

4. La apariția complicațiilor RNU este necesară implicația chirurgicală.

Bibliografie

1. Ana – Maria Orban-Schiopu. Ghid practic de gastroenterologie. București, 1996
2. Ciofu Eugen, Ciofu Carmen „Esențialul în pediatrie” , București, 2002
3. Navarro J, Schmitz J. Gastroentérologie pédiatrique, 2ed : Paris ; 2000
4. Morson B.C.:Genesis of colorectal cancer. Clinical Gastroenterology.,1976
5. Shinya H.: Colonoscopy.diagnosis and treatment of colonic Diseases.:Igaku- Shoin,1982
6. Ревнова О. М.. Клинические аспекты целиакии у детей, Педиатрия N 5 ,2000
7. M. Miu „Aspecte evolutive în Boala celiacă” Jurnal Român de Pediatrie, Anul I, N 3/septembrie 2002

PARTICULARITĂȚILE MALNUTRIȚIEI LA PREMaturi

Eudochia Galușca

(Conducător științific: conferențiar universitar Ana Guragata)
Catedra Pediatrie Nr.1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Peculiarities of malnutrition in infants

The malnutrition in infants needs a prominence of the main parameters compromising the development of their weight and height. The evaluation of a group of 29 premature children with several degree of malnutrition indicate a maximum presence of malnutrition of children till 12 month(86%), a artificial feeding of infants(72%) among which 7 were twins(24%).

Rezumat

Malnutriția la prematuri necesită o evidențiere a principalilor indici ce compromit dezvoltarea staturo-ponderală a lor. Evaluarea celor 29 copii prematuri cu diferit grad de malnutriție a indicat prevalența maximă a ei la sugari pînă la 12 luni(86%), alimentați artificial(72%) dintre care și 7 copii din duplex(24%).

Actualitatea temei

Malnutriția - stare care rezultă dintr-un dezechilibru între necesarul organismului și aportul de nutrimente. Ea include supranutriția și subnutriția. Subnutriția ca formă aparte se caracterizează prin încetinirea sau stoparea creșterii pe o perioadă mai mare de o lună, cu o abatere de două deviații standart față de normalul vârstei sau cu o deficiență mai mare de 10% față de valorile medii pentru vîrstă.

Prematuritate – proces de întrerupere intempestivă a cursului sarcinii la o vîrstă prestațională cuprinsă între 22-36 săptămîni, rezultînd un nou-născut cu greutate de minim 500 gr și lungime de 25 cm.(OMS).

Prevalența malnutriției printre rîndurile prematurilor prezintă o continuitate a lanțului patologic apărut înainte de naștere, care variază în limite largi (2,5-30%) după Fl. Stamatina (București 1998), fiind un indicator al stării de sănătate.

Reprezentată drept cauză majoră din start, prematuritatea subliniază dezvoltarea staturo-ponderală în primele 12 luni, în special la cei alimentați artificial incorect (diluarea incorectă a amestecurilor adaptate, lapte de vaci, capre), divergența calitativă și cantitativă a alimentației, nelichidarea consecințelor prematurității. Elucidarea acestor factori inductori și favorizanți permite dezvoltarea satisfăcătoare pe parcursul perioadei de sugar.

Scopul lucrării

Aprecierea particularităților de evoluție ale malnutriției la prematuri.

Materiale și metode

Studiul s-a efectuat în secția Nr.3 de Malnutriție IMSP SCRC „Em.Coțaga”, pe un lot de 29 copii prematuri spitalizați în perioada anilor 2006-2007, în vîrstă de la 1 lună – 2 ani 4 luni, cu

diagnosticul de malnutriție în asociere cu diverse patologii. Frecvența relativ crescută a malnutriției în rândurile copiilor prematuri, incorect alimentați determină incapacitatea lichidării deficitului staturo-ponderal în jurul vârstei de 2-3ani.

Astfel procesul de cercetare a inclus selectarea datelor despre vîrstă, gradul de prematuritate, evaluarea malnutriției apreciind indicatorii somatometrici (prin măsurări antropometrice la internare, pe durata spitalizării, analiza indicilor somatometrici de la naștere), indicatorii hematologici, biochimici și bacteriologici. Aprecierea calitativă a creșterii staturo-ponderale s-a evaluat prin măsurarea taliei și masei corpului calculînd IP și IN, pentru compararea valorilor obținute cu cele standart, adoptate de OMS în cadrul Programului Național CIMC (2000).

Rezultate și discuții

Studiul efectuat de noi reprezintă de fapt continuarea unor preocupări anterioare abordate în ultimul timp de mai mulți autori, datorită faptului că prematurii ating un nivel de dezvoltare cu mult inferior de cel al copiilor născuți la termen. Analiza individuală a lotului respectiv a impus repartizarea datelor clinice după criteriile:

a) vîrsta:

- pînă la 3 luni – 13 (45%)

- 3-12 luni – 12 (41%)

- mai mari de 1 an – 4 (14%)

b) conform gradului de gravitate a bolii, copii au fost internați în stare de gravitate medie -9(31%), gravă -13(45%), foarte gravă -7(24%).

c) cu gradele respective de malnutriție: grad I -10(34%), grad II -16(55%), grad III -3(11%).

d) cei 29 copii s-au născut cu diverse grade de prematuritate: grad I -15(52%), grad II -10(34%), grad III -4(14%); dintre care 7 copii din duplex: grad I -2, grad II -4, grad III -1; cu masa la naștere: sub 1500gr -7(24%), peste 1500 -22(76%). Din cei 7 prematuri sub 1500 gr, după tratament rămîn cu deficit de masă grad I -4, grad II -2, grad III -1.

e) 8 din cei 29 copii au fost alimentați cu lapte matern, restul 21 fiind la alimentație artificială: 5 cu lapte de vaci și 16 cu diverse amestecuri adaptate.

f) la examenul clinic al sîngelui parametri importanți sunt:

- concentrația hemoglobinei (99-116g/l) -55%

- nivelul leucocitelor ($9,1-21 \cdot 10^9/l$) -34,5%

- coprocultura:

Tab.1

Rezultatele examenului coproculturilor

Agenții bacterieni	Numărul	%
Proteus vulgaris	11	37
Stafilococcus aureus	4	14
Streptococcus pneumonie	1	3,5
Klebsiella pneumonie	1	3,5
Candida	3	10,5
Corinebacterii xerosis	1	3,5
Total coproculturi pozitive	18	62

g) După aspectele clinice malnutriția a decurs paralel cu: bronhopneumonie -13, aberație cromozomială -3, enterocolită -7, sindrom de colestază -2, TBC a ganglionilor intratoracali -2, sepsis -1. Fonul premorbid a mai fost accentuat de: rahitism -7, encefalopatie -5, dismicrobism -9, anemie feriprivă -16, sindrom de malabsorbție -2.

În cadrul studiului nu s-au înregistrat diferențe între cele două sexe, în ceea ce privește prevalența dezvoltării malnutriției la prematuri, raportul fiind de 15 fete și 14 băieți.

Concluzii

1) Malnutriția ca consecință a prematurității s-a evidențiat practic în egală măsură la grupele de vîrstă – pînă la 3 luni (45%) și 3-12 luni (41%), perioade cu ritmul cel mai înalt de creștere.

2) Prognosticul psiho-motor al prematurilor cu masa la naștere sub 1500gr, rămîne rezervat, deoarece aptitudinile psihomotorii la ei apar în termeni tardivi, atingînd la vîrsta de 1an o reținere în dezvoltare de 2 luni.

3) Bolile concomitente care au susținut evoluția malnutriției la prematuri în studiul nostru: bronhopneumonie -13, enterocolită -7, aberație cromozomială -3.

4) Incidența malnutriției în rîndurile duplexurilor -7, în statistica noastră, indică necesitatea profilaxiei postnatale precoce a acesteia printre gemeni.

Bibliografie

1. Oxford Dicționar de Medicină. Ediția 6. Gheorghe Vasilescu.
2. Florin Stamatina „Obstetrică și Ginecologie” vol.1. Cluj-Napoca 1998.
3. Svetlana Șciuca „Esențialul în bolile nutriționale ale copilului”. Chișinău 2007

CORELAȚIA RITMULUI CARDIAC ȘI FUNCȚIA RESPIRATORIE ÎN STĂRILE CRITICE LA SUGARI

Elena Busuioc

(Conducător științific: conferențiar universitar Ana Guragata)
Catedra Pediatrie Nr.1 USMF „Nicolae Testemițanu”

Summary

Correlation of cardiac rhythm and respiratory function in the critical situations of newborns

We had investigated 30 infants hospitalized in Pediatric Intensive Care Department. Critical situations were confirmed analysing neurologic, respiratory and circulatory signs. Instrumental and laboratory investigations confirmed diagnosis and determined intensive therapy.

Rezumat

Au fost investigați 30 sugari internați în secția de Terapie Intensivă Pediatrică. Starea critică s-a constatat analizînd semnele neurologice, respiratorii și circulatorii. Datele instrumentale și de laborator au confirmat diagnosticul și au determinat tratamentul intensiv.

Actualitatea temei

Definiție- „stare critică” reprezintă o stare clinică ce poate conduce la oprirea respirației și/sau cordului sau complicații neurologice severe, dar fără referire la o afecțiune bine precizată. Principalele manifestări clinice ce caracterizează copilul în stare critică sînt: detresa respiratorie, șocul, alterarea senzoriului (1).

Diagnosticul precoce al insuficienței respiratorii și insuficienței cardiace la copilul cu tulburări primare: respiratorii, cardiovasculare, neurologice, infecțioase, metabolice este necesar în vederea unei intervenții terapeutice eficiente pentru prevenirea progresiei hipoxemiei și hipoperfuziei tisulare spre stop cardiorespirator.

Principali parametri care trebuie cercetați din primul moment la copilul în stare critică sunt (triunghiul de investigație pediatrică):

1. aspectul copilului,
2. respirația,
3. starea circulatorie.

Expunerea detaliată a acestor parametri va fi expusă în compartimentul rezultate și discuții.

Aprecierea stării copilului critic pe baza parametrilor din triunghiul de investigație pediatrică (2):

1. Stabil;
2. Detresă respiratorie:
 - efort respirator crescut,