în primii ani de studiu (2004-2007) au același caracter oscilant ca și ratele pe municipii și cele pe țară, iar în următorii ani (2008-2015), ratele pe municipii sunt superioare față de media pe țară, precum și față de raioane.

### Bibliografie

1. Белозеров Ю.М. *Детская кардиология*. Москва: МЕДпрессинформ, 2004. 600 с.
2. Нуриева Л.Г. *Динамика распространенности врожденных пороков сердца среди пациентов детского возраста в республике Марий Эл за 1999–2009 годы*. В: Тезисы VI Всероссийского Конгресса «Детская кардиология 2010». М.: Издательство ИКАР, с. 35-36.

3. Шарыкин А.С. *Врожденные пороки сердца. Руководство для педиатров, кардиологов, неонатологов*. М.: Изд.-во «Теремок», 2005. 384 с.
4. Бокерия Л.А., Шаталов К.В., Арнаутова М.В. и др. *Современные подходы к хирургическому лечению ВПС в раннем детском возрасте*. В: Тезисы докладов Всероссийского Конгресса «Медицина детям», Н. Новгород, 2003, с. 5.
5. Зубов Л.А., Назаренко С.Ю. *Исходы оперативного лечения врожденных пороков сердца у детей*. Архангельск: Северный государственный мед. университет, 2003, с. 92-132.
6. Черкасов Н.С. *Заболевания сердца у новорожденных и детей раннего возраста*. Монография. Астрахань, 2009. 268 с.

CZU: 616.131.14-007-053.1:614,253,1

## ROLUL MEDICILOR DE FAMILIE ÎN EVALUAREA COPIILOR CU ANOMALII CONGENITALE VASCULARE. CLASIFICARE, DIAGNOSTIC, DIAGNOSTIC DIFERENȚIAL, TRATAMENT

*Eva GUDUMAC*<sup>1</sup>, *Aliona PISARENCO*<sup>2</sup>,

<sup>1</sup>Catedra Chirurgie, Ortopedie, Anesteziologie și Terapie Intensivă Pediatrică, IP USMF Nicolae Testemițanu,

<sup>2</sup>IMSP IMC, CNȘP de Chirurgie Pediatrică  
Natalia Gheorghiu

### Introducere

Anomaliile congenitale vasculare sunt cele mai frecvente afecțiuni la copii. Incidența lor este de 4–5% la nou-născuți și de 2,6–9,9% la sugari, cu raportul sex feminin/masculin de 3:1 sau 5:1 [6]. Se atestă o incidență mai mare la copiii de rasă albă, cu afectarea preponderent a prematurilor – 22–30% cu masa ≤ 1 kg [1, 6]. Incidența familială se înregistrează în 12% cazuri. Etiologia acestor afecțiuni rămâne necunoscută [1, 2]. Cercetările continuă, pentru a preveni dezvoltarea și a controla creșterea lor.

Diagnosticul anomaliilor vasculare nu prezintă dificultăți. În pofida naturii lor benigne, ele se manifestă ca tumori adevărate, caracterizate prin creștere intensivă, cu afectarea țesuturilor sau a organelor locale și dereglarea funcțiilor lor. Diferite forme de angiодисплаzii evoluează progresiv odată cu creșterea copilului, dereglează funcția organelor afectate și provoacă defect cosmetic. Doar un procent neînsemnat de anomalii vasculare regresează de sine stătător, de aceea tratamentul trebuie inițiat odată cu depistarea lor. Afectarea concomitentă a diferitor regiuni anatomice necesită tratament etapizat, prin

diferite metode, uneori combinarea lor. Există încă medici care nu dau importanță cuvenită anomaliilor vasculare, așteptând vindecarea lor spontană.

### Scopul studiului

Scopul cercetării efectuate este de a familiariza medicii de familie cu particularitățile clinico-evolutive, de diagnostic, de diagnostic diferențiat în anomaliile vasculare congenitale la copil, pentru a optimiza tratamentul diferențiat și a reduce recidivele.

### Metode de cercetare

Incidența anuală a anomaliilor congenitale vasculare la copiii internați în Centrul Național Științifico-Practic de Chirurgie Pediatrică N. Gheorghiu este în continuă creștere – de la 25,7% în anul 2009 până la 36,4% în 2017. Structura nosologică anuală a anomaliilor congenitale vasculare cuprinde: hemangiom infantil în 50,7% cazuri, hemangiom congenital în 32,6% cazuri, hemangiom cavernos în 11,1% cazuri, granulom piogenic în 1,7% cazuri, hemangioendoteliom în 2,4% cazuri, sarcom Kaposi în 0,3% cazuri, angiosarcom în 0,3% cazuri, angiofibrom în 0,7% cazuri.

### Rezultate obținute

Au fost determinați următorii factori predispozanți în dezvoltarea anomaliilor vasculare congenitale la copii: infecția virală la gravidă (gripa, SARS, rujeola etc.) la 3-6 săptămâni de sarcină, condițiile precare de mediu, fumatul matern (inclusiv cel pasiv) în timpul sarcinii, condițiile de muncă nocive, stresul fizic sau psihic sporit la gravidă, întreruperea procesului normal de coagulare a sângelui.

Studiul prospectiv și retrospectiv a permis aprecierea factorilor de risc prenatali de dezvoltare a anomaliilor congenitale vasculare: amniocenteza, prelevarea probelor de vilozități, vârsta mamei, sarcina multiplă, placenta previa, preeclampsia, anomaliile placentare – hematoma retroplacental, infarct, comunicații vasculare dilatate, hipoxia placentară, utilizarea medicamentelor pentru fertilitate, eritropoetina, prezentarea pelviană.

### Discuții

În prezent se vorbește despre rolul celulelor endoteliale progenitoare intrinseci (EPC) sau al angioblaștilor placentari în dezvoltarea anomaliilor vasculare [4]. Literatura de specialitate descrie teoria celulelor stem multipotențiale care conduc la mutația vasculogenezei și teoria placentară – celulele precursorare fetale provin din dezlipirea placentei în timpul sarcinii și a nașterii [8]. În malformațiile vasculare au fost diagnosticați markerii moleculari specifici țesutului placentar – GLUT-1, antigenul