

10. KEARNEY MT, COTTON JM, RICHARDSON PJ, SHAH AM. „Viral myocarditis and dilated cardiomyopathy: mechanisms, manifestations, and management”, Postgrad Med J, 2001, vol. 77, p.4-10.
11. Tammy L. Uhl. “Viral Myocarditis in Children”, American Association of Critical-Care 2008, p.132.
12. Wu LA. “Current role of endomyocardial biopsy in the management of dilated cardiomyopathy and myocarditis”, <http://ccn.aacnjournals.org> Published online
13. <http://emedicine.medscape.com/article/890740-overview>

EXPRES-DIAGNOSTICUL LA COPILUL MIC CU AFECȚIUNI RESPIRATORII ACUTE

Irina Damian

(Conducator științific – Florin Cenușa, dr. în medicina, conf. univ.)

Summary

According to data study the „Congo-red coloured thread test” and „Assesment of the risk group of the microaspiration etiology respiratory pathology interview which can serve as an instant GER diagnosis in children suffering from acute respiratory infections has been demonstrated. The investigation includes 73 children aged from 3 months to 1,5 years old suspected by GER. GER suspected sign disease (regurgitations, dysphagia, vomiting, etc) by an interview has been registered. „Congo-red coloured thread test” for GER disease confirmation has been confirmed.

Rezumat

În baza datelor acestui studiu a fost demonstrat faptul că „Proba cu ata de congo-roșu” și ancheta „Aprecierea grupei de risc a patologiei respiratorii de etiologie microaspiratorie” pot servi în calitate de expres – diagnostic al refluxului gastro-esofagian (RGE) la copilul mic cu afecțiuni respiratorii acute. Lotul de studiu a inclus 73 copii cu vârsta cuprinsă între 3 luni până la 1,5 ani, care aveau suspectie la RGE. Semne de suspectie a bolii de RGE (regurgitații, disfagii, vome etc.), au fost puse în evidență prin chestionar. Metoda selectată pentru confirmarea bolii de RGE a fost „Proba cu ata de congo-roșu”.

Actualitatea temei

Sindromul de microaspirație a hranei (SMAH) ocupă un loc semnificativ în structura patologiei bronhopulmonare la copiii de vârstă mică.

Sub notiunea de (SMAH) se subînțelege nimerirea frecventă în caile respiratorii superioare a unor cantități mici de hrană [8]. Microaspirația hranei poate surveni în urma disfagiei [6] și refluxului gastroesofagian (RGE) [2]. Există și alte cauze mai puțin frecvente, din care fac parte fistulele traheoesofagiene și bronhogastrice, atrezia, halazia și ahalazia esofagului și, de asemenea, prezenta unei bride membranoase în esofag.

Sub notiunea de RGE se subînțelege scurgerea pasivă a conținutului stomacului în esofag, care nu este cauzată de vre-o patologie organică. RGE este un fenomen pasiv, care se manifestă prin deschiderea sfincterului inferior esofagian și nimerirea conținutului stomacului în esofag fără vre-o modificare a formei stomacului.

RGE se observă mai frecvent la copiii cu unele patologii ale SNC. Conform datelor lui J.M.Sondheimer și B.A.Morris, copiii cu retardare mintală în 15-20% din cazuri au avut vomă frecventă și RGE [4], iar conform datelor lui A.Baculard, frecvența RGE la copiii cu afecțiune organică a SNC alcatuiesc – 60 – 65% [11]. RGE apare frecvent la sugar și copilul mic, în primele 18 luni, până la 2 ani și în 90% cazuri simptomele dispar la această vârstă.

Rezultatele comunicate de diversi autori variaza de la 18% la o populatie neselectata, la 40% la sugari din mediul urban care consulta un pediatru. Studii recente arata ca aproximativ 50% dintre mamele ce au sugari sanatosi în vârsta de 6 – 8 luni afirma ca acestia regurgiteaza de 2 sau mai multe ori pe zi [11], ceea ce sugereaza ca RGE este o perturbare a motilitatii partii superioare a TGI extrem de frecventa.

RGE în 31% cazuri serveste drept cauza a vomei la copii, în 75-90% din cazuri însoteste si agraveaza evolutia altor maladii ale sistemului digestiv[5]. Voronov A.A. si Azarov I.I. [2] în baza cercetarilor efectuate considera RGE ca cea mai frecventa patologie esofagiana.

Conform datelor lui Zernov I.G. si coautorii sai [6] confirmate prin autopsie reflux-esofagita se întâlnește la 16,5% din copiii decedati din cauza maladiilor respiratorii, renale s.a., fapt pe care autorul îl explica prin lipsa clinicii RGE la copii. Dupa parerea lui Little [12] reflux-esofagita se întâlnește la 50% din bolnavii cu RGE, poate fi observata la orice vârsta, chiar si nou-nascuti. Aparitia reflux-esofagitei depinde de micșorarea clearance-ului esofagului si de încetinirea evacuării hranei din stomac, dar nu depinde de volumul secretiei sucului gastric, în afara de aceasta, ionii de hidrogen difunda usor mucoasa esofagului. Eroziunea mucoasei esofagului în reflux – esofagita duce la pierderi de sânge, exprimate prin anemie feripriva, prin hemoptizii si hematemeza.

La copiii de vârsta mai mare indicii caracteristici sunt pirozisul, disfagia, durerile sternale în pozitie culcata si sughitul. La copiii de vârsta mai mica reflux esofagita se exprima prin neliniste, iritare, care dispar dupa administrarea preparatelor antiacide.

Cea mai periculoasa este reflux – esofagita ce finalizeaza cu o stenoza cicatrizanta (strictura) esofagiana si esofagul Barrett, considerate mai înainte drept o patologie congenitala [7]. Chiar daca pediatrul ia în considerare sindromul eructatiilor si vomelor frecvente, el deseori presupune patologia antrumului, dar nu cea esofagiana.

Dupa parerea multor autori, riscul principal al RGE nu consta în afectiunea esofagului propriu – zisa, dar în faptul, ca RGE, fiind urmat în multe cazuri de aspiratie a continutului stomacal, provoaca deseori aparitia patologiei cronice bronhopulmonare, asa ca astmul bronic, bronșitele si pneumoniile frecvente la copiii de vârsta frageda. La posibilitatea participării RGE în aparitia acestor maladii pediatrii se gândesc în ultimul rând, deoarece aceasta influenta are un tablou clinic sters.

Iata de ce în diagnosticul RGE o mare însemnatate trebuie acordata colectării atente a anamnezei, examinării clinice si observarilor asupra copiilor.

Scopul studiului

Studierea caracteristicilor clinice si diagnosticul RGE la copilul mic cu afectiuni respiratorii acute.

Materiale și metode

În studiu sunt prezentate rezultatele unei analize clinico-paraclinice a 73 copii de vârsta de la 3 luni pînă la 1,5 ani, care aveau suspactie la RGE.

Mamele acestor copii au fost supuse unui interogatoriu conform unei anchete speciale – „Aprecierea grupei de risc a patologiei respiratorii de etiologie microaspiratorie”, elaborate de A.V.Mojeico si S.V.Taregorodtev în a.1978. Întrebarile au evoluat date despre prezenta semnelor de reflux (regurgitatii, uneori urmate de vome, regurgitatiile aveau caracter nocturn, disfagii, deseori se observa refuzul alimentatiei, agitatie, tulburari ale somnului).

În calitate de screening – test s-a folosit o metoda propusa de A.V.Mojeico si S.V.Taregorodtev în a.1978 „Proba cu ata de congo-rosu”. Esenta acestei probe consta în vopsirea unei ate de bumbac cu congo-rosu, care se introduce într-un cateter perforat peste fiecare centimetru, iar cateterul se plaseaza în treimea inferioara a esofagului timp de 3 ore. Ata își schimba culoarea în dependenta de pH secretiei gastrice.

Rezultate si discutii

La 61 de copii din 73 investigați datele anchetei au fost pozitive, suma de baluri fiind 16 și mai mult (grupa de risc). În lotul de control la copiii din aceeași secție datele erau mai puțin de 16.

Examenul anamnestic al RGE la copiii cu afecțiuni respiratorii acute a decelat prezența regurgitațiilor cu caracter nocturn la copiii din lotul de studiu. Părinții a 49 copii au relatat prezența regurgitației cu caracter nocturn în anamneza la schimbarea poziției corpului copilului. Vomele au fost semnalate la 21 copii, iar episoade de vome ocazionale au constituit 43 cazuri. Refuzul alimentatiei, agitația, tulburări ale somnului, au prezentat aproximativ ½ din copiii intervievați. Examenul obiectiv al copiilor din lotul de studiu a pus în evidență modificări patologice a sistemului digestiv. Astfel în 50% cazuri a fost constatată saburata de culoare albă a limbii, 19 copii au acuzat sensibilitate dureroasă la palparea abdomenului în regiunea epigastrică sau periombelicală.

Metoda „Proba cu ata de congo-roșu” a confirmat pH secreției gastrice. Dacă nivelul: pH este 6-7 – ata nu se colorează; la pH-3-4 – culoarea aței devine albastră, iar la pH mai jos de 2-culoarea aței devine neagră.

Acestei probe au fost supuși 21 de copii, din care: 7 copii au avut testul pozitiv – ata s-a colorat până la treimea inferioară a esofagului; la 2 copii testul a fost negativ – cauza aspirației s-a dovedit a fi disfagia, dar nu RGE; la 3 copii ata s-a colorat până la treimea medie a esofagului; la 9 copii ata s-a colorat până la treimea superioară a esofagului.

Pe baza datelor obținute observăm că există o corelație între ancheta și proba cu ata. Colorarea aței pe toată lungimea ne sugerează că copilul are eructații frecvente; dacă colorația este punctiformă sau parțială, atunci ne sugerează că copilul are eructații rare.

Tratamentul sindromului microaspirational trebuie să fie complex și să depindă de factorul cauzal. În acele cazuri, când cauza aspirației este RGE, se recomandă aplicarea terapiei de bază a refluxului, care include poziția ridicată a patului în regiunea capului, dieta cu excluderea produselor care cauzează RGE, hrănirea fracționată cu porții mici și cu reducerea volumului alimentatiei înainte de somn, bauturi alcaline. Preparatele antacide și remediile care normalizează tonusul sfîcterului esofagian inferior, trebuie aplicate în acele cazuri, când RGE este foarte pronunțat, se observă permanent și duce la aspirarea unor cantități considerabile ale conținutului stomacal în căile respiratorii. La copiii cu clinica steașă a RGE se poate limita numai cu terapia de bază a RGE.

Concluzie

Proba cu ata colorată în congo-roșu este un screening-test simplu, informativ, puțin invaziv și destul de ieftin pentru diagnosticul RGE. Testul nu prezintă pericol pentru pacienți, poate fi aplicat copiilor de orice vârstă și folosit pe larg în practica medicală, în multe cazuri servind drept alternativă pH – metriei.

La fel în calitate de screening-test pentru depistarea copiilor cu riscul sporit de apariție a patologiei cronice bronhopulmonare, poate servi și ancheta „Aprecierea grupei de risc a patologiei respiratorii de etiologie microaspiratorie”.

Anexa

Anchetă pentru părinți

Aprecierea grupei de risc a patologiei respiratorii de etiologie microaspiratorie

Numele, Prenumele _____

Vârsta copilului _____

Are sa _____

Diagnosticul _____

Notă: Raspunsul ales de D-ra înscrieți-l în rubrica corespunzătoare (+).Raspunsul este:

„da”: dacă simptomul este (a fost) frecvent și/sau are (a avut) caracter marcat,

„nu”: dacă semnul nu este caracteristic pentru copilul D-ra,

„mai frecvent nu” cazuri cînd simptomul a fost prezent în 1 - 2 cazuri,
 „mai frecvent da” episoade frecvente,
 „nu știu” daca unele simptome nu au fost notate de D-ra.

Nr.	Ancheta	Răspunsuri				
		Da	Mai frecvent da	Nu știu	Mai frecvent nu	Nu
1.	Este crescut reflexul de vomă (voma este ușor provocată, prezentă în perioadele de boală și în acutizări)					
2.	Episoadele respiratorii frecvente au o durată mai mare de 10 zile					
	Periodic este o necesitate crescută în lichide (apa, ceai)					
4.	Sunt prezente semne respiratorii de scurtă durată (tuse, respirație dificilă) și în perioadele de remisie ale bolii					
5.	Ați observat modificarea vocii (raguseala, disfonie, tuse grosolană)					
6.	Apar accese de tuse în timpul somnului (diurn sau nocturn)					
7.	Doarme mai frecvent pe partea dreaptă sau pe burta, iar în timpul tusei ocupă o poziție ridicată sau încearcă să se așeze					
8.	Simptomele de bază ale bolii se accentuează în timpul nopții					
9.	Unul din semnele precoce ale unei boli este tusea					
10.	Frecvența episoadelor de infecții respiratorii este mai mare de 4 ori pe an		-			
11.	Predispoziție la constipații sau la dereglări tranzitorii de scaun					
12.	Acuze periodice la dureri abdominale și greturi					
13.	Saburata limbii și miros urât din cavitatea bucală		▪			
14.	Cu ajutorul apei sau laptei pot fi cupate sau micșorate în intensitate accesele de tuse					
15.	Episoadele de boală sunt însoțite de respirație îngreuiată (component obstructiv, semne astmatice și laringită subglotică etc.)					
16.	În timpul administrării hranei sau a lichidelor copilul se îneca, iar după mîncare - apar regurgitații					
17.	Tusea în accese sau respirația îngreuiată mai frecvent apare după 2 [^] 3 ore de la ingerarea hranei		▪			

E > 16 baluri - grupa de risc.

Calcularea sumei de baluri (E) se face prin sumarea algebrica a rasunurilor pozitive, luate cu semnul „+” si a celor negative, luate cu semnul „-”.

Note (alte date, de ex. caracterul apetitului, preferintele alimentare, factorii declansatori pentru unele boli, legitste aparitiei unor episoade, eficacitatea tratamentului etc.).

Data

Semnatura parintilor

Bibliografie

1. S.Ungureanu, N.Gladon, N.Sipitco- Boala de reflux gastroesofagian (îndrumarea metodică) MS PS, Chisinau, USMF "N.Testemitanu" 2005, p.36
2. Lupasco Iu., Dumbrava V-T-A; Romanciu I. „Boala de reflux gastroesofagian”. Ghid de practica medicala.Chisinau 2003 1,13.
3. Aëèí í â Í Ĭ „Àääèí â CC. Í äóí äáí äëúí îí ðáô-ëþ êñá.//Òãð. àððèâ., 1982,¹ 4, ñ. 137-139.
4. Âí ðí í í â À.À., Àçãðí â Ĭ .È. Àèääí î ñðèèà è òèðóðäè ÷ãñèí à èã÷áí èã í àèí òí ðú õ í àððø áí èè çà-ì ú èàðäëúí í é ô óí èçèè èàðäèè.// Âãñòí èè òèð., 1982,¹ 10,ñ.21-24.
5. Âú ãí áí äðÁ.Á, Èèñèè í àÁ.Ĭ .È í äòí äáí áçó ðáô-ëþ êñ-ýçí ô ääèðà.//Èèèí, ì ää., 1980,¹ 3, ñ.27-31.
6. Çãðí í áí .Á, Ñãø áí èí ààÒĬ ., Áí äóéýí ÑÁ. èãð. Óðí í è÷ãñèèé ýçí ô ääèðò í ðè ì èù äáí é àèèãðäèè ó ääðäé.//Ĭ ääèàððèý,¹ 9, ñ.68-69.
7. Èääèí Ĭ .Á. Ýí òáð äèí ýçí ô ääèúí ú é ñèí äðí í ó í í âí ðí æääí í ú õ. // Çãðàáí í òð. Ááèí ðóññèè, 1987,¹ 3,ñ.13-16.
8. Ĭ í æäèí À.Á. Ĭ èèðí àñí èðäòèí í í úø ì äðáí èçí ô í ðí èðí äáí èý í àñí äòèðè ÷ãñèí é áðí í òí èääí ÷í í é ì äòí èí äèè ó ääðäé. Áãðí ðáô. äèñ. äí è. ì ää. í àóé.//Ĭ í ñèâà, 1991,ñ.41.
9. Baculard A. Bronchopneumopathies repetees et reflux gasrto-esofagien. //Pediatrie, 1975, Vol.11,p.101-106.
10. Baenlard A. Bronchopneumopathies repetees et reflux gasrto-esofagien. // Pediatrie, 1980, Vol.8,p.226-229.
11. Billeaud N Gastric emptying in infants with or without gastroesophageal reflux according to the type of milk. //Eur. J. Clin. Nutr., 1990, a8, p.577-583.
12. Boonyaprapa S., Alderson P.O., Garfunkel D J. et. al. Detection of pulmonary aspiration in infants and children with respiratory disease. // J. Nucl. Med., 1980, Vol.21, p.314-318.
13. Little A.G., Demeester T.R., Kirehner P.T., et al. Pathogenesis of esophagitis in patients with gastroesophageal reflux. // Surgery, 1980, Vol.88, p.101-107.
14. Malthaner R.A., Newman K. D., Parry R, Duffy L.F., Randolph J.C. Alkaline gastroesophageal reflux in infants and children. // J. Pediatr. Surg., 1991, Vol.26, No.8, p.986-990.
15. J.B.Ollyo, F.Lang, C.Fontolliet, P.Monnier-Savary-Miller's new endoscopic grading of reflux-oesophagitis: a simple, reproductible, logical, complete and useful classification. Gastroenterology 1990; 98: Suppl: A100-A100.
16. Harding S.M. Pulmonary complications of gastroesophageal reflux. IN: The Esophagus, 4th Edition, 2003: p 530-545.
17. Internet.