

TRATAMENTUL DIETETIC LA SUGARI CU MALNUTRIȚIE
Ludmila Bocearova, Ana Guragata, Tatiana Tabac, Eleonora Antohi, Larisa Antoci
Catedra Pediatrie Nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP SCRC „Em.Coțaga”

Summary

Dietary treatment of malnutrition in infants

Dietary treatment of infants with different grade of malnutrition is considered as a main factor in therapy based on nutrition ingredients in severe disturbances of absorption and digestion. We had done the investigation of 28 infants with different degree of malnutrition which were dietary treated at first with ALFARE. What we had seen was rapid stopping of symptomatology and acceleration of weight.

Rezumat

Tratamentul dietetic la sugari cu malnutriție de diferit grad se consideră un principiu important în tratament bazat pe ingredientele alimentare și energetice în dereglările severe ale absorbției și digestivei. Au fost evaluați 28 copii cu diferit grad de malnutriție care au fost alimentați la prima etapă cu preparatul dietetic ALFARE, ce a permis cuparea rapidă a simptomatologiei și accelerarea creșterii ponderale.

Actualitatea temei

Malnutriția se caracterizează prin încetinirea sau stoparea creșterii pe o perioadă mai mare de o lună, cu o abatere de două deviații standard față de normalul vârstei sau cu deficiență mai mare de 10% față de valorile medii pentru vârstă.

În profilaxia malnutriției promovarea alimentației naturale a sugarului în primele luni de viață este esențială. Conferința Internațională cu privire la Alimentație organizată de FAO și OMS (1992) și Declarația Mondială cu privire la Alimentație au editat recomandări foarte importante privind necesitatea de promovare și de protejare a alimentării naturale ca produs ideal pentru nutriția copiilor.

O cauză majoră de apariție a malnutriției în primele 6 luni de viață predomină la sugarii alimentați artificial incorect (administrarea diluțiilor incorect dizolvate, lapte de vaci, capre), iar în perioada 6 – 12 luni mai frecvent se întâlnește la sugarii atât alimentați natural cât și artificial la care nu se îmbogățește calitativ și cantitativ dieta în cadrul diversificării alimentației.

Dietoterapia malnutriției necesită selectarea produselor: Alfare, Nan fără lactoză, Malîș, Maliutca, Nestagen, Tonilac, Preman.

Obiectivele lucrării

Aprecierea eficacității preparatului dietetic Alfare în malnutriție la sugari.

Materiale și metode

Au fost evaluați 28 de copii din secția Nr3 de Malnutriție a IMSPSCRC „Em. Coțaga” spitalizați pe parcursul anilor 2007-2008 cu malnutriție în asociere cu diferite patologii și sindrom diareic în secția de terapie intensivă și reanimare.

Protocolul de studii a cuprins datele de vârstă, sex, evaluarea sindromului de malnutriție prin măsurări antropometrice la spitalizare și zilnic pe parcursul tratamentului, evaluări a hemogramei, analizei biochimice și bacteriologice. Evaluarea creșterii staturo-ponderale s-a făcut prin măsurarea taliei și a masei corporale, compararea valorilor pentru vârstă și sex adoptate pentru folosire în Republica Moldova de către OMS în cadrul Programului Național CIMC (2000).

Rezultate și discuții

Copii evaluați au fost repartizați :

După vârstă :

- până la 3 luni – 18 (64,2%)
- 3 – 12 luni – 9 (32,1%)
- Mai mari de un an – 1 (4%)

Majoritatea copiilor 71,48 % sunt transferați din spitalul raional; 5 copii din ICȘOSM și C și alte spitale orășenești – 3 copii.

24 din 28 de copii sau aflat la alimentație artificială preponderent cu lapte de vaci cu griș (12) și lapte de capre (2) și numai 12 copii cu amestecuri adaptate. Bolnavii au fost spitalizați în stare foarte gravă și extrem de gravă cu un grad avansat de malnutriție: gr. II – 17 copii (60,7 %); gr. III – 11 copii (39,3%) și cu sindrom de deshidratare în 93%.

Din semne paraclinice s-a constatat:

- anemie în 70%, Hb (88 - 116)
- leucocitoză cu deviere în stînga în 38,5%, L (9,1 – 24,7)
- VSH mărit în 46,8%- (20- 46)
- hipoproteinemie 54%-(56 - 41)
- coprocultura.

Tabelul nr.1

Rezultatele examenului coproculturilor

Agenți bacterieni	Număr	%
Proteus Vulgaris	9	32,14%
Stafilococcus Aureus	4	16%
Salmonela Tifimurium	2	8%
Candida	1	4%
Total coproculturi pozitive	13	52%

În 80% cazuri radiologic au fost confirmate pneumonii. Malnutriția a evoluat la sugarii internați cu următoarele diagnoze clinice de bază: sepsis 9 cazuri (32,14%); boala celiacă 2 (8%); enterocolita acută de etiologie nedeterminată 2 (8%); salmoneloză 2 (8%); enterocolită trenantă 1 (4%); pilorostenoză 1 (4%); TBC pulmonară 4 (16%); bronhopneumonie 8 (28,5%).

Concomitent au fost diagnosticate: rahitism 17 cazuri; encefalopatii - 13; dismicrobism – 7; anemie feriprivă – 18; sindrom de malabsorbție (intoleranță la lactoză și gluten) – 10.

Din cele menționate mai sus rezultă că prezența malnutriției și bolilor grave diagnosticate au necesitat terapie intensivă în mediu de 14 zile , iar durata totală de spitalizare a fost de 30 de zile. Tratamentul a inclus perfuzii endovenoase cu soluții glucozo – saline; aminoacizi; tratament intensiv antibacterian.

În prima etapă a tratamentului dietetic în malnutriția severă amestecul pe baza hidrolizatorilor proteice ALFARE pentru copii cu vârsta sub un an, în a II –a etapă s-a folosit Nan fără lactoză; apoi transferul la unul din amestecurile adaptate accesibile sugarilor la locul de trai.

Eficacitatea ALFARE – pe parcursul spitalizării la copii evaluați s-a confirmat prin creșterea ponderală care a constituit de la 100 gr. până la 1100gr., creșterea ponderală zilnică fiind în mediu de 29,5 gr.

Prezentăm un caz clinic al unui copil cu malnutriție severă și septicemie intestinală, complicată cu enterocolită ulcero-necrotică :

L.I - născut pe 31.10.06

Internat în secție diagnostic și malnutriție pe 07.03.07 în vârstă de 4 luni.

Îndreptat în mod urgent din spitalul raional cu diagnosticul: Hernie inghinală reductibilă pe dreapta. Enterocolită acută de etiologie neidentificată. Bronhopneumonie bilaterală. MCC FOP. Anemie feriprivă gr.I . Encefalopatie toxiinfecțioasă pe fon de encefalopatie perinatală. Ocluzie intestinală dinamică.

Anamneza bolii: Starea s-a agravat cu 3 zile înainte de internare, foarte neliniștit, meteorism, vome repetate. Spitalizat la ICȘOSMșiC cu hernie inghinală încarcerată. Ocluzie dinamică. După spasmolitice hernia s-a descarcerat. A primit terapie intensivă și având în vedere lipsa la moment a patologiei chirurgicale acute s – a transferat în secția nr.3 malnutriție IMSPSCRC “E. Coțaga”.

Din momentul transferării timp de 3 zile a făcut febră înaltă 38,8- 39°C.

Anamneza vieții: Sarcina I, la termen de 37 săptămâni. Scorul Apgar 7/8. Masa 2100gr. Talia 50 cm. Alăptat la piept 2 zile, apoi amestec Maliutca

Maladiile suportate: prematur, de la naștere la alimentația artificială. În perioada neonatală – risc de infecție intrauterină. La 1,5 lună pneumonie. De la 2,5 luni practic în staționar, lipsa creșterii curbii ponderale: foarte neliniștit, meteorism, scaun frecvent de la 16.01 28.02 Secția nr.3. Sepsis enterocolită ulceronecrotică, tratate cu următoarele medicamente: medocef, augmentin, metronidazoli, amoxiclav, cefex, biopreparate, perfuzii endovenoase.

Copilul nu a fost vaccinat.

La internare: Starea foarte gravă, t° - 39,5 °C, dereglări marcate de microcirculația, cianoză periorală marcată, adinamic, inactiv, palid, hipotrofiat, prezența semnelor de intoxicație, meteorism, ,, tahicardie.

Greutatea la internare 3700gr., talia 54cm., circumferința craniului 35cm., perimetrul toracic 33cm., fontanela anterioară 5 x4 cm, deprimată, craniotabes marcat.

Stratul muscular dezvoltat slab. Dispnee cu tiraj intercostal. Respirația aspră, raluri nu se percep. FCC 180. Șocul apexian sp.V intercostal. Zgomotele cardiace ritmice, accelerate, surde. Abdomenul balonat, ficatul +3,0; +4,0. Splina + 3,0.

S-a aflat în salon de terapie intensivă pe 07.03.07 – 17.04.07, 20.03.07 – 4.04.07, 20.04.07 – 25.04.07

În primele 5 zile se observă o dinamică slab pozitivă: Starea cu tendință spre ameliorare. Semne de deshidratare s – au micșorat. S – a micșorat dereglările de microcirculație. Mănâncă câte puțin, nu întodeauna cantitatea prescrisă, vome nu are. Periodic neliniștit, meteorism. Tegumentele palide, uscate. Mucoasa bucală umedă, limba saburală. În plămâni sunet percutor scurt pe dreapta. Respirația aspră, raluri nu se percep. Zgomotele cardiace ritmice, asurzite. Suflu sistolic pe marginea stângă a sternului în spațiul II – III intercostal. Abdomenul balonat, sensibil la palpare. Ficatul +3cm. Splina la rebord. Scaun 4 ori/24 ore, semlichid.

Investigații:

- Analiza sîngelui:

	Hb	Er	Ic	Leu	Tb	N	S	E	Limf	M	VSH
07.03.07	104	3,7	0,84	9,1	185	10	7		77	6	4
10.03.07	98	3,4	0,86	7,1		2	24	14	52	8	5
20.03.07	108	3,8	0,85	20,3		28	54		4	14	7
27.03.07	104	3,2	0,82	7,9		4	30	6	50	10	3
02.04.07	92	3,3	0,84	8,9		13	32	2	50	2	6
14.04.07	120	3,5	1,1	5,2		4	25	2	65	4	2
20.04.07	88	3,3	0,8	14,8		6	14		70	10	2

Anizocitoză, macro, microcitoză.

Poichilocitoză ++

Hiprocromie+

S – au depistat celule țintă în frotiu

- Analiza biochimică

	07 - 03 - 07	20 - 03 - 07	27 - 03 - 07	02 – 04 - 07
Bi.totală				13,0
Bi.directă				1,2
Bi.indirectă				11,8
ALAT	46		27	32
ASAT	48		80	63
Proteina generală	59	55	52	59
Ureea	3,1	1,5	0,8	3,2
GTP				13
Fosfotaza alcalină				628 (N < 727)
K				4,9
Na				129
Fe				6,0
PCR	Pozitiv 24mg/ml	Pozitiv 48 mg/ml	Pozitiv 6 mg/ml	Pozitiv 48 mg/ml

- Analiza generală a urinei : 5,0ml, galben, transparent, proteine 0,066g/l, glucoza negativă, epiteliiu 5-6 c/v, leucocite 1-2 c/v, cilindrii granuloși brigmenți 0-1c/v, mucozitate cantitate mică, oxalați cantitate mică.
- Coprocultura și hemocultura - negative;
- Testul sudorii: Clorul 11mmol/l;
- Analiza la SIDA- negativ,;
- Radiografie pulmonară: Bronhopneumonie bilaterală. Cardiopatie.
- ECG - Ritm sinusal. AE – normală. Semne de bloc incomplet de ramură dreaptă al fascicolul Hiss. FCC 125-120b/min.
- USG organelor interne – inflexiune a vezicii biliare. Semne de pancreatită reactivă.
- NSG – structurile medii cerebrale nu-s deviate,ventriculul lateral la nivelul coarnelor anterioare 3 - 4mm, lățimea ventriculul III – 5 mm. Plexul choroideus 11mm D = S, apeductele deschise.
- Consultația neurologului: Encefalopatie perinatală hipoxic dismetabolică. Sindrom miatonie.
- Consultația gastrohepatologului: Talasemie minoră în acutizare. Malnutriție congenitală gr. I - II, progresivă. Anemie secundară gr. II. Bronhopneumonie bilaterală în regresie. MCC - FOP. Encefalopatie toxicoinfecțioasă. Sindrom diareic trenant secundar pe fond de maladie de bază.
- Consultația ORL, audiologului, oftalmologului: fără particularități.

Diagnosticul clinic: Septicemie. Gastroenterocolită acută necrotizantă, deshidratare severă.

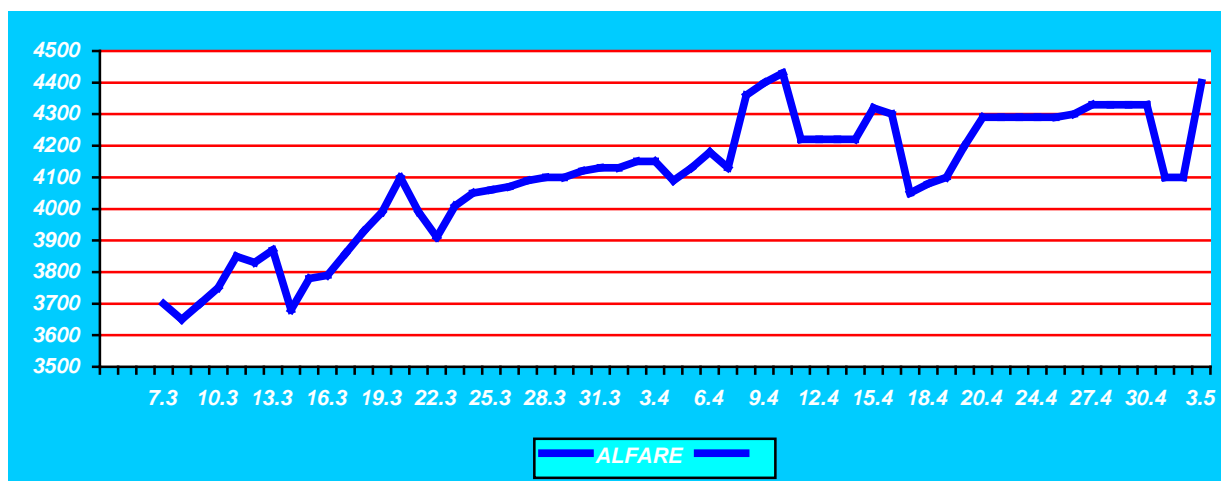
Bronhopneumonie bilaterală în focare, evoluție trenantă. Cardiopatie toxiiinfecțioasă.

Encefalopatie toxiiinfecțioasă gr. II. Anemie I. SCID, Faza II. Malnutriție gr. III.

Prematuritate gr. I. Rahitism acut, perioada floridă. Hernie inghinală bilaterală. FOP. Reflux gastroesofagian.

- Prezentăm curba ponderală

Tabelul nr. 2



Tratament:

- ✓ Dietoterapie – ALFARE pe parcursul aflării permanente în secție și ulterior până la vârsta de 1 an ca aliment de bază.
- ✓ Tratament complex: antibacterian și antifungic;
- ✓ Terapie infuzională, inclusiv Albumină, Infuzol, Contrical.

La reluarea tratamentului cu Cefatoxim, Fortum și Flucanazol, continuarea alimentației cu ALFARE, starea copilului s-a ameliorat, s-a atestat o creștere ponderală cu 30-50 g/zi.

Particularitatea cazului a fost: necesitatea tratamentului antibacterian cu durata peste o lună în septicemie intestinală și tratamentul dietetic cu ALFARE de durată, ce au permis ameliorarea stării generale de sănătate peste 2 luni după internare, creștere ponderală cu 700 g de la etapa spitalizării și externare în stare satisfăcătoare.

Concluzii

1. Formele moderate și severe de malnutriție mai frecvent se instalează la sugarii până la 3 luni de viață (64, 2%), perioada cu ritmul cel mai intens de creștere și dezvoltare.
2. Utilizarea amestecului adaptat ALFARE este binevenit în dietoterapia sugarilor cu boli diareice pe fond de malnutriție avansată din primele zile de boală și permite diminuarea diareei cu creșterea ponderală continuă.

Bibliografie

1. Management of severe malnutrition . Geneva, WHO, 1999
2. P. Stratulat, M. Stratila Ghidul A National de Perinatologie „Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale” Chișinău 2001 pag. 63
3. P. Mogoreanu „Profilaxia și tratamentul bolilor nutriționale ale copiilor” Chișinău 2002
4. A.Voloc, V. Țurea „ Dezvoltarea copilului și conduita în maladiile nutriționale” Chișinău 2007.

DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL DIETETIC LA SUGARI CU MALNUTRIȚIE

Liliana Savca

(Conducător științific – conferențiar univ., dr. P. Martalog)
Catedra Pediatrie nr. 1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Diagnosis and Dietary Treatment of Malnutrition in Infants

Long-term malnutrition brings to a decrease of a nation's genetic potential due to somatic and intellectual development deficiency. Inappropriate feeding of infants and young children is responsible for one third of the cases of malnutrition. Dietary treatment had allowed rapid ending of symptomatology and the weight acceleration.

Rezumat

Evaluată pe termen lung malnutriția duce la scăderea potențialului genetic al unei națiuni prin afectarea dezvoltării somatice și intelectuale. Alimentarea inadecvată a sugarilor și copiilor mici e responsabilă de o treime din cazurile de malnutriție. Tratamentul dietetic a permis cuparea rapidă a simptomelor și accelerarea recuperării nutriționale.

Actualitatea temei

Creșterea incidenței și prevalenței malnutriției la copii reprezintă la nivel național primul semn de alarmă că nivelul de pauperitate al unei națiuni a atins o limită maximă. Malnutriția protein-calorică (MPC) este o tulburare cronică a stării de nutriție, specifică perioadei de sugar și copil mic, ce apare ca rezultat al aportului inadecvat de proteine și/sau calorii. Tulburarea cronică de nutriție este o încetinire sau o staționare a curbei ponderale pe o perioadă mai mare de o lună, cu o diferență mai mare de 10% față de valorile medii ale vârstei, sau o abatere de peste 2 deviații standart față de normal. Malnutriția reprezintă o problemă de sănătate publică având în vedere deficiențele psihice, de adaptabilitate ce se pot instala pe termen lung la copiii malnutriți. Reducerea aportului alimentar duce la tulburări metabolice, de homeostazie nutrițională, față de care organismul răspunde prin adaptări biochimice și hormonale complexe, capabile să furnizeze pe cale endogenă aportul energetic necesar supraviețuirii. Se consideră că malnutriția reprezintă un factor important de risc de morbiditate și mortalitate la copii la nivel mondial. Conform statisticilor OMS circa 60% din copiii decedați pe glob în vârstă de până la 5 ani suferă de dereglări de nutriție. Este mai ușor să previi decât să tratezi – cred că sensul acestor cuvinte își găsește adevăratul înțeles când ne referim la această maladie complexă a copilului mic cum este malnutriția.

Cele mai frecvente cauze ale malnutriției la sugari și copilul mic sunt:

1. Carențe alimentare cantitative: