

4. Semnele clinice sugestive pentru suspectarea FC impun investigarea copiilor prin metode specifice precum testul sudorii și examenul genetic pentru confirmarea diagnosticului, inițierea precoce a tratamentului cu enzime pancreatice și celui antibacterian în doze adaptate cu ameliorarea prognosticului copilului.

Bibliografie

1. Bobadilla J., Macek Jr M., Fine J., Farrell P. Cystic fibrosis: a worldwide analysis of CFTR mutations – correlation with incidence data and application to screening. *Human Mutation* 2002; 19 (6):575-606.
2. Cipolli M., Castellani C., Wilcken B., et al. Pancreatic phenotype in infants with cystic fibrosis identified by mutation screening. *Archives of Disease in Childhood* 2007; 92: 842-846.
3. Davies J., Alton E., Bush A. Cystic fibrosis. *BMJ* 2007; 335:1255-9.
4. Guragata A., Lăsai E., și alții Particularitățile clinico-evolutive ale mucoviscidozei la sugari. *Buletin de perinatologie, Rev științifico-practică; Chișinău* 2005 (2)p 26-28.
5. Lazar L., Lazar J., Nemeș E., și coautori. Privire de ansamblu asupra evoluției clinice și biologice la un lot de copii cu mucoviscidoză (fibroză chistică). *Revista Română de Pediatrie* 2009; LVIII (3): 304-309.
6. Littlewood J.M., et all. Diagnosis and treatment of intestinal malabsorption in cystic fibrosis. *Pediatr Pulmonologi.* 2006; 41 (1) : 35-49.
7. Modolell I., Guarner L., Malagelada J. Digestive system involvement in cystic fibrosis. *Pancreatology* 2002; 2:12-16.
8. Turcu O. Particularitățile etiopatogenice, clinice și terapeutice în afectarea aparatului digestiv la copiii cu fibroză chistică. Teza de doctor în medicină, Chișinău, 2012.
9. Капранов Н.И. с соавт. Муковисцидоз (Современные достижения и проблемы). Методические рекомендации. Медпрактика-М, 2008, 76 с.

RITMUL CARDIAC ÎN PNEUMONII LA SUGARII MICI

Ana Guragata, J Ala ivalcovschi, Ludmila Rusu, Florin Cenușa
Departamentul Pediatrie USMF „Nicolae Testemițanu”
IMSP SCM nr. 1, Centrul Municipal Neonatal

Summary

Heart rate in infants with pneumonia

We had investigated heart rate in 50 infants with pneumonia between 4 days and 1 month of age. We analyzed reciprocal relations between clinical forms of arrhythmias (abnormalities of impulse formations, impulse conduction) and clinical manifestations of pneumonia. The prevalence of tachycardia was explain by activity of sympathetic nervous system at patients in age less than 1 month. Presence of tachycardia and nervous system abnormalities suggest to perform heart investigations and exclude congenital cardiopaties.

Rezumat

S-a investigat ritmul cardiac la 50 sugari mici cu pneumonie, în vârsta de 4 zile și 1 lună. Au fost analizate relațiile reciproce între formele clinice de aritmii (patologie de formare a impulsului sau de transmitere). Prevalarea tahicardiei la sugarii mici cu pneumonie s-a apreciat ca hipereactivitate simpaticotonică a sistemului nervos la sugarii mici în vârstă până la 1 lună. Prezența simptomelor clinice de afectare a sistemului nervos și dereglărilor de ritm sunt

sugestive pentru investigații suplimentarea sistemului cardiovascular pentru a exclude cardiopatiile congenitale.

Introducere

Dereglările de ritm sunt tulburări în formarea și conducerea impulsului bioelectric către miocardul contractil și se datorează anomaliilor izolate sau asociate ale generării conducerii impulsului bioelectric.

Ritmul cardiac reprezintă raportul fundamental în funcționarea sistemului cardiovascular, și a organismului în ansamblu, ritmul fiind considerat a fi și markerul de bază al echilibrului neurovegetativ. Simbioza sistemului vegetativ simpatic și parasimpatic aprovizionează funcția coordonatoare și obținerea rezultatelor optime în plan de adaptare la condițiile mediului înconjurător. Dereglările ritmului cardiac ce pot interveni sunt primordiale schimbărilor hemodinamice, metabolice, energetice și sunt cele mai precoce semne de prognostic.

Scopul lucrării

Analiza manifestărilor dereglărilor cardiace la sugarii mici în pneumonii acute.

Materiale și metode de cercetare

Pentru realizarea obiectivelor stabilite, a fost realizat un studiu clinic, pe un lot de 50 pacienți, internați în Secția de Patologie a Nou Născuților și Secția de Îngrijirea Prematurilor al IMSPSCM N1 Centru Municipal Neonatal.

Pentru fiecare pacient a fost respectat următorul protocol clinic:

1. Date personale, diagnosticul de trimitere, acuze la momentul internării, prezenta sindromului cataral, toxicoinfecțios, febril.

2. Alimentarea: naturală, artificială (Nestogen, NAN), mixtă (naturală plus Nestogen ori NAN).

3. Scorul Apgar: de la 0 până la 10 puncte

4. Examen clinic obiectiv: greutatea la naștere, greutatea la internare

5. Investigațiile paraclinice: analiza generală a sângelui, anemie, leucocitoză, leucopenie.

6. Analiza biochimică a sângelui – hiper-/hiponatriemie, hiper-/hipokaliemie, hiper-/hipocalcemie.

7. Electrocardiograma: frecvența contracțiilor cardiace >180/min; <100/min; suprasolicitare de atriu și ventricul drept, ischemie sub/endocardică; blocuri-ram drept anterior a fasciculului His, atrio-ventricular.

8. Radiografia cutiei toracice.

Datele obținute au fost prelucrate statistic și prezentate sub formă de figuri și tabele.

Rezultate proprii și discuții

S-a efectuat analiza clinică și paraclinică a 50 pacienți (sugari mici) până la 1 luna, cu greutatea cuprinsă sub 3000g și mai mari de 3000g, cu durata medie de spitalizare de 14 zile, pe perioada de timp 2011-2012 internați în IMSP SCM N 1, secția patologie a nou născuților și secția de îngrijire a prematurilor.

Analiza datelor obținute le-am repartizat în felul următor: evaluarea datelor generale și a anamnezei bolnavilor, aspecte, clinico-evolutive, interdependența manifestărilor clinice și rezultatele examenului paraclinic, tratamentul.

Evaluarea datelor generale și a anamnezei bolnavilor a permis delimitarea a 2 loturi de copii cu greutatea la naștere mai mică de 3000g - 20 copii (40%), dintre care 12 fetițe (24%) și 8 băieți (16%) și cu greutatea mai mare de 3000g - 30 copii (60%), fetițe fiind 14 (28%) și băieți 16 (32%) (figura 1).

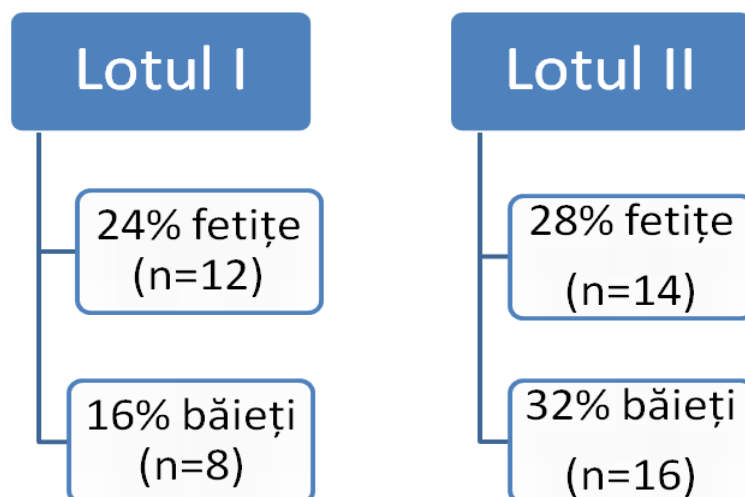


Figura 1. Repartizarea copiilor în funcție de greutatea la naștere și gender

Scorul Apgar nu a influențat semnele de afectare a sistemului respirator și spitalizarea sugarilor mici în secția de patologie neonatală. Au fost spitalizați 20% din sugarii mici cu greutatea sub 3000g și scorul Apgar <6 puncte, iar în grupul sugarilor cu scorul Apgar la naștere peste 7 puncte au predominat cei născuți cu greutatea > 3000g.

Alimentația copiilor. S-a constatat, că la alimentație naturală au fost 5 copii cu greutatea la naștere > 3000g, comparativ cu cei născuți cu greutatea < 3000g (2 copii). În grupul de copii la alimentație mixtă sau artificială (n=43) au fost incluși și copii prematuri, care au actul de supt diminuat și mai precoce se transferă la alt tip de alimentație mixtă sau artificială.

Manifestări clinice generale în pneumonia la sugarii mici

S-au luat în considerație toate semnele clinice caracteristice acestui grup de vârstă, corespunzător greutății corporale la naștere. Toate manifestările clinice indicate în figura 2 prevalează la sugarii mici cu greutatea < 3000g, cu excepția obstrucției nazale (50%) - la sugarii cu greutatea > 3000g (figura 2).

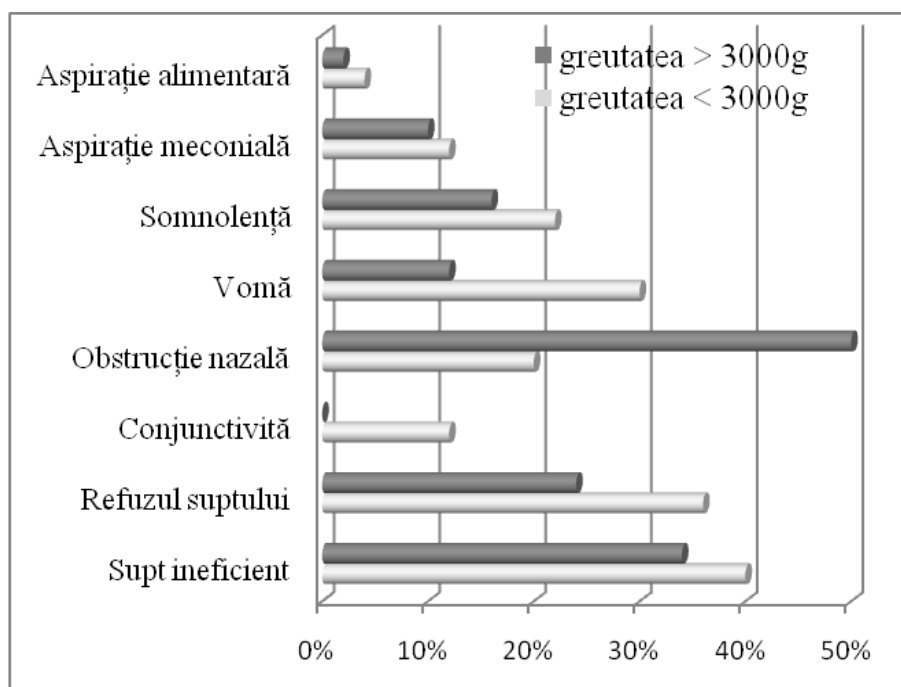


Figura 2. Manifestări clinice generale în pneumonii la sugarii mici

Semne de afectare a sistemului respirator la sugarii mici cu pneumonie manifestările clinice specifice ale pneumoniei la sugarii mici cu greutatea <3000g la naștere: cianoza triunghiului nazo-labial, wheezing, tiraj toracic, bătaii ale aripilor nazale și frecvența respirației > 60/min, iar la sugarii mici cu greutatea > 3000g la naștere s-a observat tusea uscată și umedă, refracție xifoidiană și frecvența respirației < 60/min (figura 3).

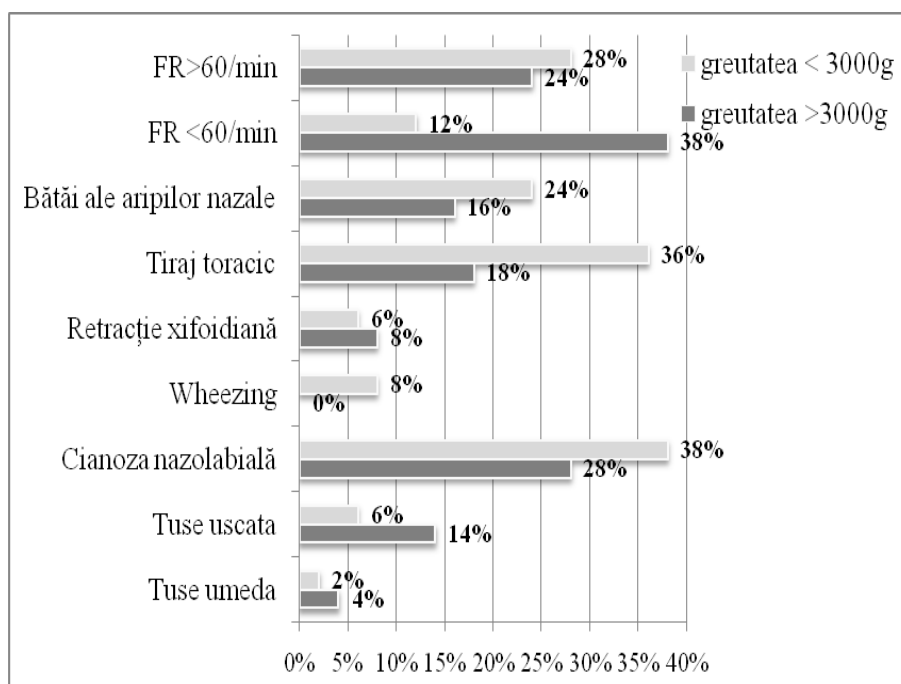


Figura 3. Semne clinice specifice ale pneumoniei la sugarii mici

Febră sau subfebrilitate ca răspuns la reacția inflamatorie a fost analizată diferențiat în dependență de masă: 16% din sugarii cu greutatea mai mare de 3000g au făcut febră peste 38°C din cei cu greutatea sub 3000g 30% au avut temperatura corpului normală sau subfebrilă.

Frecvența contracțiilor cardiace. La sugarii cu greutatea < 3000g, FCC > 180/min s-a apreciat în 14% de cazuri și 160-179/min în 20% de cazuri, în raport cu sugarii ce au avut greutatea la naștere > 3000g, la care frecvența cardiacă a fost constatată respectiv în 8% și 14% de cazuri (figura 4).

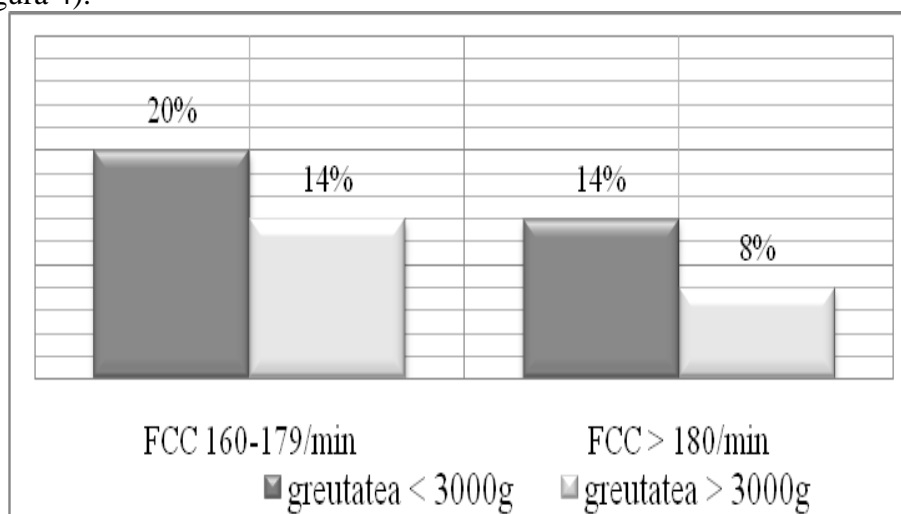


Figura 4. Frecvența cardiacă la sugarii mici cu pneumonie

Conform tabelului 1 se observă ca la pacienții din lotul II au fost prezente un procent mai mare de modificări pe traseul ECG în special suprasolicitarea VD (18%) și ischemia sub/endocardică (2%), pe când la lotul I de pacienți predomină semi/bloc de ramură dreaptă a fasciculusului His (13%), care este și o particularitate fiziologică pentru această vârstă.

Tabelul 1

Frecvența modificărilor ECG la sugarii cu pneumonie

	Greutatea < 3000g	Greutatea > 3000g
Suprasolicitare		
AD	4%	0%
VD	16%	34%
AD+VD	10%	8%
Ischemie subendocardică	18 %	20%
Semi/bloc de ramură dreaptă fasciculusului HIS	28%	15%

Examenul fizic conform percuției la sugarii cu greutatea < 3000g prevalează submatiatea și matitatea în raport cu sugarii cu greutatea > 3000g, la care aceste semne au fost constatate cu 6-8 % mai rar.

În rezultatul examenului pulmonar auscultativ au fost decelate raluri buloase și crepitante predominant la sugarii mici cu greutatea sub 3000g, posibil și din cauza aspirației alimentare și de meconiu, fapt ce a determinat frecvența crescută a acestui semn la acești copii.

Examenul paraclinic

Radiografia cutiei toracice a confirmat, la toți copiii examinați, prezența pneumoniei și a decelat următoarele schimbări pe clișeele radiografice: accentuarea parenchimului pulmonar cu opacități situate hilar și perihilar, microopacități nodulare imprecis delimitate (figura 5).

Reacția pleurei a fost observată la copiii cu greutatea > 3000g, fapt ce constată o reacție exagerată la procesul inflamator pulmonar.

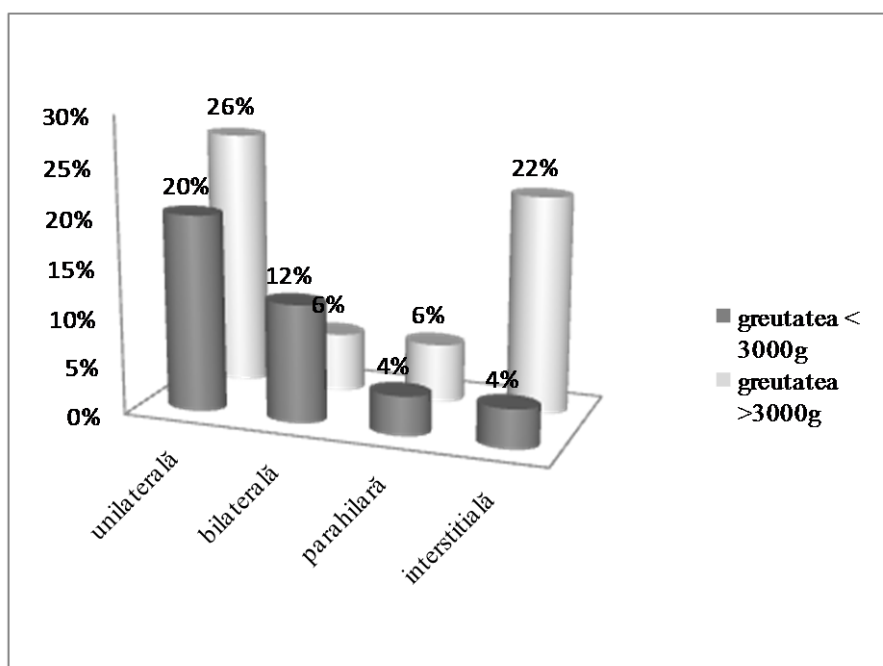


Figura 5. Modificările radiologice la nou-născuții cu pneumonie

Indicele cardio/toracic >0,58 la sugarii cu greutatea la naștere mai mare de 3000g a fost înregistrat la 14 copii, în grupul de sugari cu greutatea < 3000g, indicele cardio/toracic >0,58 – la 6 copii ceea ce denotă implicarea miocardului în procesul inflamator la nou-născuții normoponderali.

Anemie cu nivelul Hemoglobinei <120 g/l predomină la lotul de pacienți cu greutatea <3000g cu 6% mai mult în raport cu lotul II, ceea ce confirmă intensificarea metabolismului de fier la prematuri comparativ cu nou-născuții cu greutatea >3000g.

Numărul de leucocite la pacienții din lotul I s-a atestat o leucocitoză <15000(12%), pe când în lotul II predomină leucopenia cu valorile < 5000 (6%) și doar în 2% leucocitoza până la 15000.

Ionograma

La copiii normoponderali hipokaliemia și hipocalcemia au fost înregistrate într-un număr mai mic (5 cazuri) comparativ cu lotul I de pacienți la care aceste modificări au fost mai frecvente. Hiperkaliemia s-a înregistrat în raport egal la ambele loturi de pacienți. Dereglări în metabolismul salin în grupul de sugari cu greutatea sub 3000g se poate argumenta pe contul imaturității renale, ce este o particularitate fiziologică și mai accentuată în caz de pneumonii.

Conform studiului efectuat manifestările clinice a pneumoniei la sugarii mici au inclus următoarele semne generale: somnolenta, voma, obstrucția nazala, refuzul suptului sau supt ineficient. Răspunsul la procesul inflamator pulmonar sub forma de frecvența respirației peste 60/min, tirajul cutiei toracice, bătăile aripilor nazale și wheezing au fost mai caracteristice pentru sugarii mici cu greutatea la naștere sub 3000g. La copii cu greutatea la naștere peste 3000g semnele caracteristice pentru pneumonie la etapa spitalizării au fost următoarele: febra >38⁰C, obstructive nazală, tuse uscată și umedă, retracție xifoidiană ca echivalenta tirajului cutiei toracice.

La sugarii cu greutatea < 3000g, FCC >180/min s-a apreciat la 7 copii și 160-179/min la 10 copii, în raport cu sugarii mici ce au avut greutatea la naștere >3000g, la care frecvența cardiacă a fost constatată respectiv la 4 și 7 copii. Prezenta tahicardiei ca reacție de adaptare la hipoxia cauzată de pneumonie este mai exprimată la copiii cu greutatea la naștere sub 3000g.

Modificări pe traseul ECG la lotul II de pacienți prezentau un procent mai mare cu suprasolicitarea VD (18%) și ischemia sub/endocardică (2%), pe când la lotul I de pacienți predomină semi/bloc de ramură dreaptă a fasciculului His (13%), care este și o particularitate fiziologică pentru aceasta vârstă, fapt ce atestă implicarea în procesul inflamator a miocardului la copiii cu greutatea mai mare de 3000g.

Datele paraclinice au confirmat următoarele:

1. Prezența pneumoniei în ambele loturi de pacienți ca criteriu de includere în studiu.
2. Indicele cardio/toracic <0,58 la sugarii cu greutatea la naștere mai mare de 3000g s-a înregistrat mai frecvent comparativ cu sugarii cu greutatea < 3000g.
3. Reacția pleurei a fost observată la copii cu greutatea > 3000g, fapt ce constată o reactivitate exagerată la procesul inflamator pulmonar.
4. Nivelul Hemoglobinei <120 g/l predomină la lotul de pacienți cu greutatea <3000g în raport cu lotul II, ce explică apariția mai precoce a anemiei la prematuri și copiii cu greutate mică la naștere
5. Lotul I de pacienți prezintă o leucocitoză <15000(6 copii), pe când lotul II predomină leucopenia cu valorile < 5000 (3 cazuri), ceea ce indică apariția infecției respiratorii virale anterior manifestărilor clinice de pneumonie.
6. Aprecierea electroliților în serul sanguin a constatat schimbări mai exprimate la copii cu greutatea sub 3000g, explicat prin imaturitatea renală la acești copii.

Din datele studiului aritmiile cardiace la copii în majoritatea cazurilor au caracter funcțional, sunt strâns legate de manifestările maladiei de bază. Apariția aritmiilor cardiace la-

copil necesita diagnostic diferential de disfuncție neurovegetativă in encefalopatii perinatale, cardiopatii congenitale, miocardită, dereglări metabolice.

Concluzii

1. La nou-născuți afectarea pulmonară a fost apreciată preponderent în infecția intraurină și în rezultatul infecției respiratorii virale precedente, argumentat radiologic prin afectarea interstițiului. Greutatea la naștere nu a influențat prezența reacției pleurei în pneumonii la sugarii mici.

2. Tahicardie sinuzală este caracteristică pentru sugarii mici cu pneumonie și greutatea sub 3000g comparativ cu pacienții cu greutatea peste 3000g, ceea ce sugerează prevalarea reacției simpaticotonice la copiii prematuri sau cu greutatea mică la naștere.

3. În caz de suprasolicitare a AD și VD sau prezența suflurilor cardiace, datele ECG cu schimbări patologice de repolarizare și ischemie necesită diagnosticul diferential al cardiopatiilor congenitale cu hipertensiune pulmonară persistentă.

Bibliografie

1. Acar Ph., Hulot J.-S.// Cardiologie. Paris: Ellipses, // 2001, p. 142-143.
2. Ciudin R., Ginghina C.// Aritmiile cardiace la copil și adultul tânăr. București: Infomedica // 2003.
3. Kaltman J., Shah M.// Evaluation of the child with an arrhythmia// J.Pediatr. 2004, Volume 51, Issue 6, Pages 1537-1551.
4. Karpawich P., Pettersen M., Gupta P., et al.// Infants and children with tachycardia: natural history and drug administration.//
5. Schlechte E., Boramanand N., Funk M. et al.// Supraventricular tachycardia in the pediatric primary care setting: Age-related presentation, diagnosis, and management.// J.Pediatr Health Care. 2008 .Sept-Oct;22(5):289-299.

OPȚIUNI CONTEMPORANE ȘI PERSPECTIVE DE VIITOR ÎN TRATAMENTUL EPILEPSIEI

**Cristina Guțu, Svetlana Hadjiu, Cornelia Călcii, Ion Iliciuc, Irina Anton,
Elena Hadjiu, Diana Pașa**

Departamentul Pediatrie, USMF „Nicolae Testemițanu”, Clinica Neuropediatrie

Summary

Contemporary options and future prospects to treat epilepsy

Epilepsy is a disease commonly seen with a complex spectrum of etiologic factors. This fact is evidenced by the multitude of classifications used at the moment. In the course of the last 15 years, new antiepileptic drugs appeared on the international market, offering to the neurologists and neuropsychiatrists the opportunity of choosing the optimum antiepileptic therapy in accordance with the clinical aspect of the disease. This article has as objects a brief review of the new antiepileptic drugs, their rational use in mono and polytherapy, as well as some clinical considerations and clinical difficulties implied by the use of the current antiepileptic arsenal. The article will review current therapeutic strategies supportive and pharmacological classification in the context of epilepsy, based on data from the literature, and will take a look at the possible contributions of new medicines, and farmacogenetic advances in the treatment of epilepsy in the future.