

11. Lee K., Badhwar N., Scheinman M. Supraventricular tachycardia – part I. *Curr Probl Cardiol*, 2008, 33 :467.
12. Ogunkunle O., F. Bode Thomas. Cardiac Arrhythmias in Children with Anaemia. In: *Nigerian Journal Of Paediatric* 2003, 30(1):13-17. 19
13. Rawahi N., MS Green. Diagnosis of supraventricular tachycardia in infants. In: *Division of Cardiology, University of Ottawa Heart Institute, Canada*, 2007, P.21.
14. Roberts O. Douglas L. Mann, Douglas P. Zipes, Braunwald's *Hearts Disease* 19'th edition, Elsevier Saunder. 2012, p. 781
15. Santinelli V., Radinovic A., Manguso F. et al The natural history of asymptomatic ventricular preexcitation a long term prospective follow-up study of 184 asymptomatic children. In: *Am CollCardiol*.2009, Vol. 53 (3). p. 275-280.
16. Scheinman M., Huang S. The 1998 NASPE prospective catheter ablation registry. In: *Pacing Clin Electrophysiol* 2009; 23, p. 1020-8.
17. Кручина Т., Егоров Д. Суправентрикулярные тахикардии у детей: клиника, диагностика, методы лечения. В: СПб.: Человек, 2011, с. 356.
18. Пармон Е., Трешкур Т., Шляхто Е. Идиопатические желудочковые нарушения ритма (анализ проблемы) . В: *Медицина неотложных состояний*. 2008, 1(14).с. 113-125.
19. Школьников М., Алексеевой. Е. Клинические рекомендации по детской кардиологии и ревматологии. Москва, 2010, с.325
20. Школьников М., Егорова Д. Учебное пособие: Диагностика и лечение нарушений ритма сердца и проводимости у детей . Москва , 2012, с. 432

## **AFECTAREA CORDULUI ÎN ARTRITA IDIOPATICĂ JUVENILĂ**

**Tatiana Bușu, Ninel Revenco**

Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”

### **Summary**

#### *Cardiac involvement in Juvenile Idiopathic Arthritis*

Cardiovascular impairment in Juvenile Idiopathic Arthritis is one of the most important causes of morbidity of this disease, which excels in the diversity of cardiac structures involved. A study of cardiac involvement in 33 patients with a diagnosis of JIA, making use of clinical and instrumental methods, allowed to determine a polymorphism of cardiac injury. Cardiac damage manifests from functional disorders determined by pace and conduction abnormalities, to organic changes manifested by the predominance of endocardial involvement. The systemic form of the disease was identified as exceling in the cardiovascular impairment.

### **Rezumat**

Afectarea cardiovasculară în Artrita Idiopatică Juvenilă reprezintă una din cauzele cele mai importante a morbidității acestei maladii, excelând prin diversitatea structurilor cardiace implicate. Studiarea implicării cardiace la 33 pacienți cu diagnosticul de AIJ făcând uz de metode clinice și instrumentale, a permis a determina un polimorfism de afectare. Prejudiciile se manifestă de la tulburări funcționale determinate de modificările de ritm și de conducere, până la modificări organice manifestate prin o predominare de afectare a endocardului. Forma sistemică a maladii a fost identificată ca predominantă în implicarea cardiovasculară.

### Actualitatea temei

Artrita Idiopatică Juvenilă rămâne a fi cea mai frecventă maladie reumatică cronică inflamatorie, cu întindere universală, rata incidenței acesteia variind între 0.8 – 23 la 100.000 populație juvenilă [2].

Afectarea cardiovasculară în Artrita Idiopatică Juvenilă excelează prin diversitatea structurilor implicate precum și prin gradul severității acestora. Cel mai important impact asupra mortalității din AIJ o are maladia cardiovasculară, responsabilă de 35% din toate decesele [2]. Rata mortalității datorată maladiei cardiovasculare s-a dovedit a fi crescută în perioada inițială a bolii de bază, ceea ce sugerează că mecanismele ce stimulează această mortalitate sunt prezente devreme în procesul dezvoltării AIJ [2].

Frecvența acestei boli precum și imposibilitatea vindecării complete (evoluția este progresivă și duce la leziuni ireparabile, inclusiv cardiovasculare), fac ca această entitate să fie considerată o importantă problemă medicală, precum și socială, împotriva căreia merită a fi dusă o intensă luptă profilactică și terapeutică.

### Obiectivele

1. A evidenția particularitățile de afectare cardiacă în Artrita Idiopatică Juvenilă;
2. A estima cantitativ și structural-calitativ dereglările funcției cardiace la pacienții cu Artrita Idiopatică Juvenilă ;
3. A determina prezența sau lipsa particularităților afectării cardiace la pacienții de sex masculin și feminin.

### Material și metode de cercetare

Studiului au fost supuși 33 pacienți cu diagnosticul de Artrita Idiopatică Juvenilă, stabilit conform criteriilor ILAR.

Tabelul 1

**Caracteristica generală a pacienților incluși în studiu**

Vârsta medie, luni (M ± m) DS	Sex Băieți, n (%) Fete, n (%)	Durata Bolii medie, luni (M ± m) DS	Vârsta medie la debut, luni (M ± m) DS	Forma Maladiei %
142.1 luni (204 ± 36) 55.32	15 (45,4%) 18 (54,5%)	43.8 luni (132 ± 1,5) 33.15	98.3 luni (192 ± 12) 52.23	18.1% - sistemică 30.3% - oligoarticulară 51.5% - poliarticulară

### Metode de cercetare

În scopul evaluării afectării cardiace pacienții au fost supuși:

- examinării simptomatice cardiace;
- examinării clinice obiective meticuloase cu accent asupra examinării cardiace;
- electrocardiografiei standard în 12 derivații efectuată la internare, precum și pe parcursul acesteia;
- ecocardiografiei 2 D, în mod M și Doppler.

### Analiza statistică

Operațiunile matematice efectuate au fost calcularea mediilor aritmetice (M), deviația standard (SD).

Ca metodă statistică pentru evidențierea diferențelor statistic semnificative între afectarea cardiacă la sexul feminin și masculin, a fost utilizat testul Chi Pătrat (p).

Pentru a determina existența diferențelor statistic semnificative de afectare a diferitor structuri cardiace în AIJ s-a efectuat examinarea diferențelor dintre proporții, incluzând testul statistic Chi Pătrat și metoda Marascuilo.

În efectuarea acestor teste s-a luat un interval de confidență de 95 și un  $\alpha=0.05$ .

### **Rezultate**

Examinarea simptomatiei cardiace a demonstrat prezența acesteia la 100% pacienți. Simptomele depistate au fost: palpitații cardiace periodice – 78.79%, cardialgii cu caracter înțepător apărute în lipsa oricărui efort fizic – 60.61%, dispnee de efort fizic moderat – 33.33%, astenie – 60.61%. Simptomatologia prezentată a fost identificată cu o predilecție de 70% la pacienții cu o durată a bolii mai scurtă. Nu a fost observată o corelare dintre sex și simptomele cardiace.

Examinarea frecvenței contracțiilor cardiace a rezultat în identificarea tahicardiei la 36.36% pacienți, dintre care 50% sau 100% din cei cu forma sistemică, 33.3% - forma poliarticulară și 16.6% - forma oligoarticulară. 21.21% pacienți au prezentat bradicardie: 71.4% - forma poliarticulară și 28.5% - forma oligoarticulară. 42.42% pacienți au manifestat o frecvență cardiacă în limitele normei.

Examinarea regiunii precordiale prin inspecție nu a depistat manifestări patologice la nici unul dintre pacienți.

Palparea șocului apexian a evidențiat un șoc normal la 72.73 %, iar la 27.27 % s-a evidențiat deplasarea laterală al acestuia. 66.6 % dintre aceștia au avut o durată a maladiei mai mare de 4 ani. Deplasarea șocului apexian s-a observat cu o predominare de 55.55 % la pacienți cu forma poliarticulară, 44.44 % la cei cu forma sistemică și doar 11.11 % la pacienții cu forma oligoarticulară.

Determinarea limitelor cordului a prezentat o concordanță totală cu rezultatele aprecierii șocului apexian.

Auscultația pacienților a relevat semne de afectare cardiacă la 82% pacienți.

Zgomotele cardiace au fost identificate normale, ritmice și sonore, la 51.52% pacienți. La auscultația a 15.15% a fost identificată atenuarea zgomotului I în toate focarele de auscultație, forma clinică a maladiei la acești pacienți fiind cea poliarticulară. Auscultația cordului la 9.09% pacienți a relevat dedublarea zgomotului II – forma sistemică a maladiei.

Identificarea suflurilor cardiace auscultativ a demonstrat o variație a acestora. Auscultația cordului la 72.7% pacienți a identificat prezența unui suflu mezosistolic în focarul mitral de auscultație. Acesta s-a identificat cu o prevalență de 100% la pacienții cu forma sistemică, 58.30% la cei cu forma poliarticulară și 16.60% la pacienții cu forma oligoarticulară.

Prezența concomitentă a suflului mezosistolic în focarul mitral și a suflului diastolic de intensitate redusă și durată scurtă în focarul pulmonar a fost identificat la 27.2% pacienți. Aceasta presupune 29.41% din pacienții cu forma poliarticulară, 33.33% din cei cu forma sistemică și 20.00% din cei cu forma oligoarticulară.

Auscultația a 12.1% pacienți a determinat prezența unui suflu pansistolic de intensitate redusă în focarul mitral de auscultație. Acesta s-a identificat cu o prevalență de 17.64% la pacienții cu forma poliarticulară și 10% la cei cu forma oligoarticulară. Evaluarea prezenței suflurilor cardiace nu a demonstrat o corelare dintre manifestarea acestora și durata bolii.

Examinarea electrocardiografică a presupus investigarea modificărilor în activitatea electrică a cordului.

Examinarea axului electric a cordului a rezultat în identificarea unui ax intermediar la 81.82% pacienți. 12.12% au prezentat un ax electric deviat spre stânga, dintre care 6.06% cu forma poliarticulară a maladiei, iar 6.06% cu cea oligoarticulară. Devierea axei electrice a cordului spre dreapta a fost determinată la 6.06% din cei investigați, ambii cu forma sistemică a maladiei. Modificările axului electric s-au dovedit a fi în corelație strânsă cu durata lungă a maladiei.

Analiza ritmului cardiac a determinat un ritm sinus al la 100% pacienți, dintre care la 30% s-a identificat aritmie sinusală. Nu a fost identificată o corelare dintre forma maladiei și prezența acestor modificări la acești pacienți, iar analiza duratei maladiei a rezultat în predominarea modificării ritmului la pacienții cu o durată mai scurtă a maladiei.

Măsurările electrocardiografice au identificat o durată normală a intervalului PQ la 85% pacienți. La 5 pacienți (15%) acest interval a fost determinat prescurtat cu o suspecție a sindromului Wolff Parkinson White, dintre care la 1 pacient cu prezența unei  $\delta$  în derivația II, III standard și V1. 2 pacienți din cei 5 prezentau forma sistemică a maladiei, 2 – forma poliarticulară și 1 pacient – forma oligoarticulară. Durata medie a bolii la acești pacienți a prezentat 66 luni cu minimum de 12 luni și maximum de 120 luni.

100% pacienți în urma măsurărilor electrocardiografice au prezentat o durată normală a complexului QRS și intervalului QT. Examinarea dispersiei intervalului QT a evidențiat o medie de 38ms, cu maximum de 60 și minimum de 1ms. Deviația standard (SD) a reprezentat 18.37.

Examinarea electrocardiografică a depistat prezența unui bloc incomplet de ram drept a fasciculului His la 24.24% pacienți. 12.12% din aceștia prezentau forma poliarticulară a maladiei, iar 12.12% forma sistemică. A fost determinată o corelație dintre prezența acestei modificări de conducere și durata relativ scurtă a maladiei de bază.

Repartizarea pe sexe a afectării sistemului de conducere a presupus interesarea a 5 băieți și 3 fete. Efectuarea testului statistic Chi Pătrat a demonstrat că nu există o diferență statistic semnificativă între implicarea sistemului de conducere la sexe diferite cu  $p=0.26$ , precum și diferențierea acestora conform acestei particularități în populația țintă.

La 21% din cei investigați s-a determinat prezența unui p „mitral”. Nu a putut fi identificată o corelație dintre forma Artritei Idiopatice Juvenile și prezența acestei modificări electrocardiografice, însă analiza duratei bolii de bază a determinat o prevalență a p „mitral” la pacienții cu o durată a bolii peste 5 ani.

Analiza ecocardiografică a presupus investigarea tuturor pacienților utilizând modul M și doppler.

Determinarea dimensiunilor atrilor și ventriculelor a evidențiat un interval de valori normale la 100% pacienți.

Evaluarea valvei aortice a determinat cuspe intacte și amplitudine de deschidere a acestora normală la 100% pacienți.

Examinarea valvei mitrale a rezultat în identificarea unei valve intacte doar la 24.24% pacienți, iar la restul 75.76% aceasta s-a determinat îndurată. O mișcare discordantă a valvulelor și un prolaps valvular anterior ușor au prezentat 100% pacienți. Modificările valvei mitrale s-au dovedit a fi concordante cu durata mai lungă a maladiei de bază, iar careva predilecții legate de vârstă sau forma Artritei Idiopatice Juvenile în afectarea acesteia, nu au putut fi identificate.

Repartizarea pe sexe a afectării valvei mitrale a presupus interesarea a 11 băieți și 14 fete. Efectuarea testului statistic Chi Pătrat a demonstrat că nu există o diferență statistic semnificativă între implicarea acestei valve la sexe diferite cu  $p=0.76$ , precum și diferențierea acestora conform acestei particularități în populația țintă.

Valva tricuspida și pulmonară au fost determinate intacte la 100% pacienți, precum și careva semne de afectare a foștelor pericardice nu au fost identificate la nici un pacient.

Evaluarea Doppler a presupus evidențierea regurgitărilor prin examinarea tuturor valvelor.

Valva aortică, precum menționat mai sus, a fost depistată intactă fără careva semne de regurgitație la 100% pacienți.

36.36% pacienți au manifestat semne de insuficiență a valvei pulmonare, cu determinarea regurgitării la nivelul acesteia, dintre care doar 18.18% - ca manifestare unică. Dintre aceștia 3 prezentau forma poliarticulară, 2 – oligoarticulară și un pacient – forma sistemică a Artritei Idiopatice Juvenile. Gradul insuficienței pulmonare la toți pacienții a fost I.

La 12.12% pacienți a fost determinată regurgitație atât la nivelul valvei pulmonare cât și a celei tricuspide, 3 pacienți fiind cu forma poliarticulară, iar 1 pacient cu cea sistemică. La 6.06% pacienți s-a observat combinarea insuficienței valvei pulmonare cât și a celei mitrale, ambii fiind cu forma poliarticulară.

Regurgitație solitară doar la nivelul valvei tricuspide s-a determinat doar la 9.09% pacienți, 2 prezentând forma poliarticulară, iar 1 pacient – forma sistemică. Gradul insuficienței tricuspide la toți pacienții a fost I. Insuficiență mitrală solitară au prezentat 6.06% pacienți, cu forma sistemică și poliarticulară, gradul acesteia fiind I.

Repartizarea pe sexe a afectării valvei mitrale a presupus interesarea a 3 băieți și 1 fetiță. Valva tricuspidă a fost identificată afectată la 3 băieți și 4 fetițe, iar valva pulmonară la 6 băieți și 6 fetițe. Efectuarea testului statistic Chi Pătrat a demonstrat că nu există o diferență statistic semnificativă între implicarea acestor valve la sexe diferite, precum și diferențierea acestora conform acestei particularități în populația țintă. P a fost egal cu 0.38 pentru valva mitrală, 0.87 pentru valva tricuspidă și 0.69 pentru cea pulmonară.

Nu a fost determinată o corelație dintre afectarea valvulară și durata maladiei de bază.

Tabelul 2

### Rezultatele metodei Marascuilo pentru diferențierea afectărilor valvulare în AIJ

Contrast	Valoare	Valoare critică	Semnificativ
p(mitrală) - p(aortă)	0.212	0.199	Da
p(mitrală) - p(pulmonară)	0.242	0.283	Nu
p(mitrală) - p(tricuspidă)	0.091	0.255	Nu
p(aortă) - p(pulmonară)	0.364	0.234	Da
p(aortă) - p(tricuspidă)	0.212	0.199	Da
p(pulmonară) - p(tricuspidă)	0.152	0.307	Nu

În scopul determinării existenței unei predominări de afectare valvulară în AIJ, ce ar putea fi extrapolată populației țintă, s-a efectuat examinarea diferențelor dintre proporții, făcând uz de testul Chi Pătrat și metoda Marascuilo. Acest test a permis a concluziona că există o diferență statistic semnificativă între afectarea diferitor valve în această maladie ( $p=0.003$ ). Metoda Marascuilo a determinat ca valve preponderent afectate la acești pacienți cu dezvoltarea insuficienței, fiind cea mitrală, pulmonară și tricuspidiană; afectarea valvei aortale fiind inferioară.

Fracția de ejeție a ventriculului stâng a fost identificată în limitele normei la 100% pacienți, cu o medie de 70.3%.  $SD=5.1$ .

Pentru a aprecia diferențele implicării cardiace la pacienții cu diferite forme ale AIJ, s-a utilizat testarea diferențelor dintre proporții. Aceasta a inclus utilizarea testului statistic Chi Pătrat, iar pentru a evidenția care formă prezintă diferențe statistic semnificative în afectarea cordului s-a utilizat metoda Marascuilo.

Aceste teste au fost aplicate în examinarea frecvenței contracțiilor cardiace ( $p=0.02$ ), depistarea extrasistolelor ( $p=0.005$ ), identificarea suflurilor din afectarea valvulară ( $p=0.008$ ), precum și identificarea blocurilor de ram a fascicolului His ( $p=0.01$ ).

Testul Chi Pătrat a permis a concluziona pe baza indicelui p că există diferențe statistic semnificative în afectarea acestor parametri între formele sistemică, poliarticulară și oligoarticulară ale AIJ.

Metoda Marascuilo a întărit concluzia prin indicarea formei sistemice ca cea cu implicări majore în afectarea cardiacă, comparativ cu celelalte două.

**Rezultatele metodei Marascuilo pentru diferențierea formelor de AIJ**

<b>Contrast</b>	<b>Valoare</b>	<b>Valoare critică</b>	<b>Semnificativ</b>
p(sistemică) - p(poliarticulară)	0.412	0.292	Da
p(sistemică) - p(oligoarticulară)	0.800	0.310	Da
p(poliarticulară) - p(oligoarticulară)	0.388	0.426	Nu

**Discuții**

Examinarea pacienților cu Artrită Idiopatică Juvenilă a permis a concluziona că afectarea endocardului, cu dezvoltarea valvulitei, rămâne a fi manifestarea cea mai frecventă a carditei din această patologie, precum susținut și de Andrea Doria et al. [2].

Utilizarea metodei Marascuilo în determinarea diferențelor statistice semnificative între afectarea diferitor valve în Artrita Idiopatică Juvenilă a permis a stabili o afectare preponderentă a valvelor mitrală, pulmonară și tricuspidiană cu o afectare inferioară a valvei aortale ( $p=0.001$ ).

Tulburările de ritm și de conducere dezvoltate la pacienții cu AIJ și identificate în urma studiului sunt aritmiile sinusale, tahicardiile sinusale, extrasistolele atriale, scurtarea intervalului PQ și blocurile de ram a fascicolului His. Studiile efectuate în această sferă menționează o implicare totuși nesemnificativă a sistemului de conducere, ce nu cauzează daune funcției cardiace [5,6].

Afectarea pericardului, deși documentată ca relativ frecventă în AIJ, nu s-a identificat la pacienții incluși în studiu [1,3,4].

Utilizând examinarea diferențelor dintre proporții făcând uz de metoda Marascuilo s-a reușit a determina forma sistemică a Artritei idiopatice Juvenile ca cea excelând în afectarea cordului.

Excelarea formei sistemice în afectarea cardiacă a fost demonstrată de multiple alte studii [7,8].

**Concluzii**

1. În Artrita Idiopatică Juvenilă forma sistemică excelează în afectarea cardiacă;
2. Implicarea endocardului în Artrita Idiopatică Juvenilă relevă o preponderență de afectare a valvelor mitrală, pulmonară și tricuspida, cu o afectare puțin inferioară a valvei aortale;
3. La copii afectarea structurilor cardiace în Artrita Idiopatică Juvenilă, nu comportă impact negativ semnificativ asupra funcției cardiace, cu păstrarea unei fracții de ejeție a ventriculului stâng în limitele normei, cu o medie de 70.3%;
4. Artrita Idiopatică Juvenilă nu comportă particularități de afectare a structurilor cordului în dependență de sexul pacientului.

**Bibliografie**

1. Behrens E. M., Beukelman T., Gallo L., et al. Evaluation of the presentation of systemic onset juvenile rheumatoid arthritis: data from the Pennsylvania Systemic Onset Juvenile Arthritis registry (PASOJAR). *Journal of Rheumatology*, 2008, vol. 35, Nr.2, p. 343-348.
2. Doria Andrea, Pauletto Paolo, Asherson Ronald. The heart in systemic autoimmune diseases. *Handbook of Systemic Autoimmune Diseases*, 2004, Vol. 1, p.121-152, 229.
3. Goldenberg J., Ferraz M. B., et al. Symptomatic cardiac involvement in juvenile rheumatoid arthritis. *International Journal of Cardiology*, 1992, Vol. 34, Nr.1, p.57-62.

4. Gurion R., Lehman T. J. A., et al. Systemic arthritis in children: a review of clinical presentation and treatment. *International Journal of Inflammation*, 2012, Vol. 2012, p.16.
5. Koca Bulet, Kasapcopur Ozgur, et al. P wave dispersion and cardiac involvement in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 2011, Vol. 9 Suppl. 1, p. 142.
6. Koca Bulet, Kasapcopur Ozgur, et al. QT dispersion and cardiac involvement in patients with juvenile idiopathic arthritis. *Pediatric Rheumatology*, 2011, Vol. 9 Suppl. 1, p.141.
7. Russo R., Katsicas M.. Patients with early-onset systemic juvenile idiopathic arthritis show more inflammation and worse outcome. *Pediatric Rheumatology*, 2011, Vol. 9, Suppl. 1, p.18.
8. Shlotzhauer Tammi L., McGuire James L.. Living with rheumatoid arthritis. John Hopkins Press Health Book, 2003, 2nd edition, p. 41-42.

## **PARTICULARITĂȚILE EPILEPSIEI COPILOR DE VÎRSTĂ MICĂ ÎN REPUBLICA MOLDOVA**

**Cornelia Calcîi, Maria Goțonoaga, Ana Antohi, Carolina Golovcenco, Tatiana Lozan**

Clinica de Neuropediatrie, Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”,  
IMSP IMC, Centrul Republican de Reabilitare pentru Copii, Spitalul internațional Medpark

### **Summary**

#### *Epilepsy in young children in the republic of Moldova*

Epilepsy is one of the most severe neurological childhood diseases. Every year the number of children diagnosed with epilepsy increases. Therefore detailed knowledge of the development and incidence and prevalence indicators, also of risk factors will contribute to the improvement of health care services provided to the population.

### **Rezumat**

Epilepsia este una dintre cele mai frecvente afecțiuni cerebrale. În fiecare an numărul de copii diagnosticați cu epilepsie este în creștere. Cunoașterea detaliată a răspîndirii, incidenței și prevalenței, precum și a factorilor de risc va contribui la îmbunătățirea serviciilor de sănătate acordate populației.

### **Actualitatea**

Epilepsia este o afecțiune a sistemului nervos central care are o semnificație considerabilă asupra sănătății publice. În Moldova incidența epilepsiei la populația adultă este de 18 la 100 mii locuitori, iar la copii (0-17 ani 11 luni 29 zile)- 33,1 la 100 mii locuitori (Biroul Național de Statistică). Aproape 50 % din cazuri au fost diagnosticate la persoanele mai tinere de 20 ani, 50% au prezentat crize generalizate, 50% au prezentat crize parțiale. Convulsiile prezintă o urgență neurologică comună la copil, aproximativ 5% copii au cel puțin o criză convulsivă pînă la vîrsta de 16 ani. Etiologia epilepsiei este variabilă și deseori rămîne necunoscută (criptogenă/idiopatică). Această maladie este una dintre cele mai frecvente afecțiuni cerebrale, și se întîlnește la aproximativ 0.5% din populația tînă. În țara noastră sunt înregistrate în jur de 12 mii persoane ce suferă de epilepsie, dintre care în anul 2011, de exemplu, au fost înregistrați 1483 de copii cu diagnosticul stabilit de epilepsie (fără dereglări psihice), dintre care numai în mun. Chișinău s-au întîlnit 144 de copii (Biroul Național de Statistică). Acestea sunt doar cifrele pentru epilepsiile copiilor, în care nu se includ dereglările psihice. Epilepsiile au un impact diferit asupra vieții copiilor și adolescenților, iar evoluția lor poate fi foarte diferită. De aceea