

ABB
neopuls



Chiesi
In neonatology for life

CORD
BLOOD CENTER

Dräger

Dr. Brown's
Natural Flow

DUTCHMED
For quality in medical care

Jensent+

MEDICAL
GAZPLUS

MEDIST
Imaging
Screening The Future

MEDICAL
LOGISTIC MALL

Lansinoh
Next Step

OFTAPRO
CLINIC OF OPHTHALMOLOGY

PEDIAKID

praxis
MEDICA

PRISUM

Sun Wave Pharma
Making Tomorrow Healthier

TOPFER
MADE IN GERMANY

MEDICAL MARKET

Neonatologie



Prof. Univ.
Dr. Maria Stamatina

Președinte de onoare al Conferinței
Naționale de Neonatologie 2022

Publicație adresată cadrelor medicale

Revista profesioniștilor din Sănătate

2022 - 2023



Conf. Univ.
Dr. Manuela Cucerea

Președintele Asociației de
Neonologie din România șef Clinică
de Neonatologie SCJU Târgu-Mureș



Prof. Univ. Dr. Silvia
Maria Stoicescu

Medic primar
pediatrie/neonatologie,
Șef Secție Neonatologie INSMC



Conf. Univ.
Dr. Victoria Hurduc

Medic primar pediatrie
și gastroenterologie pediatrică,
Rețeaua Medicală „Regina Maria”



Șef Lucr. Ioana Roșca

Șef Secție Neonatologie Spitalul
Clinic de Obstetrică-Ginecologie
„Prof. Dr. Panait Sîrbu”



Dr. Luiza Bordei

Medic primar pediatru
Spitalul Clinic de copii
„Dr. Victor Gomiou”

Chiesi

Simte viața
în fiecare
respirație



Curosurf[®] LISAcath[®]

Curosurf 200 mg/kg
îmbunătățește supraviețuirea
și reduce DBP

Singh et al, 2012; Trivette et al, 2019.
DBP: distresul bronhopulmonar

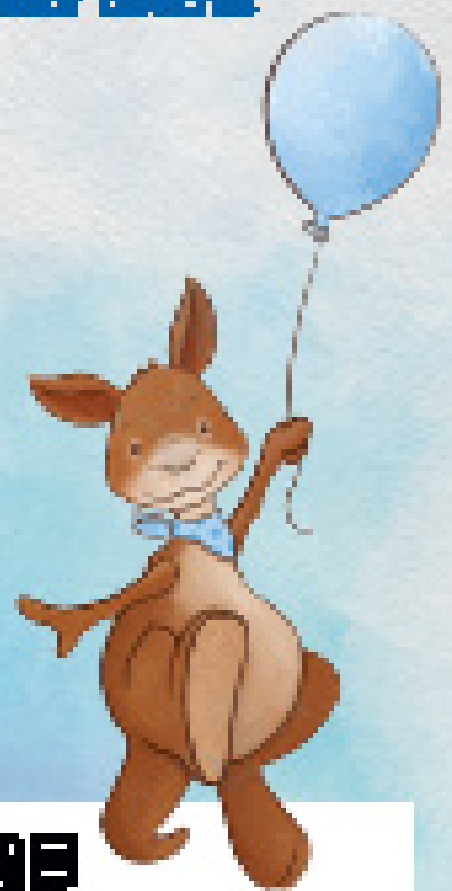
003/CR/Curosurf LISAcath 2022

air

Îngrijirea nou-născuților

ca niciodată până acum

Babyrac, noul nostru incubator deschis.



Shop and more:
www.drager.ro



„Prioritatea Asociației de Neonatologie din România este asigurarea unei asistențe medicale de calitate pentru toți nou-născuții indiferent de locul nașterii”
Interviu cu Conf. Univ. Dr. Manuela Cucerea

5



Adaptarea termică a nou-născutului și termoreglarea în cursul Orei de aur
Prof. Univ. Dr. Maria Stamatina

8



Despre prematur
Prof. Univ. Dr. Silvia Maria Stoicescu

14



Principii de nutriție pediatrică pe grupe de vârstă
Conf. Univ. Dr. Victoria Hurduc
Dr. Luiza Bordei

20

Boala hemoragică a nou-născutului (BHN) – patologie reală și periculoasă
Șef. Lucr. UMF Dr. Ioana Roșca

28

Cataracta pediatrică
Dr. Bianca Neagoe

30



Consultant medical: Dr. Aurora Bulbuc, medic primar Medicină de familie
 Editor
 Calea Rahovei, nr. 266-268,
 Sector 5, București,
 Electromagnetica Business Park,
 Corp 01, et. 1, cam. 4
 Tel: 021.321.61.23
 e-mail: redactie@finwatch.ro ISSN 2286 - 3443



„Prioritatea Asociației de Neonatologie din România este asigurarea unei asistențe medicale de calitate pentru toți nou-născuții indiferent de locul nașterii”

Interviu realizat cu Conf. Univ. Dr. Manuela Cucerea, șef Clinică de Neonatologie din cadrul SCJU Târgu-Mureș, Președintele Asociației de Neonatologie din România

Stimată doamnă conferențiar, în primul rând vă felicit în noua calitate pe care o aveți de Președinte al Asociației de Neonatologie din România, vă urez succes și realizări.

Mulțumesc. Doamne ajută!

Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre activitatea Centrului Regional de Terapie Intensivă Neonatală Tg. Mureș, singurul centru din România în care știm că se operează constant nou-născuți cu malformații congenitale de cord, critice.

Centrul Regional de Terapie Intensivă Neonatală Tg. Mureș funcționează începând cu anul 2003, fiind unul din primele două centre de acest rang din România și centru pilot în cadrul programului guvernamental româno-elvețian RoNeo-Nat. Din nefericire, infrastructura nu este adaptată nevoilor anului 2022. În compartimentul de terapie intensivă (10 paturi) este tratată toată patologia neonatală severă, și se asigură stabilizarea preoperatorie a nou-născuților cu patologie chirurgicală. Numărul de paturi este insuficient, având în vedere adresabilitatea mare și durata crescută de spitalizare a cazurilor complexe și a prematurilor cu vârstă gestațională sub 32 săptămâni. Centrul Regional de Terapie Intensivă Neonatală Tg. Mureș este singurul centru din România în care sunt îngrijiți constant nou-născuți cu malformații congenitale de cord critice care apoi sunt operați la Institutul de Urgență pentru Boli Cardiovasculare și Transplant Tg. Mureș. În fiecare an îngrijim peste 60 de nou-născuți cu malforma-



ții de cord critice din toată țara. Abordarea patologiei cardiace neonatale rămâne o provocare și necesită efort, echipament performant și colaborare susținută între medicii neonatologi, obstetricieni, cardiologi pediatri, intervenționiști, chirurghi, anesteziști. Toate aceste condiții sunt îndeplinite în Târgu-Mureș, un centru cu experiență și tradiție în diagnosticul și tratamentul nou-născutului cardiac. De fapt, aici s-a dat tonul...

Ce dotări de ultimă generație aveți în cadrul Clinicii de Neonatologie?

Din nefericire, nu ne laudăm cu dotări de ultimă generație, dar suntem optimiști și sperăm că în curând vom beneficia de aparate noi de ventilație asistată, sisteme de monitorizare, ecograf. Spre bucuria noastră, am primit incubatoare performante de terapie intensivă și mese de resuscitare indispensabile pentru activitatea noastră.

A existat în ultima vreme o creștere a numărului de cazuri de nou-născuți care au necesitat terapie intensivă?

Numărul de cazuri care necesită terapie intensivă crește de la an la an în toate centrele regionale. Toți colegii se plâng de lipsa locurilor libere în terapia intensivă. Motivele sunt evidente, avansul extraordinar al neonatologiei din ultimul deceniu a determinat creșterea supraviețuirii a nou-născuților cu prematuritate extremă care din cauza problemelor complexe au o durată lungă de spitalizare. De asemenea, diagnosticul prenatal corect și abordarea corespunzătoare a patologiei severe dau o șansă nou-născuților care în urmă cu câțiva ani se pierdeau imediat după naștere. Ne ocupăm astfel, de fiecare nou-născut cu patologie gravă.

Ce procent de prematuri din totalul nașterilor (anual) avem la noi în țară? Unde ne situează acest procent față de media din Europa?

Datele raportate despre incidența prematurității sunt controversate. În România este undeva la 8-9% comparativ cu Uniunea Europeană unde incidența prematurității este în jur de 6-7%. Problema nu este incidența crescută a prematurității ci numărul insuficient de paturi de terapie intensivă neonatală și deficitul de personal specializat. Prematurul este un pacient cu risc oricum, este imprevedibil, are nevoi speciale, de îngrijiri dezvoltamentale - care nu pot fi asigurate fără investiții semnificative în condițiile hoteliere dar mai ales în echipamente performante și consumabile. Este nevoie de extinderea compartimentelor de prematuri

și terapie intensivă neonatală, cu circuite corespunzătoare, deservite de personal bine instruit.

Pe ce perioadă de timp din viața nou-născutului este necesară supravegherea neonatologului, în general?

Conform definiției, perioada neonatală se referă la primele 28 de zile din viața nou-născutului. Neonatologul are competența de a îngriji copilul în perioada neonatală, dar având în vedere că o parte semnificativă dintre pacienții neonatologului sunt prematuri cu vârstă gestațională între 22-37 săptămâni (neimplinite), acesta îi va îngriji până la externarea din maternitate, deci peste 28 de zile - uneori până la 6 luni sau mai mult, în funcție de patologie. După externarea din maternitate, neonatologii din secțiile de nivel III coordonează supravegherea copilului în cadrul programului de urmărire a nou-născutului cu risc (follow-up).

Data de 17 noiembrie este desemnată ca Ziua mondială a prematurității. Cum considerați că trebuie marcată la noi în țară această aniversare?

Prematurul are o zi dedicată, 17 noiembrie – care este sărbătorită în fiecare centru care îngrijește prematuri. Înainte de pandemie la Tg. Mureș organizam întâlniri cu foștii prematuri însoțiți de părinți cu mamele de prematuri internate în secție. Au fost foarte impresionante aceste întâlniri și au avut un rol important în suportul psihologic și nu numai. Toată lumea se simțea ca într-o mare și iubitoare familie. Printre decorațiuni, baloane colorate, desene și lacrimi întrezăream scipiri de speranță în ochii mamelor ai căror copii se luptau să supraviețuiască în incubatoare, înconjurați de monitoare, pulsoximetre și injectomate. În timpul pandemiei, cu ocazia Zilei mondiale a Prematurității, Asociația de Neonatologie din România a organizat webinarii – Prematuritatea la zi, foarte bine primite de către neonatologi. Bineînțeles, vom continua tradiția și în anii care urmează.

Ce proiecte de viitor aveți pentru Asociației de Neonatologie din România?

Prioritatea Asociației de Neonatologie din România este asigurarea unei asistențe medicale de calitate pentru toți nou-născuții indiferent de locul nașterii. De aceea, vom continua proiectele începute și aflate în derulare, respectiv organizarea de sesiuni științifice, schimburi de experiență, comunicări, simpozioane, conferințe, congrese, Școala de vară în Neonatologie, toate adresate medicilor specialiști sau primari neonatologi. În viitorul apropiat, dorim extinderea rețelei de Telemedicină la toate centrele

regionale și la maternitățile de nivel II, editarea unui tratat de Neonatologie cu contribuția cadrelor didactice de specialitate din România, dezvoltarea bazei de ghiduri clinice în neonatologie, crearea unui Registru Național al Prematurității. Și de ce nu, reeditarea revistei de specialitate, Neonatologia. Sunt sigură că vom reuși împreună!

Multumesc pentru timpul acordat și va doresc succes în continuare!
Mulțumesc. Doamne ajută!

AR
Eveniment hibrid

Conferința Națională de
Neonatologie
ORADEA 29.09 - 02.10.2022

ORADEA
29.09 - 02.10.2022

Lansinoh.



Spray Organic pentru calmare dupa nastere Lansinoh | 100ml

Ameliorarea durerilor după naștere.

cod produs: 68220



Irigator pentru igiena intima

Lansinoh | 340ml

Curățarea zonelor greu accesibile.

cod produs: 68420

Compresă rece/caldă pentru calmarea durerii după naștere Lansinoh

Pentru utilizarea perineală sau hemoroizi.

cod produs: 69130



HPA Lanolina cremă pentru mameloane Lansinoh | 40ml

- 100% natural hipoalergenic
- Testat clinic
- Un singur ingredient: lanolina

cod produs: 44302



 Next Step®

Află cum te pot ajuta produsele Lansinoh accesând www.nextstep.ro.

Adaptarea termică a nou-născutului și termoreglarea în cursul Orei de aur

În utero, există o producție crescută de căldură, iar temperatura fătului este, în condiții normale, cu $1/2^{\circ}\text{C}$ mai mare decât a mamei. Odată cu nașterea, nou-născutul trece din mediul intrauterin cu o temperatură stabilă și constantă în mediul înconjurător din sala de nașteri, fiind supus unui stres termic. Nou-născutul poate pierde astfel $2-4^{\circ}\text{C}$ în primele 20-30 minute (100 cal/kgc/min), dacă aceste pierderi nu sunt minimizate prin îngrijiri adecvate.



Prof. Univ.
Dr. Maria Stamatina

Președinte de onoare
al Conferinței Naționale
de Neonatologie 2022

Pentru diminuarea stresului termic, trebuie asigurat un mediu cu temperatură optimă și anume punctul de neutralitate termică, ce depinde de vârsta de gestație, greutate și umiditate.

Punctul de neutralitate termică

Acesta reprezintă temperatura mediului ambiant la care nou-născutul își poate menține temperatura constantă a corpului cu consum minim de oxigen și energie. În cazul nou-născutului la termen AGA, acesta se situează în prima zi de viață între 31 și $33,5^{\circ}\text{C}$.

Temperatura normală are valori diferite, în funcție de locul în care este măsurată: la nivel rectal: $36,5 - 37,5^{\circ}\text{C}$, în axilă: $36,5 - 37^{\circ}\text{C}$, iar la suprafața tegumentului abdominal: $36,2 - 36,8^{\circ}\text{C}$ (medie $36,5^{\circ}\text{C}$).

Termoreglarea se realizează prin mecanisme de termogeneză și termoliză.

Mecanisme de termogeneză sunt:

Intensificarea ratei metabolismului

Când nou-născutului îi este frig, sunt stimulate producerea de tireotropină de către hipofiza anterioară, producerea de tiroxină de către tiroidă și producția de

adrenalină de către glanda suprarenală. Acestea intensifică reacțiile chimice celulare de termogeneză care cresc consumul de oxigen și glucoză. Nou-născutul deja hipoxic, cu capacitatea respiratorie limitată, este stresat de creșterea prelungită a activității metabolice.

Metabolismul grăsimii brune

Cea mai importantă, unică și ușor disponibilă sursă de căldură, grăsimea brună este responsabilă de cel mai mare procent de căldură produsă de nou-născut. Aceasta începe să se diferențieze după aproximativ 30 săptămâni de gestație și producerea ei continuă până când nou-născutul are aproximativ 3 săptămâni.

Grăsimea brună este bogată în mitocondrii, intens vascularizată și inervată, fiind rapid disponibilă pentru termogeneză și distribuirea căldurii prin sistemul circulator. Spre deosebire de celulele de grăsime albă subcutanată, care conțin fiecare o singură vacuolă lipidică, celula de grăsime brună conține multiple asemenea incluziuni.

Când nou-născutul este expus la frig, crește eliberarea de noradrenalină, care va determina eliberarea acizilor grași din celulele de grăsime brună prin reacții de oxidare și reesterificare, însoțite de o cantitate mare de căldură.

Depozitele de grăsime brună, care reprezintă până la 5% din greutatea nou-născutului, sunt distribuite în regiunile axilară, interscapulară, regiunea posterioară a gâtului, în jurul vaselor de sânge ale gâtului și ale arterelor mamare, în jurul rinichilor și glandelor suprarenale.

Utilizarea grăsimii brune pentru termogeneză se bazează pe următorii factori:

- depozite adecvate trebuie să fie disponibile. Nou-născutul prematur nu are depozite suficient dezvoltate.
- un sistem nervos central intact pentru eliberarea de catecolamine care stimulează metabolismul grăsimii brune.
- funcție respiratorie adecvată. Metabolismul grăsimii brune este aerob, fiind redus în caz de oxigenare deficitară.
- funcție endocrină adecvată în vederea producerii de noradrenalină, tiroxină, tiroxină.
- cantitate adecvată de glucoză pentru satisfacerea nevoilor calorice ale metabolismului. Când nou-născutului îi este frig, există o depleție rapidă a depozitelor de glicogen.

Frisonul

Este folosit doar cât timp nou-născutul este expus la frig extrem și doar în momentul în care toate celelalte mecanisme de termogeneză sunt alterate. Nou-născutul are cantitate mică de musculatură generatoare de frison.

Conservarea căldurii se realizează prin:

- Vasoconstricție periferică – stimulată de către hipotalamus când temperatura centrală sau periferică scade. Fluxul sanguin este dirijat spre organele vitale, protejându-le funcționarea. Atât nou-născuții la termen, cât și prematurii sunt capabili să folosească acest mecanism.

AntNeuro

Nëo este soluția cea mai ușoară de utilizat pentru monitorizarea aEEG și EEG a celor mai mici și mai fragili pacienți. Simplifică fluxul de lucru, de la aplicarea electrodului, adnotarea evenimentelor, revizuirea aEEG până la exportul de date. Cu până la 8 canale, Nëo poate înregistra date bogate în fundal pentru neurologii pediatri, în timp ce 2 canale aEEG sunt afișate pentru monitorizarea de rutină.

Specificații: Monitorul HD cu ecran tactil de 15" vizualizează modelele aEEG cu exactitate. **Cu căciulițele (disponibile în mai multe mărimi), aplicarea electrozilor nu a fost niciodată mai ușoară. Economisește timp și resurse valoroase și permite aplicarea mai multor electrozi fără eforturi suplimentare.**



Umidificator AIRcon 2 Willamed

Umidificatorul AIRcon combină tehnologia modernă cu design-ul inovativ într-o unitate de mare performanță.

AIRcon prevede un sistem respiratoriu complet de umidificare în combinație cu camerele umidificatorului special proiectate și sistemul tubular de respirație. Este potrivit pentru ventilația mecanică a pacienților care necesită terapie individuală cu performanță ridicată și siguranță. Soluția perfectă pentru gestionarea umidificării în modurile de ventilație invazivă, în special modul HFO



Ventilator NCPAP Willamed ELITE Wilaflow

WILAflow Elite este un Ventilator Infantflow nCPAP, de nouă generație ce este controlat de un microprocesor, care furnizează cele mai avansate și diversificate moduri de ventilație nazală.

Utilizează un blender electronic de aer/oxigen, concentrația se poate seta foarte ușor. Poate compensa un „leak” de maximum 25%, ceea ce este incomparabil cu orice echipament CPAP.

Moduri de ventilație: SNIPPV (cu traducator de senzor), NIPPV, nCPAP și HFNC

Ventilator cu piston HFO/IMV pentru nou-născuți și sugari

Tehnologie precisă și puternică cu piston HFO din Japonia. Cea mai bună soluție pentru ventilarea pacienților critici utilizând modul de ventilație HFO.

- Humming Vue este un ventilator generator de volum.
- Indicator de alarmă 360 ° care poate fi văzut din toate direcțiile
- Precizie: Tehnologia noastră ne permite să controlăm mișcările pistoanelor la nivel de 13 microni
- Moduri de ventilație SIMV, A/C, APRV*, CPAP, N-CPAP*, NIV*, HFO, Standby
- Tehnologie testată și aprobată de peste 50 de ani de utilizare.



- Flexia membrelor – deși nu atât de pronunțată ca cea în utero, flexia este folosită pentru a reduce suprafața corporală expusă la frig.

Mecanismele de termogeneză și cele de conservare a căldurii sunt depășite la nou-născut de mecanismele de termoliză.

Pierderea de căldură

Mecanisme care duc la pierderea de căldură

- **Evaporarea** – evaporarea lichidului amniotic începe de la naștere. Deși aceasta contribuie într-o primă fază la scăderea temperaturii, ceea ce stimulează primele respirații, mai târziu contribuie la stresul copilului. Rata temperaturii pierdute prin evaporare poate ajunge până la 0,5°C/min în cazul temperaturii cutanate și 0,3°C/min în cazul celei centrale.
- **Conducția** – prin conducție, căldura este transferată direct de la o suprafață la alta (de la corpul nou-născutului la mâna examinatorului, cântar, stetoscop).
- **Radiația** – căldura va radia de la o suprafață caldă în mediul înconjurător mai rece. Plasarea nou-născutului lângă un perete exterior sau o fereastră va contribui la pierderea de căldură prin radiație.
- **Convecția** – are loc prin curenții de aer. Temperatura ambientală din sala de naștere va determina cantitatea de căldură pierdută prin convecție, de aceea va trebui menținută între 25-35°C.

Raportul crescut între suprafața tegumentelor și greutate determină creșterea pierderilor de căldură. Acestea pot fi de până la 4 ori mai mari pe unitatea de masă corporală față de cele ale unui adult.

Cu cât mai mic este copilul, cu atât pierderile calorice sunt mai mari. Prematurii și nou-născuții SGA sunt în mod special vulnerabili, având o suprafață tegumentară crescută în raport cu greutatea corporală. Din cauza lipsei țesutului subcutanat, vasele sanguine sunt mai aproape de suprafața pielii, ceea ce va determina răcirea sângelui și va influența reglarea termică de către hipotalamus.

Permeabilitatea tegumentelor nou-născutului prematur este mai mare, din cauza lipsei sau insuficienței stratului de cheratină de la suprafața epidermului. Prematurul are, de asemenea, depozite scăzute de glicogen, capacitate scăzută de

mobilizare a lipidelor, procent crescut de apă în organism și capacitate limitată de creștere a consumului de oxigen.

Măsurarea temperaturii

În general, orice localizare lângă o arteră de calibru considerabil poate fi utilizată pentru măsurarea temperaturii. Tehnicile invazive (măsurarea la nivelul arterei pulmonare) nu sunt practice la nou-născuți.

Cea mai frecvent utilizată este localizarea cutanată, folosită la radiantele termice și incubatoare. Monitorizarea la nivel cutanat abdominal este neinvazivă, continuă, și prezintă o bună corelare cu temperatura rectală.

Măsurarea axilară este precisă, fiind de asemenea bine corelată cu temperatura rectală. Localizarea este ușor accesibilă, termometrizarea nu deranjează nou-născutul (spre deosebire de măsurarea intrarectală) și este considerată per ansamblu o opțiune sigură. Diferențele între temperaturile axilară și rectală la nou-născut pot fi influențate de grosimea tegumentului și prezența sau absența stratului de grăsime brună.

Măsurarea intrarectală este considerată "standardul de aur" deoarece aproximează temperatura centrală a nou-născutului, nefiind influențată de temperatura ambientală sau vârstă postnatală.

Dezavantaje:

- Poate determina traumatism rectal sau risc de infecție/hemoragie în urma unei eventuale perforații.
- Este contraindicată în caz de patologie digestivă, atât congenitală (malformații ano-rectale), cât și dobândită (enterocolită ulcero-necrotică), dar și caz de tromboză, din cauza riscului de sângerare perianală.
- Nu există dovezi științifice certe care să indice faptul că măsurarea intrarectală e mai precisă decât cea axilară. Diferențele între cele două măsurători pot fi date de dispozitivul utilizat sau de tehnica termometrizării.

Tulburări de Termoreglare

Hipertermia

Hipertermia se poate datora în majoritatea cazurilor încălzirii excesive a

nou-născutului, dar și altor factori: lipsă de aport/deshidratare, febră maternă, analgezie epidurală, sindromul de sevraj, efectele secundare ale unor medicamente (prostaglandina E1), fototerapie excesivă, asfixie perinatală, sau infecție.

Combaterea hipertermiei:

- Când temperatura este 37,5-39°C, dezbrăcarea și expunerea nou-născutului la temperatura ambiantă este de obicei suficientă.
- Dacă temperatura nou-născutului este > 39°C, acesta trebuie dezbrăcat și spălat cu un burete înmuiat în apă la 35°C până temperatura corpului scade sub 38°C.
- În cazul în care după hidratare corespunzătoare și după măsurile fizice efectuate corect, temperatura intrarectală nu scade sub 38°C, poate fi luată în considerare administrarea intrarectală de paracetamol.

Hipotermia

Hipotermia reprezintă temperatura măsurată intrarectal mai mică de 36,5°C.

Când nou-născutul are picioarele calde și roz, se află în zona de confort termic. Dacă picioarele sunt reci și trunchiul este cald, nou-născutul este în stres hipotermic. Dacă atât picioarele, cât și trunchiul sunt reci, nou-născutul este în hipotermie francă.

Hipotermia poate avea drept consecințe: apariția tulburărilor de coagulare (coagulare intravasculară diseminată, a sindroamelor hemoragice (hemoragie pulmonară, hemoragie intraventriculară), a șocului, a bradicardiei sinusale severe, a hipertensiunii pulmonare persistente. De asemenea, hipotermia poate determina creștere ponderală insuficientă și chiar deces.

Tratamentul hipotermiei

Hipotermie ușoară:

- Contact piele-la-piele, într-o încăpere caldă (minim 25°C)
- Căciuliță
- Acoperirea mamei și nou-născutului cu păături calde

Hipotermie moderată

- Sub radiant termic
- În incubator preîncălzit
- Pe saltea exotermă
- Dacă nu este disponibil niciun echipa-

MEDICAL GAZPLUS



Soluții complete neonatologie

(Incubator, Monitor, Masă radiantă, Doppler, Fototerapie)

Proiectare, execuție și service pentru instalații medicale.

 **Telefon**
(+40) 736337746

BUCUREȘTI
Strada Mădrișelului, Nr.58
Sector 1

www.medicalga.ro
office@medicalga.ro



ment, contact piele-la-piele cu mama, într-o încăpere caldă (minim 25°C)

Hipotermie severă

- Îngrijire în incubator preîncălzit, cu ajustarea treptată a temperaturii pe măsura creșterii temperaturii corporale
- Dacă nu este disponibil niciun echipament, contact piele-la-piele cu mama, într-o încăpere caldă (minim 25°C)

Reîncălzirea în incubator are drept avantaj asigurarea unui control mai bun al ritmului de reîncălzire.

Inițial, se setează temperatura incubatorului cu 1-1,5°C peste temperatura centrală a nou-născutului și se crește temperatura aerului lent, în funcție de toleranța acestuia.

Poate fi nevoie de gradient mai mari de temperatură a aerului, înainte de creșterea temperaturii nou-născutului.

Dezavantajul reîncălzirii în incubator este riscul de hipertermie.

Reîncălzirea pe radiant oferă un control mai slab al ritmului de încălzire.

Vasele sanguine fiind sensibile la căldură, există de asemenea riscul vasodilatației dacă încălzirea este prea puternică, deci poate fi necesară susținerea hemodinamică cu agenți inotropi, pentru combaterea hipotensiunii.

Prin reîncălzirea pe radiant termic, cresc pierderile insensibile de apă, deci poate fi necesară administrarea de volum expanderi. În cursul reîncălzirii, este nevoie de monitorizarea atentă a curbei ponderale și a aportului lichidian.

Monitorizarea reîncălzirii

În cursul reîncălzirii, se va monitoriza temperatura la fiecare jumătate de oră

până la atingerea valorii de 36,5°C, apoi la fiecare oră în următoarele patru ore, la 2 ore pe parcursul următoarelor 12 ore și la 3 ore ulterior.

În funcție de patologia nou-născutului, pot fi indicate unele măsuri adiționale: combaterea acidozei metabolice, combaterea hipoglicemiei, susținere respiratorie și combaterea tulburărilor hemodinamice.

Atenție: atât reîncălzirea în incubator, cât și cea pe radiant, pot masca hipo-sau hipertermia asociate infecțiilor!

Concluzii

Hipotermia crește morbiditatea și mortalitatea neonatale prin complicațiile pe care le generează, iar riscul de hipotermie ține de prematuritate, greutate la naștere și mediul de îngrijire postnatală.

Se recomandă elaborarea de protocoale pentru minimalizarea pierderilor de căldură la toate categoriile de nou-născuți, care să includă recomandări pentru temperatura în sala de nașteri, folosirea foliilor de plastic și a căciulițelor, transportul nou-născuților în secție în incubator încălzit, plasarea nou-născuților cu greutate foarte mică la naștere în incubator chiar din sala de nașteri.

Atenție la temperatura nou-născuților cu asfizie perinatală! La aceștia, temperatura centrală țintă este 36°C, de aceea se recomandă hipotermia pasivă.

DUTCHMED ȘI ATOM MEDICAL

UN PARTENERIAT DE 25 DE ANI ÎN SPIRIJINUL CELOR MAI MICI DINTRE PACIENȚI



DUTCHMED distribuitor al:

A ARMSTRONG
MEDICAL

NOXBOX[®]₃

sentec.

B
BIO-MED
DEVICES

Despre prematur

About premature

Abstract: Every year on November 17 we celebrate the International Day of Prematurity. Probably very few people know, but besides neonatologists, those who were born prematurely and their families certainly know. This article tries to inform as many people as possible about prematurity and prematures. Prematurity is a worldwide phenomenon. The result of its action is the premature birth. Currently 10% of all births are premature. Why are we talking about premature babies? Because premature babies are born before the morpho-functional maturation of systems and organs. This leads to difficulties in adapting to extra uterine life and the improbability of their survival. The younger the gestational age and weight, the shorter and long-term prognosis for the more frequent and severe complications will be. Unfortunately premature may be a burden for the family and society. The prevention of prematurity must be the desire of the medical staff and of society as a whole.



**Prof. Univ.
Dr. Silvia Maria Stoicescu**

Medic primar
pediatrie/neonatologie,
Şef Secţie Neonatologie INSMC

În fiecare an, în data de 17 noiembrie, sărbătorim „Ziua Internațională a Prematurității”. Probabil nu foarte multă lume știe că 17 noiembrie este ziua dedicată prematurilor, dar sigur, alături de neonatologi, știu toți cei care s-au născut prematur împreună cu cei din familiile lor.

Despre prematuritate și prematuri

Prematuritatea este un fenomen întâlnit pe tot globul. Rezultatul acțiunii sale este finalizarea nașterii înainte de termen, înainte de 37 săptămâni gestaționale sau 259 zile postmenstrual. În prezent, un procent de 10% din totalul nașterilor sunt premature^{1,2}.

Când vorbim despre prematuri este greu să stabilim particularități comune de morbiditate, complicații, evoluție pe termen scurt și lung, datorită heterogenității acestei grupe de nou născuți. Heterogenitatea este determinată de vârsta gestațională și greutatea de la naștere.

Cea mai mare incidență o au prematurii târzii, 60% din totalul prematurilor (vezi tabel nr.1), apropiați ca greutate și vârstă gestațională de nou născuții la termen. Numărul acestora a crescut prin inducția precoce a nașterii sau extracția prin operație cezariană, determinate de motive medicale sau nonmedicale¹.

Cea mai mică incidență o au prematurii extremi, 5% din totalul prematurilor, cu vârstă gestațională sub 28 săptămâni și greutate chiar sub 750g, numită în literatura de specialitate „greutate incredibil de mică”. Posibilitatea de supraviețuire a acestora a crescut odată cu progresele înregistrate în domeniul neonatologiei, până la 22 – 24 săptămâni de gestație și aproximativ 500 g.

De ce vorbim despre prematuri, de ce toată lumea medicală care se ocupă

de perioada perinatală și primii ani din viața individului, respectiv specialiștii obstetricieni, neonatologi, pediatrii, discută despre prematuritate și prematuri? Pentru că prematurii se nasc înainte de maturarea morfo-funcțională a sistemelor și organelor. Acest fapt conduce la dificultăți de adaptare și improbabilitatea supraviețuirii lor.

Se știe că afectarea creșterii, dezvoltării normale și complicațiile întâlnite la prematuri sunt consecința acțiunii factorilor etiologici ai prematurității. Se mai cunoaște că stresul oxidativ din timpul nașterii afectează lungimea telomerelor și metilarea ADN-ului cu consecințe epigenetice pe termen lung și manifestări tardive, la vârsta adultului⁵.

Axa hipotalamo-hipofizo-suprarenaliană ajută adaptarea la viața extrauterină a organelor și sistemelor imature, în mediul impropriu lor, dar în același timp produce „uzura” acestora⁵.

Mecanismele intercorelate determinante ale prematurității, de exemplu injuria inflamatorie și a citokinelor, sunt implicate și în etiologia complicațiilor neonatale ale prematurilor, cum sunt displazia bronho-pulmonară, leucomalacia periventriculară, retinopatia de prematuritate^{6,7,8,9}.

În fapt, complicațiile prematurilor sunt determinate de imaturitatea morfo-funcțională. Cu cât vârsta de gestație și greutatea sunt mai mici, cu atât complicațiile sunt mai frecvente și mai severe, iar prognosticul pe termen scurt și lung este mai rezervat.

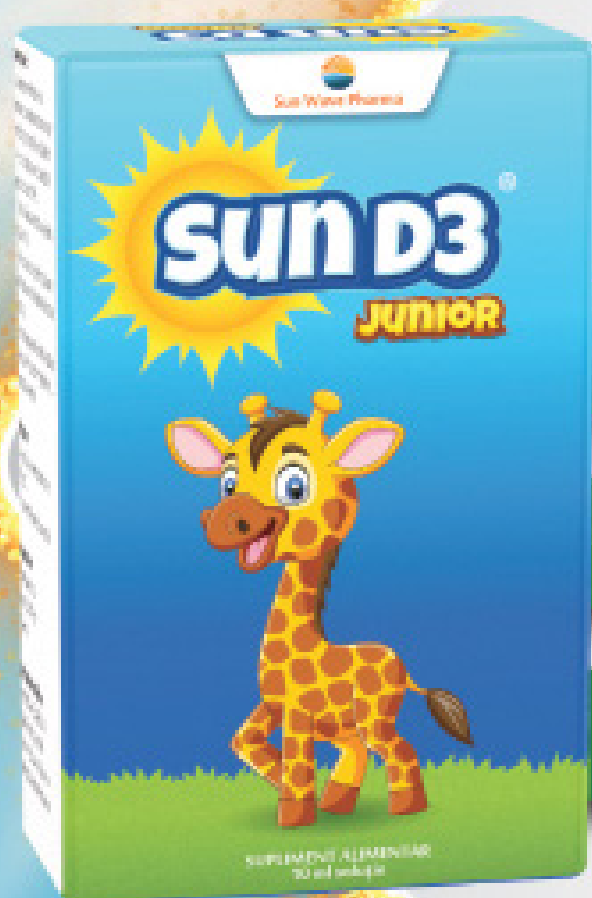
Tabel nr.1. Clasificarea prematurilor în funcție de vârsta de gestație și greutatea la naștere^{1,2,3,4}

Denumire	Vârsta De Gestație	Greutate	Incidență
Prematur extrem	< 28săptămâni	< 1000g	5%
Foarte prematur	28s – 31s 6/7zile	< 1500g	15%
Prematur moderat	32s – 33s 6/7zile	< 2500g	20%
Prematur târziu	34s – 36s 6/7zile	< 2500g>	60%



Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier



Biodisponibilitate superioară*

Datorită uleiului de masline din compoziție

Optim dozat

200 UI / picătură

Sursă naturală

Vit D3 din alge non-gmo

SOARE ÎN FIECARE ZI

Acesta este un supliment alimentar. Citiți cu atenție prospectul/informațiile de pe ambalaj.

Aparat	Termen Scurt	Termen Lung
Respiratorii	Sindrom detresă respiratorie Hipertensiune pulmonară Pneumonie congenitală	DBP Boală pulmonară cronică
Cardiace	Hipotensiune arterială Insuficiență cardiacă congestivă Persistență canal arterial	Persistență canal arterial
Digestive	Dificultăți de alimentare Toleranță digestivă lent instalată EUN Colestază	Tulburări de creștere și dezvoltare Osteopenie Sindrom intestin scurt Reflux gastro-esofagian
Neurologice	Apnee Hemoragie intraventriculară Leucomalacie periventriculară Retinopatie de prematuritate	Paralizie cerebrală Dizabilități de neurodezvoltare (cognitive, comportamentale, comunicare, percepție, convulsii), depresie, anxietate

Sistem	Riscuri	Management
Pulmonar	Boli obstructive Hipertensiune pulmonară persistentă	Testarea funcțiilor pulmonare Evaluare astm Evitare fumat, menținerea greutateii optime, exerciții fizice Vaccinare influența, pneumococ
Renal	Boală renală cronică	Monitorizarea tensiunii arteriale Evitarea nefrotoxicelor, sării, etc.
Cardio-Vascular	Hipertensiune arterială Boală ischemică cardiacă Insuficiență cardiacă Insuficiență circulatorie	Monitorizarea tensiunii arteriale Evitarea fumatului Menținerea greutateii optime Practicarea exercițiilor fizice
Endocrin	Diabet zaharat Sindrom metabolic Obezitate Osteoporoză	Monitorizarea glicemiei, densității osoasă, lipemiei Evitarea fumatului Menținerea greutateii optime Exerciții fizice
Neurologic	Autism Tulburări comportamentale Dizabilități intelectuale	Evaluare precoce și suport

Dacă ar fi să rezumăm într-o propoziție care este consecința prematurității, putem spune că este scurtarea duratei vieții. Prematurii au cel mai mare indicator de mortalitate neonatală, aproximativ 40% din mortalitatea infantilă este generată de prematuri, 16% din decesele sub 5 ani (OMS 2014) sunt ale foștilor prematuri, riscul crescut de mortalitate în adolescență și la vârsta de adult aparține tot prematurilor¹⁰.

Specific pentru perioada neonatală sunt complicațiile din partea tuturor organelor și sistemelor imature (tabel nr.2).

Din nefericire și la vârsta adultă apar manifestări patologice mai accentuate la foștii prematuri comparativ cu cei ce s-au născut la termen, aspect care atrage atenția asupra necesității monitorizării stării de sănătate pe termen lung (tabel nr.3).

Pentru evitarea unui prognostic rezervat a sănătății și supraviețuirii este

necesar ca nașterea prematurului să aibă loc într-o maternitate care să-i asigure îngrijiri corespunzătoare. În același timp este obligatorie monitorizarea în evoluție de către o echipă medicală multidisciplinară, cu implicarea activă a membrilor familiei.

Fiecare categorie dintre prematurii mai sus menționați pot dezvolta incidente sau complicații după externarea din maternitate.

Prematurii târzii sunt, de exemplu, cei care au cele mai frecvente reinternări. Cauzele sunt hiperbilirubinemia, deshidratarea, problemele de alimentare, hipo sau hipotermia, apneea, sepsisul, evenimentele care pun în pericol viața¹². Sunt cunoscute și consecințe pe termen lung. Probleme comportamentale și socio-emoționale, dificultăți de învățare, ADHD, sindromul de moarte subită. În general lumea privește prematurul târziu ca pe un nou născut la termen datorită greutății sale care poate atinge și valori de peste trei kilograme. În realitate aceasta este cu o treime mai mică decât a unui născut la termen. Și greutatea creierului este mai mică. 67% din greutatea creierului născutului la termen la 34 săptămâni, 80% la 36 săptămâni¹². Pentru evitarea complicațiilor secundare identificării prematurul târziu cu nou născutul la termen, trebuie făcute recomandări specifice la externarea din maternitate, care să atenționeze familia și medicul care preia în evidență pacientul. Câteva dintre acestea sunt:

- Mama să stea în aceeași cameră cu copilul, ca în maternitate
- Mama să continue alăptarea la cerere
- Mama și familia să respecte regulile de igienă învățate în maternitate
- Luarea în evidență de către medicul de familie (prima vizită) să aibă loc în primele șapte zile după externare
- Să fie respectat programul național de vaccinare
- Să fie evitate aglomerările și vizitele în primele trei săptămâni după externare.¹²

În ceea ce privește prematurii cu greutate la naștere mai mică de 1500 g, externarea lor trebuie făcută numai după maturarea morfo-funcțională, care se atinge în jurul vârstei de 34 – 36 săptămâni gestaționale. Imaturitatea extremă se reflectă în indicatori de supraviețuire, morbiditate, sechele și handicap. Datorită progreselor din domeniul neonatologiei, în pre-



zent prematurii de 22 -24 săptămâni pot supraviețui în proporție de 10 - 20%, cei de 25 -26 săptămâni, aproximativ 60%, și procentul crește pe măsura creșterii vârstei gestaționale. Diferențe statistice există de la țară la țară, în funcție de caracteristicile populaționale, suportul tehnologic și experiența echipelor medicale din maternități. Handicapul și sechelele de neurodezvoltare sunt prezente la această categorie de prematuri, mai mult decât la cei mai maturi.

Deci, externarea din maternitate, după perioade lungi de internare în terapiile intensive neonatale, se face când practic prematurul își poate menține temperatura corporală (temperatura cutanată 36 - 37°C, în pătuț, într-o cameră cu 20 - 25°C), poate avea autocontrolul respirației (lipsa apneei timp de 14 zile, fără administrare de cafeină), poate să aibă o alimentare orală sigură (curbă ponderală ascendentă timp de două săptămâni, fără reflux gastro-esofagian). Medicul de familie este recomandat să efectueze prima vizită la domiciliul acestor copii în primele 72 ore după externare¹².

Prematurii cu greutate sub 1500 g sunt cei cuprinși în programele de follow-up. Se urmăresc periodic de către echipe formate din neonatologi, neurologi, oftalmologi, chirurghi, audiologi, medici de familie, fizioterapeuți. Se monitorizează creșterea, alimentația, comportamentul neurologic, se efectuează profilaxia anemiei, rahitismului, a tulburărilor de neurodezvoltare, se tratează retinopatia de prematuritate, deficiențele de auz, cardiace, ortopedice. Se evită astfel deficitele de creștere, anemia, osteopenia, hipoacuzia, deficiențele vorbire, sindromul de moarte subită, recurențele virale la cei cu displazie bronho-pulmonară, deficitele de vedere, se asigură vaccinările conform programului național, se identifică precoce și se începe din timp recuperarea paraliziiilor cerebrale consecința hemoragiilor cerebrale și a leucomalaciei periventriculare^{13,14}.

Un prognostic bun pe termen lung se obține cu ajutorul mamei și familiei. Supraviețuirea și dezvoltarea normale nu sunt numai rezultatul tratamentului din maternitate. Sensibilitățile și particularitățile evolutive ale prematurilor continuă

și după atingerea vârstei nașterii. Mama și toți membrii familiei trebuie să fie implicați activ în îngrijirea copilului. Familia trebuie informată din timp, corect și complet în cadrul ședințelor de consiliere parentală, despre posibila evoluție, complicații, consecințe ce pot apărea pe termen lung în starea de sănătate a copilului. Trebuie explicate cu claritate necesitatea follow-up – lui și a participării tuturor la integrarea prematurului în familie.

Consecințele și complicațiile prematurilor pe termen scurt și lung ne atrag atenția asupra necesității unei activități intense și susținute de prevenție a prematurității. Scăderea incidenței nașterilor premature se poate obține, alături de actul medical propriu-zis, prin educarea și instruirea cuplurilor care doresc să aibă un copil sănătos. Pentru atingerea acestui scop este necesar efortul echipelor medicale și feedbackul concertat al părinților.

Bibliografie

1. www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/preterm-birth
2. <https://dx.doi.org/10.1016/j.vaccine.2016.03.045>
3. Determinarea vârstei de gestație la nou-născut-colecția ghiduri clinice de neonatologie,2009, www.ms.ro/ghiduri-clinice
4. Medicină legală materno-fetală. Dr.Gheorghe Alexandrescu, prof.dr.Mircea Ifrim, dr. Elena Dumitrița Voinițchi, vol I, cap.4,pag.128
5. Biology (Basel). 2014 Sep; 3(3): 498–513.Published online 2014 Aug 21. doi: 10.3390/biology3030498 PMID: PMC4192624 PMID: 25256426
6. <https://ukhealthcare.uky.edu/wellness-community/health-information/short-long-term-effects-preterm-birth>
7. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7480736/
8. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098830/
9. Prenatal risk factors and neonatal DNA methylation in very preterm infants Marie Camerota, Stefan Graw, Todd M. Everson, Elisabeth C. McGowan, Julie A. Hoffheimer, T. Michael O'Shea, Brian S. Carter, Jennifer B. Helderan, Jennifer Check, Charles R. Neal, Steven L. Pastyrnak, Lynne M. Smith, Lynne M. Dansereau, Sheri A. DellaGrotta, Carmen J. Marsit & Barry M. Lester. Clinical Epigenetics volume 13, Article number: 171 (2021)
10. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5098830/
11. Long-term consequences of prematurity Cristina I. Pravia, MD and Merline Benny, MD Cleveland Clinic Journal of Medicine December 2020, 87 (12) 759-767; DOI: <https://doi.org/10.3949/cjcm.87a.19108>
12. Paediatr.Child Health. 2010 Dec; 15(10): 655-660. Doi:10.1093/pch/15/10/655
13. <https://medical.gerber.com/nutrition-health-topics/neonatal-nutrition/articles/short-and-long-term-challenges-of-prematurity>
14. SPANISH ASSOCIATION OF PAEDIATRICS Doi: 10.1016/i.anpede.2016.11.004

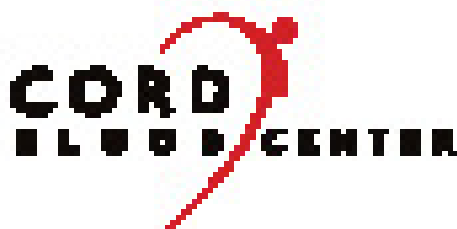


**Cord Blood Center este
prima alegere a medicilor din România**





**Recoltarea placentei la naștere și stocarea ei
pentru potențialul terapeutic este următorul pas
în medicina viitorului**



AT&T Health | www.cordbloodcenter.com



Cord Blood Care Alliance of International

Principii de nutriție pediatrică pe grupe de vârstă



Conf. Univ.
Dr. Victoria Hurduc

MD, PhD, Med. Pr. pediatrie și gastroenterologie pediatrică, Reteaua Medicală „Regina Maria”, Policlinica Floreasca



Dr. Luiza Bordei

Med. Pr. pediatrie și gastroenterologie pediatrică, Sp. Clinic de copii „Dr. Victor Gomoiu”, UMF „Carol Davila”

1. Programarea nutrițională precoce

Nutriția reprezintă un factor cheie pentru menținerea sănătății umane, cu rol decisiv în dinamica creșterii și a dezvoltării pre- și postnatale, educația imună, modularea morbidității și a mortalității de-a lungul vieții, ameliorarea potențialului cognitiv și a performanțelor fizice.

Rolul complex, multifactorial exercitat de nutriție pe tot parcursul vieții este amplificat la copii de ritmul accelerat al creșterii (triplarea greutății corporale și cerebrale la vârsta de 1 an), care impune un necesar energetic de 3 ori mai mare la sugari decât la adulți și un aport crescut de principii nutrițive cu rol plastic și valoare biologică înaltă.

Primele 1000 de zile ale dezvoltării umane (din momentul concepției până la vârsta de 2 ani), reprezintă o “perioadă critică” caracterizată printr-o plasticitate excepțională asociată ritmului accelerat al creșterii, care permite influențarea stării de sănătate ulterioare. Talia vârstei de 2 ani reprezintă un “marker cheie” al proceselor critice din primele 1000 de zile de viață, cu efect cumulativ între generații. Datele epidemiologice recente relevă creșterea prevalenței globale pediatrice a deficitului statural (26,7%), în comparație

cu creșterea ponderală, creșterea staturală este mai sensibilă la calitatea dietei.

Alimentația din primele 1000 de zile de viață ale dezvoltării umane exercită un rol fundamental în programarea metabolică, imunologică și comportamentală precoce. Dezechilibrele nutriționale precoce (subnutriția materno-fetală sau dimpotrivă, excesul nutrițional materno-fetal) determină consecințe similare pe termen lung, cu predispoziție spre suprapondere sau obezitate și creșterea riscului bolilor netransmisibile (cardiovasculare, metabolice, respiratorii, osteoporoză, anumite neoplazii, declinul cognitiv). Modificările globale recente (obiceiurile alimentare, stilul de viață, urbanizarea, tranziția economică și nutrițională etc) au condus la proporții globale epidemice ale bolilor netransmisibile care, conform datelor Organizației Mondiale a Sănătății (OMS)/2011 – determină 2 din 3 decese survenite la nivel mondial, constituind o problemă majoră de sănătate publică globală a secolului al XXI-lea. Din acest motiv, în anul 2011, OMS și ONU au elaborat obiectivul “25 by 25”, care își propune reducerea mortalității prin bolile netransmisibile cu 25% până în anul 2025. Datele epidemiologice recente subliniază creșterea substanțială a prevalenței globale a supranutriției și obezității la copii și adolescenți, într-un interval cuprins între 1980-2013. Astfel, în anul 2013, prevalența supranutriției și a obezității pediatrice a fost de 23-24% în țările dezvoltate versus 13-14% în țările în curs de dezvoltare.

Conform ipotezei “fenotipului economic” elaborat de Barker și Hales (1989-1991), subnutriția materno-fetală determină modificări adaptative morfo-fiziologice fetale, cu prioritizarea anumitor organe (creier versus pancreas, rinichi, plămâni, mușchi) și creșterea riscului pentru dezvoltarea obezității centrale, a sindromului metabolic și a deficitului statural, cu reducerea masei musculare

și a abilităților cognitive și de reproduce etc. Excesul nutrițional exercită efecte similare subnutriției și favorizează ciclul vicios trans-generațional al diabetului zaharat. Primele 1000 de zile de viață se caracterizează printr-o vulnerabilitate cerebrală particulară față de nutriție. Aportul inadecvat (suboptim/excesiv) al componentelor cheie (energie, acizi grași polinesaturați n-3, Fe, Zn, Cu, Iod, Se, colină, acid folic, vitamina -A, -B6, -B12) necesare creșterii și dezvoltării cerebrale corespunzătoare, determină consecințe neuroanatomice, neurochimice și neuro-metabolice, variabile în funcție de momentul, durata și intensitatea agresiunilor nutriționale, cu afectarea predominantă a proliferării celulare (acțiune precoce) sau a diferențierii celulare (acțiune tardivă). Dezvoltarea cerebrală prezintă 2 perioade critice (intervalul cuprins între 24-44 săptămâni după concepție și cel din primul an de viață extrauterină) și perioade sensibile (la copiii preșcolari și adolescenți) asociate cu o capacitate de remodelare cerebrală (plasticitate) semnificativă. Ritmul rapid al creșterii cerebrale din primele 1000 de zile și sinaptogeneza accelerată (40.000 sinapse/secundă) din primul an de viață extrauterină justifică sensibilitatea crescută a creierului la nutriție, și necesitatea asigurării unei nutriții personalizate, prin modularea aportului nutrițional de macro- și micro-nutrienți, cu optimizarea statusului nutrițional precoce pentru evitarea sau corectarea deficitului sau excesului nutrițional de-a lungul întregii vieți.

Practicile alimentare precoce nepotrivite contribuie la dobândirea unui pattern dietetic inadecvat al sugariilor și copiilor mici, asociat frecvent cu un aport energetic și proteic crescut, cu riscuri metabolice considerabile, determinate de modificările structurale și funcționale ale unor organe sau sisteme programate metabolic. Optimizarea nutriției precoce reprezintă cheia prin care pediatrul

Deficient in Vitamin D? Detect with Rapi-D Test



GLOBAL FIRST

**First 15-Minute Point-of-Care
Vitamin D Test**

Quantity 20 (20) Vitamin D with Point-of-Care Reader: RapiRead



Tu cum măsoară nivelul vitaminei D?

RapiRead - Echipament pentru determinarea cantitativă a Vitaminei D
Beneficii

Ușor de utilizat

Utilizează volume reduse de sânge capilar sau ser (10 μ l)

Rezultate în 15 minute

Legare la calculator

Calibrare automată teste prin card RFID

Depozitare teste la temperatura camerei

Rapi-D

Test cantitativ pentru măsurarea Vitaminei D

Permite determinarea 25-hidroxi vitaminei D în sânge capilar sau ser.

Fiecare kit include materialele necesare pentru realizarea a 25 de teste.

Compararea cu LC-MS/MS ("Gold standard") a arătat o regresie
liniară cu o pantă de 0.98 și un coeficient de corelație de 98%.

Interpretare rezultate		
Nivel 25-OH Vitamina D	Valori (ng/ml)	Valori (nmol/l)
Deficient	0 - 10	0 - 25
Insuficient	10 - 30	25 - 75
Suficient	30 - 100	75 - 250
Exces, dar netoxic	100 - 150	250 - 375
Toxic	> 150	>375

Producător: Affimedix (SUA)

Affimedix



1941005, Romania, Bucharest-PII
 1941005, Romania, Bucharest-PII
 1941005, Romania, Bucharest-PII



Tel: +4031-240-4111
 Fax: +4031-240-4111
 Email: info@affimedix.com
 www.affimedix.com

Intellect by

Janssen

1941005, Romania, Bucharest-PII
 1941005, Romania, Bucharest-PII
 1941005, Romania, Bucharest-PII
 1941005, Romania, Bucharest-PII

poate influența programarea metabolică a apetitului și dinamica creșterii, modularea stării de sănătate pe termen lung, cu diminuarea riscului de transmitere intergenerațională a modificărilor epigenetice nutriționale (nutriția și compușii bioactivi din alimentație pot influența expresia genelor fără a modifica structura intrinsecă a ADN-ului). Programarea nutrițională din primele 1000 de zile de viață presupune asocierea strategiilor prenatale (privind sănătatea, nutriția și stilul de viață matern) cu cele postnatale (printr-o dietă țintită, personalizată combinată) cu reducerea expunerii la poluanți organici persistenți, omniprezenți în mediu, îndeosebi la nivelul lanțului trofic).

2. Particularitățile nutriției la sugari și copii mici în vârstă de până la 2 ani

Primul an de viață extrauterină se caracterizează printr-un ritm accelerat al creșterii coordonat de factori genetici și de mediu, din cadrul cărora nutriția și factorii socio-economici exercită un rol central. Creșterea este un marker sensibil al statutului nutrițional care se asociază, cu starea de sănătate, pe termen lung. Velocitatea creșterii staturoponderale din primele luni de viață implică un necesar energetic crescut, de 3 ori mai mare decât cel al adultului (100-110 Kcal/Kgcorp/zi), asociat cu un aport adecvat cantitativ și calitativ de nutrienți (aminoacizi esențiali; acizi grași polinesaturați cu catenă lungă: LC-PUFA n-3; zinc; magneziu; fosfor, etc).

Alimentația sugarilor trebuie să fie adaptată aspectelor particulare asociate creșterii și dezvoltării din primul an de viață, variabile în funcție de vârsta gestațională și greutatea de la naștere, starea de sănătate, dezvoltarea psihomotorie, imaturitatea morfo-funcțională digestivă și renală.

Astfel, rata filtrării glomerulare este mai mică în primele 9 luni de viață, capacitatea de concentrare a urinei se apropie de cea a adultului după vârsta de 6 săptămâni; capacitatea gastrică crește progresiv de la 10-20 ml la nou-născut către 200 ml la vârsta de 1 an; secreția pepsinei este scăzută la nou-născut, cu o creștere treptată în primele 3 luni și un nivel comparabil cu cel al adultului către vârsta de

18 luni, activitatea amilazelor salivare și în special a celor pancreatice este scăzută în primele 6 luni; maturarea biochimică a enzimelor și sistemelor de transfer de la nivelul marginii în perie se continuă din perioada postnatală în mod variabil până la vârsta de 1-4 ani. Sistemul imun intestinal, cel mai mare rezervor limfoid al organismului (aproximativ 80% din celulele B și respectiv, peste 60% din celulele T) este complet dezvoltat la nou-născutul la termen, dar "imatur" funcțional, în primii 2 ani de viață. Maturarea postnatală a sistemului imun implică 2 funcții esențiale (protecția antiinfecțioasă și dezvoltarea și menținerea toleranței imune), dobândite treptat prin expunerea bacteriană intra- și post-natală, în relație cu factorii genetici și de mediu, din cadrul cărora alimentația din primii 2 ani de viață exercită un rol fundamental.

2.1. Pattern-ul dietetic al sugarilor din primele 6 luni de viață

Alimentația sugarilor constituie o problemă de sănătate publică, "nu doar o opțiune a stilului de viață". OMS (2003) recomandă "cu tărie alimentația exclusiv naturală" (cu lapte de mamă, fără alte lichide sau alimente) a sugarilor născuți la termen, normopoderali și continuarea sa pe parcursul alimentației complementare/diversificată ("ablactare în trepte" – introducerea treptată a altor alimente, solide/lichide) până la vârsta de 24 luni.

Sugarii care nu pot beneficia de alimentație naturală (lapte de mamă), din motive medicale materno-infantile sau socio-psihologice, beneficiază de alimentație artificială cu o formulă de lapte derivată din lapte de vacă sau al altei specii de animale (capră, oaie, bivoliță etc) și/sau alte ingrediente de origine animală (pește) sau vegetală (soia), care s-au dovedit a fi adecvate nutrițional și sigure pentru dezvoltarea nou-născuților și a sugarilor. În anumite condiții o alternativă posibilă este reprezentată de alimentația mixtă, bazată pe combinarea celor 2 tipuri de lapte, matern și cel al altei specii (formula de lapte). Din păcate, nivelul alăptării exclusive până la vârsta de 6 luni este relativ scăzut (36% într-un studiu relativ recent, realizat în 46 de țări în curs de dezvoltare). Proporția alăptării exclusive din țara noastră

este de aproximativ 31 % pentru prima lună de viață și respectiv doar de 12,6% în primele 6 luni, fapt care subliniază o dată în plus necesitatea promovării active a alimentației naturale și susținerea sa de către personalul medical și organismele guvernamentale și non-guvernamentale.

2.1.1. Alimentația naturală

Laptele matern asigură nutriția optimă a sugarilor din primul semestru de viață, reprezentând standardul de referință al alimentației acestora, datorită multiplelor beneficii directe și indirecte, pe termen scurt și lung, în relație directă cu durata și exclusivitatea alimentației naturale. Laptele uman este alimentul ideal pentru primele 4-6 luni de viață, care poate fi administrat din prima oră de viață (sistem rooming-in), "la cerere", la interval variabil cuprins între 1-4 ore, care permite reglarea aportului alimentar prin senzația de foame (definitivă la 6 săptămâni de viață). Nu se recomandă administrarea suplimentelor orale în primele 3 zile de viață (glucoză, ceai, formulă) sau folosirea suzetei sau a mameloanelor artificiale în primele 3-4 săptămâni. Aportul de lapte matern este considerat corespunzător în condițiile stopării scăderii ponderale fiziologice după vârsta de o săptămână și recuperarea greutății de la naștere la 10-14 zile, urmată de un spor ponderal mediu de ≈ 750 g/lună, cu o valoare minimă de cel puțin 500 g/lună și prezența a peste 5 micțiuni /zi.

Laptele uman este considerat un "produs viu", o combinație complexă de nutrienți și compuși biologic activi, cu o variabilitate remarcabilă a compoziției în funcție de vârsta și durata lactației, momentul zilei, nutriția maternă. Variabilitatea compoziției laptelui de mamă pe parcursul aceleiași alăptări, permite auto-reglarea aportului prin sațietatea indusă de nivelul crescut al cantității de grăsimi și proteine de la sfârșitul suptului. Laptele de mamă din primele 3-4 zile ale secreției lactate denumit colostru, este bogat în proteine, anticorpi și EGF (epidermal growth factor) cu rol în adaptarea perinatală la nutriția extrauterină și rol protector față de enterocolita ulcero-necrotică (EUN). Laptele matur este elaborat începând de la vârsta de 7-10 zile, după o perioadă de tranziție cuprinsă între 4-7 zile.

Cu sau fără antibiotice?

Străduindu-vă să evitați 30% din toate prescripțiile de antibiotice în cadrul sistemului de sănătate medicală puteți să faceți un mare pas înainte! Utilizați cu încredere și eficiență unul sau mai multe produse în analizați sau nu, pentru a vă ajuta să luați decizii în cunoștință de cauză privind necesitatea utilizării antibioticelor. Utilizați până astăzi și puteți să contactați HERUS la telefon.

wrCRP+Hb

- Testarea rapidă în 15-20 minute, volum redus probe: 10µl
- Valoarea CRP prezintă înălțimea nivelului de inflamație de antibiotică
- Dacă rezultatul este negativ:
- Dacă este pozitiv – trebuie să luați în considerare și decizia privind utilizarea de antibiotice

Strep A

- Detectarea directă rapidă de către laborator, timp redus de analiză în real time
- Testarea directă pozitivă sau negativă rezultă în 15-20 minute
- Testarea în scopuri de diagnostic și monitorizare clinică în cazurile de infecții



© 2014 Herus Medical. Toate drepturile rezervate. Este permisă reproducerea și distribuția în scopuri educative și de informare. Pentru mai multe informații, vizitați www.herusmedical.ro



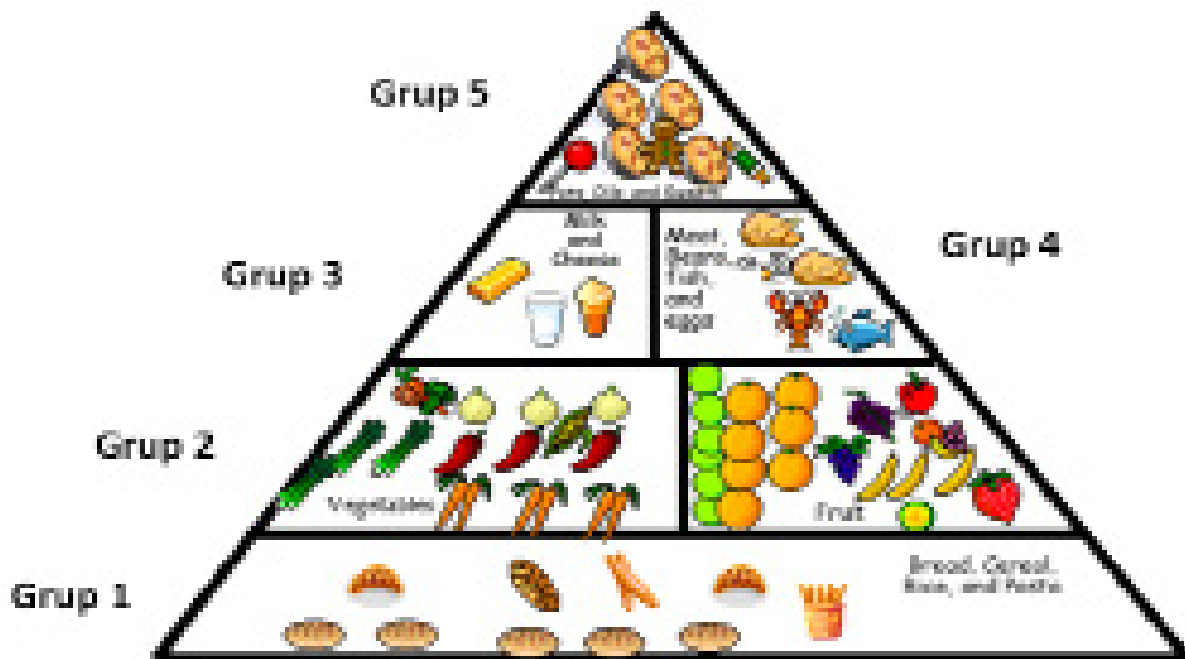
Distribuitor pe teritoriul României:

ADIAN

Pentru informații suplimentare, vă rugăm accesați adresa:
www.adian.eu

JENSEN+

Jensen Pharma SRL, Tel. +40 771 464 977
www.jensenmed.ro, office@jensenmed.ro



Compoziția laptelui uman. Laptele uman prezintă aproximativ aceeași valoare energetică cu cea a laptelui de vacă, dar cu un conținut semnificativ mai mic de nutrienți importanți pentru creștere, precum proteinele, sodiul, potasiul, magneziul și zincul (tabel 1). Concentrația acestor nutrienți în laptele uman este mai mică cu o treime până la jumătate față de cea din laptele de vacă, fiind adecvată ritmului de creștere mai lent al speciei umane (dublarea greutateii la vârsta de aproximativ 4 luni versus 6 săptămâni la bovine).

Cantitatea, calitatea și dinamica proteinelor din laptele uman, reprezintă standardul de aur al necesarului de proteine și aminoacizi esențiali din primul an de viață. Cantitatea de proteine din laptele uman scade în primele 2-4 săptămâni după naștere, de la aproximativ 2,3 g/100 ml până la 1,45-1,38 g/100 ml, în funcție de evoluția lactației, nivel care asigură aproximativ 8% din necesarul caloric al nou-născutului la termen. Principalele componente proteice ale laptelui, definite prin solubilitatea lor în acizi, sunt: zerul și cazeina. Proteinele din lactozer – fracțiunea solubilă, reprezintă aproximativ 70% din proteinele laptelui uman versus 30% proteinele din fracțiunea insolubilă – cazeina (70/30). Laptele de vacă prezintă un raport inversat, net diferit față de cel al laptelui matern, respectiv de 20/80. Proteinele din lactozer sunt componente cu o digestibilitate crescută, responsabile de golirea mai rapidă a stomacului, cu un conținut crescut de lactoferina, lizozim și imunoglobuline A

secretorii (Ig As) cu rol imunomodulator. Lactoferina este proteina dominantă a lactozerului (20%), rezistentă la proteoliza enzimatică, motiv pentru care poate fi identificată în scaunul sugarilor. Lactoferina este o proteină cu activitate bactericidă și bacteriostatică care favorizează captarea intracelulară a fierului și constituie un imunomodulator eficient. Componenta majoră a lactozerului este α -lactoglobulina, implicată în sinteza mamară a lactozei. Diferit de laptele uman, proteina majoră a zerului din laptele de vacă este β -lactoglobulina, cu potențial alergizant crescut, implicată în etiopatogenia alergiei la proteinele laptelui de vacă.

Profilul aminoacizilor din lactozerul laptelui uman diferă semnificativ față de cel al laptelui de vacă, îndeosebi prin concentrația mai mică de aminoacizi cu potențial nociv pentru dezvoltarea cerebrală (fenilalanină, tirozină și metionină), și prezența nivelelor crescute de cisteină și taurină (aminoacizi necesari dezvoltării cerebrale și vizuale optime, precum și pentru conjugarea sărurilor biliare). Aproximativ 20% din azotul total din laptele uman este determinat de azotul neproteic, reprezentat de nucleotide, aminoacizi liberi și uree. Nucleotidele lipsesc în laptele de vacă și constituie 2-5% din azotul neproteic din laptele uman. Nucleotidele dețin un rol important în dezvoltarea, maturarea și refacerea tractului gastrointestinal, în creșterea bifidobacteriilor nepatogene, implicate în maturarea imună și metabolică.

Lipidele determină aproximativ 50% din valoarea calorică a laptelui uman, fiind într-o cantitate aproximativ similară cu cea din laptele de vacă ($\approx 3,5$ g/100 ml). Lipidele sunt macronutrienții cu cea mai variabilă concentrație din laptele uman. Nivelul lor variază de la o mamă la alta și la aceeași persoană, în funcție de momentul zilei și al lactației și în funcție de gradul de umplere al sânelui. Conținutul total de lipide din laptele matern nu este influențat de dieta maternă, cu toate că se poate corela în mod direct cu depozitele grase materne. Laptele uman facilitează digestia și absorbția lipidelor prin organizarea lor în globule de trigliceride, digerate de lipaza care stimulează sărurile biliare din lapte, în condițiile în care lipaza pancreatică a sugarilor este imatură în primele luni de viață. 98 % din lipidele laptelui uman se prezintă sub formă de trigliceride ușor digerabile. Moleculele de trigliceride din laptele uman includ cantități crescute de acizi grași mononesaturați (MUFA) – n-9 (acid oleic – 40%) și acizi grași esențiali polinesaturați (PUFA) – acid linoleic și acid linolenic (10%), din care derivă acizii grași polinesaturați cu lanț lung (LC-PUFA): acidul eicosapentaenoic (EPA, 20:5) și acidul docosahexaenoic (DHA, 22:6). Incorporarea cerebrală semnificativă a DHA în cortexul prefrontal implicat în procesele asociative și de memorare, impune asigurarea unui aport postnatal de DHA de 10-15 mg/Kgcorp/zi asigurat de laptele uman, în funcție de calitatea dietei materne.

Reprezentant în România al următoarelor companii:

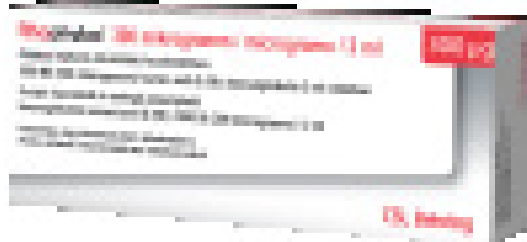
	<p>TestLine Clinical Diagnostics, Cehia</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste imunohistot, kituri ELISA pentru serologie infecțioasă • kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune, analizare imunoblot • panzi anticorpi SARS IgM, IgA, IgG 	<p>BIONEER, Coreea</p> <ul style="list-style-type: none"> • extracție LSC, iST ABNA/DM • kituri de extracție manuală și automată • kituri de amplificare multiplex RT-PCR pentru SARS-CoV-2 • kituri de diagnostic molecular 	
	<p>RANCOX, Marea Britanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată de biochimie • reactivi de biochimie dedicați pentru analizare automată și materiale de control intern, de referință (calibrator) • scheme de control extern (RUCAS) 	<p>Eurospital, Italia</p> <ul style="list-style-type: none"> • diagnosticul bolilor inflamatorii cronice intestinale • predicții genetice Diabet, intoleranță la lactoză, boala celiacă 	
	<p>BioVendor R&D, Cehia</p> <ul style="list-style-type: none"> • kituri R&D și de diagnostic miRNA și ELISA • anticorpi, proteine recombinante 	<p>ZIVAK Technologies, Turcia</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizor automat pentru HbA1c și valoare ale hemoglobinei prin metoda ion-exchange • analizor automat UHPLC pentru determinarea Vitaminei D3/D2, sistem automat HPLC • kituri de diagnostic pentru urină biologice, bal metabolice, vitamine, droguri, neurotransmitatori 	
	<p>DIRUI Industrial, China</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată pentru cunștură și sedimentul urinar • analizor semi-automat pentru cunștură de urină 	<p>AIDA, Germania</p> <ul style="list-style-type: none"> • kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune 	
	<p>D-tech, Belgia</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare semi-automată și automată pentru teste imunohistot • teste imunoblot multiplex, kituri ELISA pentru diagnosticul bolilor autoimune 	<p>DIESTRO, Argentina</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată și semi-automată de electroizi 	
	<p>SFERI Medical Diagnostic, Franța</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată de hematologie, VSH și electroizi • reactivi de hematologie dedicați pentru sisteme automate 	<p>MEDWISS Analytic, Germania</p> <ul style="list-style-type: none"> • Panzuri de teste pentru alergii IgE specifici: panzuri respiratorii, alimentare, pediatrici, entere, venerei • analizare automată și semi-automată imunoblot 	
	<p>CDiagnostic, Franța</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste moleculare pentru reactivi • teste moleculare: Legionella, UTI, AST • LAMP - COVID19 	<p>Helena BioScience Europe, Marea Britanie</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată și semi-automată pentru hematocrit • reactivi, materiale de control intern și de referință pentru hematocrit 	
	<p>West Medica, Austria</p> <ul style="list-style-type: none"> • microscopie digitală și AI 	<p>OPMEX TECHNOLOGIES, SUA</p> <ul style="list-style-type: none"> • analizare automată ELISA cu 2, 4, 12 plăci • analizor automat ELISA, multiplex 	
	<p>MONOCENT, SUA</p> <ul style="list-style-type: none"> • teste rapide pentru antigene și anticorpi • serologie 		



RhoPhylac[®] 300 micrograme/2ml

soluție injectabilă în seringă preumplută

Utilizat pentru profilaxia imunității Rh(D) la femeile cu antigen Rh(D) negativ



- Profilaxia autoportună planificată
- Profilaxia postpartum, după nașterea unui copil cu antigen Rh(D) pozitiv
- Profilaxia autoportună, după complicații



Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare.

Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare.

Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare. Medicamentul este un produs biologic și trebuie să fie păstrat în condiții adecvate de conservare.

Hepatect® CP 50 UI/ml

soluție perfuzabilă



Imunoglobulină umană anti-hepatită B



Utilizat pentru prevenirea hepatitei B la nou-născutul a cărui mamă este purtătoare de virus hepatitic B.

Se recomandă administrarea la naștere sau cât mai curând posibil după naștere a 30-100 UI (0,6-2 ml)/kg.

Prima doză de vaccin poate fi injectată în aceeași zi cu imunoglobulina umană antihepatită B, dar în locuri de administrare diferite.

Studiile clinice au arătat că Hepatect® CP administrat prin perfuzie intravenoasă la nou-născuții ai căror mame sunt purtătoare de virus hepatitic B este bine tolerat, dacă viteza de perfuzare este de 2 ml într-un interval cuprins între 5 și 15 minute.

Perioada de valabilitate 2 ani.

Precauții speciale pentru păstrare: A se păstra la frigider (2°C-8°C). A nu se congela.
Cutie cu un flacon a 2 ml soluție perfuzabilă.

Pentru mai multe informații vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului (actualizat în februarie 2020).

Nr. APF: 7349/2015/01, eliberat în 30.01.2015.

DAPP: Biotest Pharma GmbH, Germania

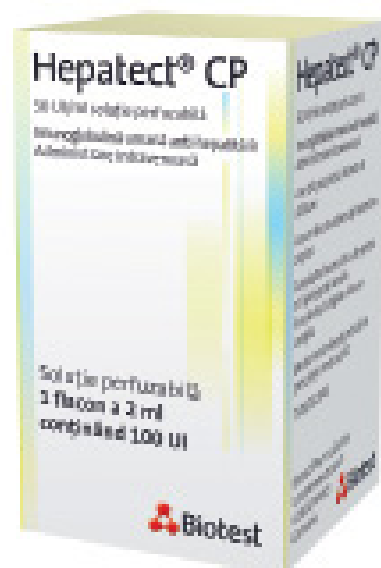
Distribuit în România prin:

Prisum Healthcare SRL, Clădirea Globalworth Square, Str. Gara Herăstrău nr. 6, et. 3, sector 2, București, 020334

tel.: 021.322.0171/72, fax: 0213217064, E-mail: office@prisum.ro, www.prisum.ro

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

Medicament eliberat pe bază de prescripție medicală PR.



PRISUM
HEALTHCARE
Distribuit de Prisum Healthcare

Boala hemoragică a nou-născutului (BHN) – patologie reală și periculoasă

Tot mai multe gravide urmează tratament îndelungat cu salicilați, ceea ce pentru nou-născut reprezintă un risc crescut de sângerare (am avut un caz cu hemoragie masivă de glandă suprarenală bilateral provenit din mamă cu tratament îndelungat cu aspirină), iar antibioticele sunt prescrise cu ușurință după naștere, sugarii prezentând risc pentru forma tardivă a BHN.



Șef. Lucr.
UMF Dr. Ioana Roșca

Medic primar neonatologie,
specialist pediatru

Boala hemoragică a nou-născutului apare la 1 din 200-400 de nou-născuți datorită imaturității hepatice enzimatice, sinteza factorilor vitamino-K dependenți fiind insuficientă.

Vitamina K este esențială pentru producerea factorilor de coagulare (II, VII, IX, X), administrarea acesteia la nou-născuți profilactic și terapeutic scade riscul de sângerare severă imediat după naștere sau tardiv.

Factori de risc și cauze pentru apariția bolii:

- Expunerea gravidei în ultimul trimestru de sarcină la anumite medicamente: cumarine, anticonvulsivante, antituberculoase, salicilați.
- Lipsa administrării profilactice de vitamina K la naștere
- Rezervele nou-născutului de vitamina K sunt scăzute sau chiar absente datorită pasajului transplacentar scăzut.
- Imaturitate hepatică și catabolismul postnatal al proteinelor din complexul protrombinic (C, S, Z)
- Aportul de vitamina K scăzut imediat după naștere
- Nevoi crescute de vitamina K la nou-născut (organism în creștere)
- Alimentația la sân, laptele de mamă are un conținut de 10 ori mai mic de vitamina K față de formulele de lapte.
- Absența florei gastrointestinale care să sintetizeze vitamina K

- Tratament antibiotic prelungit
- Malabsorbție (boli hepatice, fibroză chistică)

Forme clinice:

- Precoce (corelată cu medicația maternă): sângerările apar de la naștere sau în prima zi de viață manifestate prin hemoragii ombilicale, la locul de puncție, digestive, intracraniene, cefalhematom.
- Clasică (lipsa profilaxiei cu vitamina K): manifestările apar în prima săptămână de viață la nivel tegumentar (echimoze) și digestiv (vărsături sangvinolente, melenă).
- Tardivă (idiopatică sau secundară aportului inefficient de vitamina K prin alimentația la sân combinat cu lipsa profilaxiei la naștere, tulburări digestive și prelungite, antibioterapie orală): apare între a 2-3 a și a 12 a săptămână de viață, chiar până la 6-8 luni de viață. Nou-născuții și sugarii prezintă sângerări cutanate și digestive și chiar risc de hemoragie intracraniană acută care poate fi fatală. Această formă clinică apare la categorii de sugari anumite patologii - fibroză chistică, atrezie de căi biliare, boală celiacă.

Diagnostic pozitiv: clinic, anamnetic, paraclinic (nivel plachetar normal, timp de protrombină PT și timp parțial de tromboplastină PTT scăzute).

Tratament:

- profilactic: vitamina K (Fitomenadion) 0,5-1mg im la naștere la toți nou-născuții.
Vitamina K1 10mg im gravidei (dacă a fost tratată cu barbiturice, salicilați, fenitoin) cu 24h înainte de naștere.
- curativ: vitamina K 1mg intravenos și plasma proaspăt congelată PPC în sângerări masive.

Studiile din Statele Unite indică o creștere a formelor tardive asociate cu hemoragie intracraniană datorită refuzului parental pentru profilaxia cu vitamina K la naștere și urmat de alimentație exclusiv la sân.

Un alt studiu arată că, în ciuda administrării vitaminei K la naștere, sugarii au prezentat hemoragie intracraniană, factorii de risc incriminați fiind alimentația la sân exclusiv, diareea și consumul de antibiotice.

Pentru a preveni această patologie la nou-născut și la viitorul sugar, se recomandă:

- Anamneză completă a sarcinii și aflarea factorilor de risc pentru BHN
- Discuții cu părinții care refuză profilaxia cu vitamina K la naștere, informarea asupra riscurilor.
- Repetarea dozei de vitamina K săptămânal la prematurii și nou-născuții spitalizați îndelungat
- Suplimentarea dietei cu 5mg vitamina K pentru mamele care alăptează exclusiv (primele 12 săptămâni de viață).
- Reducerea consumului de antibiotice în rândul nou-născuților și sugariilor.

Referințe:

1. Anne R. Hansen MD, MPH Eric C. Eichenwald MD Ann R. Stark Camilia R. Martin MD, Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care, Lippincott Williams Wilkins, 2017, 594
2. Johnson MM, Rodden DJ et al. Infection and Haematologic Diseases of the neonate, 4th ed, Mosby, 1998, pg 379-381
3. Iordăchescu F. et al. Tratat de pediatrie, volum 1, editura ALL, 2019, pg.268-270
4. Sankar MJ, Chandrasekaran A, Kumar P, et al. Vitamin K prophylaxis for prevention of vitamin K deficiency bleeding: a systematic review. JPerinatol 2016; 36 Supl 1:529
5. Greer FR. Are breast-fed infants vitamin K deficient? Adv Exp Med Biol 2001;501:391

CHI FANTASY - Consola cap-pat pentru pediatrie (LH MEDICAL DIVISION)

Consola cap-pat CHI FANTASY este un sistem integrat cu funcții speciale și personalizabile, care îmbină, într-o manieră unică, funcții medicale, funcții estetice și funcții de confort. Sistemul permite personalizarea unității de consola, atât la nivel de culoare, cât și la nivel de funcționalitate. Sistemul poate fi integrat perfect cu diverse produse medicale, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical.



• Consola CHI FANTASY este un sistem integrat cu funcții speciale și personalizabile, care îmbină, într-o manieră unică, funcții medicale, funcții estetice și funcții de confort.

• Sistemul permite personalizarea unității de consola, atât la nivel de culoare, cât și la nivel de funcționalitate.

• Sistemul poate fi integrat perfect cu diverse produse medicale, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical.

• Consola CHI FANTASY este un sistem integrat cu funcții speciale și personalizabile, care îmbină, într-o manieră unică, funcții medicale, funcții estetice și funcții de confort.

• Sistemul permite personalizarea unității de consola, atât la nivel de culoare, cât și la nivel de funcționalitate.

• Sistemul poate fi integrat perfect cu diverse produse medicale, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical.



• Consola CHI FANTASY este un sistem integrat cu funcții speciale și personalizabile, care îmbină, într-o manieră unică, funcții medicale, funcții estetice și funcții de confort.



HORIZON 200 / 300 - Pat Pediatric (FAVERO)



Consola/rașină 200/300 - patul
pediatic FAVERO este echipat cu
funcții speciale și personalizabile,
asigurând astfel un confort maxim

Caracteristici

• Patul pediatric FAVERO este echipat cu funcții speciale și personalizabile, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical.

Alte funcții

- Design modern și funcțional - asigurând un confort maxim pentru pacient și personal medical
- Patul pediatric FAVERO este echipat cu funcții speciale și personalizabile, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical
- Patul pediatric FAVERO este echipat cu funcții speciale și personalizabile, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical
- Patul pediatric FAVERO este echipat cu funcții speciale și personalizabile, asigurând astfel un confort maxim pentru pacient și personal medical

SC MEDICAL LOGISTIC MALL SRL

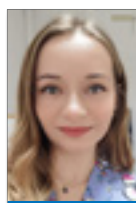
București, Str. Giuseppe Garibaldi
nr. 8-10 sector 2, 020223
Tel.: +40 314 250226/27
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Timișoara, Str. Martir Cernăianu,
nr. 18, jud. Timiș, 300361
Tel.: +40 720 393269
Fax: +40 256 110233
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Iași, Aleea Al. O. Teodoreanu nr. 55A,
Bloc 1, Demisol, Iași, 700155
Tel: +40 725 119393
Fax: +40 372 560250
office@medicalmall.ro
www.medicalmall.ro

Cataracta pediatrică

Cataracta reprezintă opacifierea cristalinului (lentilă intraoculară care în mod normal este transparentă), iar acest lucru nu mai permite formarea unor imagini clare la nivelul retinei (fundului de ochi). Cataracta congenitală apare de la naștere, cea infantilă în primul an de viață, iar cea juvenilă la copilul mai mare.



Dr. Bianca Neagoe

Medic specialist oftalmolog
Clinica Oftapro

Cel mai frecvent, cauza apariției este necunoscută. Aproximativ o treime din cazuri sunt moștenite genetic și nu sunt asociate cu dereglări metabolice sau sistemice. Astfel, cataracta poate apărea ca o patologie izolată sau asociată cu variate afecțiuni generale sau oculare. Din prima categorie fac parte anomaliile cromozomiale (Sd. Down), musculo-scheletale (distrofia miotonică), sindroame renale, boli metabolice (diabet zaharat, galactozemie), infecții intrauterine (citomegavirus, rubeolă, toxoplasmoză, varicelă).

În aproape toate situațiile în care există asocieri sistemice, sunt afectați ambii ochi. Persistența vascularizației fetale, anomaliile de dezvoltare ale globului ocular, patologia retiniană (colobom, decolare retiniană) sunt câteva afecțiuni oculare care pot fi asociate cataractei congenitale unilaterale.

Există numeroase tipuri de cataracte congenitale care afectează cristalinul parțial sau total. Ca exemplu, în cataracta polară anterioară, se observă o opacitate punctiformă în centrul înve-

lișului anterior al cristalinului (Fig. 1), iar în cea nucleară, zona centrală este opacifiată (Fig. 2).

Toți non-născuții ar trebui supuși unui screening, evaluându-se reflexul roșu al fundului de ochi. Copilul cu cataractă poate avea un reflex pupilar albicios în loc de roșiatic (Fig. 3). Cataracta unilaterală poate induce ambliopie (ochi leneș) sau strabism, iar cea



Fig. 1



Fig. 2

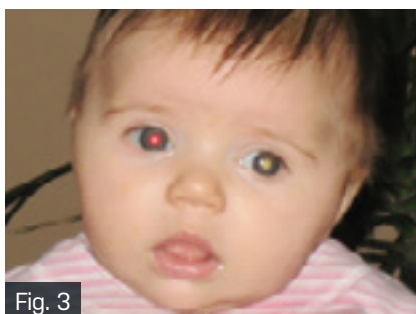


Fig. 3

bilaterală mișcări anormale ale ochilor (nistagmus). Uneori glaucomul poate fi asociat.

În evaluarea unei cataracte pediatriche istoricul familial, detalii despre sarcină și dezvoltarea copilului precum și cele despre starea generală de sănătate sunt foarte importante. Evaluarea oftalmologică vizează impactul cataractei asupra vederii și include testarea acuității vizuale, determinarea dioptriilor, examinarea ochilor cu ajutorul oftalmoscopului, uneori ecografie sau alte investigații suplimentare. Ocazional, pot fi necesare analize de laborator sau genetice.

Nu toate cataractele pediatriche necesită intervenție chirurgicală. În cataractele mici se pot folosi picături care măresc pupila și permit razelor de lumină să treacă pe lângă opacitatea cristaliniană și să ajungă la retină. Atunci când cataracta este densă și în centrul pupilei, ea trebuie operată, cu atât mai repede cu cât copilul este mai mic, pentru a se evita instalarea ochiului leneș. La copilul de peste 1-2 ani îndepărtarea cataractei poate fi urmată de implantarea unui cristalin artificial. Sub această vârstă, ochiul se lasă fără cristalin și se corectează dioptria cu lentile de contact sau ochelari. Tratamentul ambliopiei este la fel de important.



Recepție: **0219252;**
0730 593 534 / 0764 740 081
E-mail: office@oftapro.ro;
Bd. Mărășești nr. 15, Sector
4, București, www.oftapro.ro

PEDIAKID® COLICILLUS® BÉBÉ L. REUTERI+

Reduce colicile abdominale la sugari

Flacon de 8 ml cu pipetă gradată

- 2 tulpini de probiotice cu conținut garantat de 1 miliard de fermenți vii pe doză
- Lactobacillus rhamnosus GG + Lactobacillus reuteri LR02

Tehnologie brevetată

**PEDIAKID® Colicillus®
BÉBÉ L. Reuteri+** este un produs fără gluten, fără lactoză, fără alergeni, fără OMG, fără aditivi și fără arome. Gust neutru

Eficiența demonstrată clinic în:

- Prevenirea diareei asociate tratamentului cu antibiotic (DAA)¹
- Tratamentul diareei infecțioase²
- Alergia la Proteina Laptelui de Vacă (APLV)³
- Durerea Abdominală Funcțională și Sindromul de Intestin Iritabil⁴
- Profilaxia și tratamentul colicilor intestinale
- Prevenirea episoadelor de regurgitare



Sursă:

1. Cremonini F, Di Caro S, Covino M, et al. Effect of different probiotic preparations on anti-Helicobacter pylori therapy-related side effects: a parallel group, triple blind, placebo-controlled study. Am J Gastroenterol 2002;97(11):2744-9.
2. Basu S, Paul DK, Ganguly S, et al. Efficacy of high-dose Lactobacillus rhamnosus GG in controlling acute watery diarrhea in Indian children: a randomized controlled trial. J Clin Gastroenterol 2009;43(3):208-13.
3. Baldassarre ME, Laforgia N, Fanelli M, et al. Lactobacillus GG improves recovery in infants with blood in the stools and presumptive allergic colitis compared with extensively hydrolyzed formula alone. J Pediatr 2010;156(3):397-401.
4. Francavilla R, Miniello V, Magista AM, et al. A randomized controlled trial of Lactobacillus GG in children with functional abdominal pain. Pediatrics 2010;126(6):e1445-52.

PEDIAKID® este o marcă înregistrată
a Laboratoires INELDEA / Franța

Distribuitor Exclusiv: Montana Nutraceuticals SRL
Str. Serdarului nr. 9, bl. 46B, ap. 3, sect. 1, București
Tel: 0729 600 073 / www.farma-mall.ro www.pediakid.ro

options+

BIBERONUL

Anti-Colici

utilizat **cu sau fără**
sistemul de ventilație



Folosind sistemul intern de ventilație, beneficiile sunt:

- **Ajută la reducerea problemelor** legate de hrănire
Biberoanele noastre sunt recunoscute pentru reducerea colicilor, eructatului, espectoratului și gazelor
- **Dovedit că ajută la conservarea nutrienților din lapte***
Vitaminele C, A și E sunt esențiale pentru creșterea sănătoasă în copilărie
- **Hrănirea fără vid ajută digestia**
O bună digestie este esențială pentru copii, în special pentru nou-născuți
- **Design complet ventilat al biberonului**
Asemănător cu hrănirea la sân
- **Sistemul de ventilație internă și tetina din silicon funcționează împreună**
Flux controlat, astfel încât bebelușii se hrănesc în propriul ritm
- **Ajută la digestie pentru un somn mai bun**
* În urma unui studiu universitar. Aflați mai multe aici: drbrownsbaby.com/nutrient-study

Dar, este minunat să avem opțiuni atunci când hrănirea bebelușului se dezvoltă

- Puteți să eliminați sistemul de ventilație - **nu este necesar să introduceți alte biberoane**
- Experiența de hrănire este similară cu cea a majorității biberoanelor ventilate prin tetină

Dovedit clinic că reduce colicii, eructatul, espectoratul și gazele

Sistemul intern de ventilație

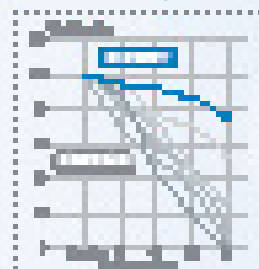
- 1 Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2 Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3 Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4 Bebelușul se hrănește mai confortabil, în timp ce laptele curge liber prin tetină, asemănător alăptării

Vezi cum funcționează aici:
drbrownsbaby.com



Sistemul intern de ventilație Dr. Brown's® elimină bulele de aer din lapte, astfel se minimizează oxidarea, **ajută la păstrarea substanțelor nutritive din lapte.**

Vitamina C în laptele matern



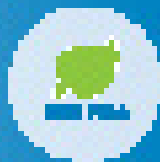
Afla mai mult:
nutrientstudy.com



Sușținem recomandarea OMS de alăptare exclusivă până la 6 luni și continuarea alăptării cât mai mult timp posibil. Recomandăm folosirea biberoanelor la nevoie, pentru copii cu vârste de peste 12 luni.



Biberonul cu Gat Larg
Dr. Brown's® Options+™ dispune de un nou model al tetinei, similar cu mamelonul, pentru a încuraja hrănirea la sân, comportamentul alimentar natural. Împrumutat de la natură, designul corect conturat ajută în alăptare. Copilul se atașează confortabil și se evită confuzia mamelonului.



Chiesi este cel mai mare grup farmaceutic certificat B Corp, care face eforturi semnificative pentru **scăderea mortalității infantile și creșterea supraviețuirii neonatale**



În neonatologie, poractant alfa este cel mai utilizat și recomandat la nivel global, cu peste 5.6 milioane de copii prematuri tratați în peste 100 de țări

**Medicamentul este disponibil în domeniul medical
Chiesi Care Connection s.p.a. 00188**

**Chiesi Farmaceutici - Via Venezia n. 24
00187, 00184 - Roma - Italia
Tel: +39 06 392 09 43 - Fax: +39 06 392 09 43
www.chiesi.it - www.chiesi.com**



Modular, Touch-Screen
Infant Ventilator

SLE6000

Cele mai mici lucruri contează!





SINCE 1911

Töpfer

Babycare

cosmetice naturale certificate, cu ingrediente organice:

EXTRACT DE TĂRĂȚE DE GRÂU

→ acțiune demonstrată în refacerea barierei hidrolipidice a pielii

EXTRACT DE GĂLBENELE

→ acțiune antiinflamatoare

ULEIURI ORGANICE DE MIGDALE DULCI, JOJOBA ȘI MĂSLINE

→ acțiune hidratantă și emolientă

NU CONȚIN:

- ✓ coloranți și conservanți
- ✓ parfumuri sintetice
- ✓ săpun și PEG



Bepanthen® Unguent. Formulă cu triplă acțiune



Oferă protecție îndelungată împotriva cauzelor iritației de scutec, susține regenerarea naturală a pielii și reduce frecarea în timpul aplicării.



Favorizează vindecarea

Susține refacerea naturală a pielii¹, din interior, prin conținutul de panthenol.



Protejează

Formează o barieră puternică, flexibilă, care oferă o protecție îndelungată împotriva factorilor declanșatori ai eritemului fesișer^{2,3,4}.



Reduce frecarea

Dovădit științific că reduce frecarea, fiind ușor de aplicat⁵, fără a cauza iritații suplimentare⁶.

⁶ In-vitro