



MEDICAL MARKET

Neonatologie



Revista profesioniștilor din Sănătate

2019 - 2020



**Prof. Univ.
Dr. Maria Stamatin**

Președintele Asociației de Neonatologie din România



**Conf. Univ.
Dr. Maria Livia Ognean**

Facultea de Medicină, Universitatea Lucian Blaga, Clinica Neonatologie I, Sp. Clinic Jud. de Urgență Sibiu



**Conf. Univ.
Dr. Dominic Iliescu**

Șef Clinica II Obstetrică-Ginecologie, S.C.J.U. Craiova



**Șef Lucr.
Dr. Ioana Roșca**

SCOG „Prof. Dr. Panait Sârbu” București



**Șef Lucr.
Dr. Andreea Avasiloiu**

UMF „Grigore T. Popa”, Iași, medic primar neonatolog, Spitalul Clinic O-G, „Cuza-Vodă”, Iași



Dr. Olimpia Petrescu

Maternitatea Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. Ioan Aurel Sârbcea”, Brașov

BLEPHACLEAN®



- menținerea igienei în conjunctivite
- șervețele sterile fără conservant
- indicat copiilor și adulților

Publicație adresată
cadrelor medicale

www.theapharma.ro

Thea
Driving Innovation

Partener
de încredere
în fiecare
etapă a sarcinii



**PRECONCEPȚIE
ȘI PRIMELE 12 SĂPTĂMĂNI
DE SARCINĂ**



**DIN SĂPTĂMĂNA
A 13-A DE SARCINĂ**



**ALĂPTARE ȘI ÎNGRIJIRE
POSTNATALĂ**



Elevit 1, comprimate filmate
cu Metafolin, acid folic,
multivitamine și minerale

Elevit 2, capsule moi cu Metafolin,
Omega 3 (DHA și EPA),
multivitamine și minerale

Elevit 3, capsule moi cu Omega 3
(DHA), Luteină, multivitamine
și minerale

RĂSPUNSURI RAPIDE ȘI EXACTE ATUNCI CÂND CONTEAZĂ

1

SINGUR TEST
(din exudat
nazo-faringian
sau materii fecale)

>20

agenți patogeni
SIMULTAN
(detectați și identificați)

Sensibil și Specific
(tehnică PCR/biologie
moleculară)

1

REZULTAT în
aprox. **1 ORĂ**

1

**ANALIZOR
AUTOMAT,**
compact,
la îndemână

QIAstat-Dx®

TEST RESPIRATOR RP



Virusuri

- Influenza A
- Influenza A subtype H1
- Influenza A subtype H3
- Influenza A subtype H1N1/2009
- Influenza B
- Coronavirus 229E
- Coronavirus HKU1
- Coronavirus NL63
- Coronavirus OC43
- Parainfluenza virus 1
- Parainfluenza virus 2
- Parainfluenza virus 3
- Parainfluenza virus 4
- Adenovirus
- Bocavirus
- Rhinovirus/Enterovirus
- Respiratory Syncytial virus A/B
- Human Metapneumovirus A/B



Bacterii

- *Bordetella pertussis*
- *Legionella pneumophila*
- *Mycoplasma pneumoniae*

TEST GASTROINTESTINAL GI



Virusuri

- Adenovirus F40/41
- Astrovirus
- Norovirus GI
- Norovirus GII
- Rotavirus A
- Sapovirus (GI, GII, GIV, GV)



Bacterii

- *Clostridium difficile* toxin A/B
- Enteraggregative *E. coli* (EAEC)
- Enteroinvasive *E. coli* (EIEC)/*Shigella*
- Enteropathogenic *E. coli* (EPEC)
- Enterotoxigenic *E. coli* (ETEC) It/st
- *Campylobacter* spp. (*C. jejuni*, *C. upsaliensis*, *C. coli*)
- *Plesiomonas shigelloides*
- *Salmonella* spp.
- Shiga-like toxin producing *E. coli* (STEC) stx1/stx2
- Shiga-like toxin producing *E. coli* (STEC) O157:H7
- *Vibrio cholerae*
- *Vibrio parahaemolyticus*
- *Vibrio vulnificus*
- *Yersinia enterocolitica*



Paraziți

- *Cryptosporidium* spp.
- *Cyclospora cayentanensis*
- *Entamoeba histolytica*
- *Giardia lamblia*

Rezultat în aprox.
1 ORĂ



lider global in diagnostic molecular

În România prin



32 Louis Blanc St., 011752, 1st District, Bucharest
phone: +40.21.211.5283; fax: +40.21.233.9661, www.omnigen.ro

www.qiastat-dx.com
www.qiagen.com



Editor
 Calea Rahovei, nr. 266-268,
 Sector 5, București,
 Electromagnetica Business Park,
 Corp 60, et. 1, cam. 19
Tel: 021.321.61.23
e-mail: redactie@finwatch.ro

ISSN 2286 - 3443



„Formarea continuă este obligatorie în cazul medicilor” Interviu cu Prof. Dr. Maria Stamatina	6
„Pe perioada conferinței, invităm participanții să viziteze Maternitatea Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie «Dr. Ioan Aurel Sbârcea»” Interviu realizat cu doamna Dr. Olimpia Petrescu	10
Infecția neonatală cu clostridium difficile Conf. Univ. Dr. Maria Livia Ognean	12
Diagnosticul prenatal și importanța sa din perspectiva copilului nenăscut Conferențiar Dr. Dominic Iliescu	18
FOLLOW-UP-ul fostului prematur la domiciliu Șef. Lucr. Dr. Ioana Roșca	24
Știința comunicării sau comunicarea științei Șef lucrări Dr. Andreea Avasiloaiei	28
Strategiile de ventilație în timpul multiplelor complicații ale prematurilor Dr. Preda Andrei	32
Noutăți în dermatita atopică Cioc Simona-Magdalena, Cioc Liviu Constantin	34



WILAflow ELITE NEONATAL VENTILATOR

Echipamentul de ventilație de ultimă generație. Moduri de ventilație disponibile: SNIPPV, NIPPV, nCPAP și HFNC. Controlul electronic permite compensarea pierderilor la interfața pacient-circuit de până la 25%. Se poate achiziționa și prin intermediul consumabilelor și prin achiziție directă.

IntelliVue MX100

De dimensiunile unui pulsoximetru, dar mai mult de atât. Este un echipament vital în secțiile de terapie intensivă, permite monitorizarea parametrilor de bază: EKG, NIBP, și SpO2, dar se pot adăuga și parametri de monitorizare avansată. Mic, ușor, portabil, este rezistent la șocuri și la umiditate. Bateria incorporată permite monitorizarea în cadrul transportului pacienților.



Patient Information Center iX

Patient Information Center iX – Stația centrală de monitorizare, conceput împrumutat din ATI, a început să fie tot mai des utilizată și solicitată în secțiile de neonatologie. Avantajul unui astfel de echipament constă în monitorizarea cu atenție a pacientului și în condițiile unui personal redus



„Formarea continuă este obligatorie în cazul medicilor”

Interviu cu Prof. Dr. Maria Stamatin, șef Clinica de Neonatologie din cadrul Spitalului de Obstetrică și Ginecologie „Cuza Vodă” din Iași, Președintele Asociației de Neonatologie din România

Stimată doamnă profesor, în cadrul conferinței naționale din acest an, sunt prezentate în prima zi două cursuri, de importanță majoră, unul pentru asistenți medicali și celălalt pentru medici. Vă rog să ne spuneți în câteva cuvinte despre subiectele principale pe care le va aborda tematica acestor cursuri.

Cursul pentru medici atinge un „of” mai vechi al medicilor români în general, dar al neonatologilor în mod special, cel al comunicării cu pacienții și, în cazul nostru, cu aparținătorii. Spun că e o problemă mai veche, pentru că începe chiar de pe băncile facultăților: studenții la medicină și tinerii rezidenți nu știu, pentru că nu le-a spus nimeni, cum trebuie să le vorbească pacienților și părinților, în ce circumstanțe, ce limbaj să folosească, la ce nivel. Și cum lipsa comunicării este cea care cel mai adesea generează conflicte medico-legale, vom discuta și despre acest aspect „fierbinte” – mal-praxisul. Cursul este susținut de doamna profesor Beatrice Ioan, de la disciplina de medicină legală a Universității de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa, Iași, practician experimentat și bioetician, cu interes și recunoaștere



națională în privința chestiunilor legate de răspunderea civilă a medicilor.

Cursul adresat asistentelor medicale se numește „Îngrijiri esențiale pentru fiecare nou-născut” și se axează pe acele manevre care pot fi efectuate în orice maternitate, la orice nivel. Tuturor ne este utilă o rememorare și, mai ales, o secvențializare a manevrelor efectuate nou-născuților, și din acest motiv, cred că acest curs nu se adresează doar asistentelor medicale din maternitățile mici, fără acces optim la tehnica medicală de ultimă generație, ci și celor care provin din centrele mari, pentru că există și două teme legate de îngrijirea nou-născutului prematur. Cursul va fi susținut de trei medici cu experiență din cadrul Centrului Regional de Terapie Intensivă Neonatală „Cuza-Vodă”, Iași.

Care este la ora actuală situația, la nivel național, în ceea ce privește suportul medical (atât din punct de vedere al personalului de specialitate cât și din punct de vedere al dotărilor cu aparatură și instrumentar medical) care se poate acorda în spitale din țara noastră, în domeniul Neonatologiei?

Personalul de specialitate se formează în timp, iar din acest punct de vedere cred că suntem pe calea cea bună. Se scot posturi la rezidențiat, avem rezidenți în centrele mari, iar unii dintre ei rămân fideli acestei specialități, în ciuda complexității acesteia, sau poate chiar din acest motiv. Bineînțeles, durează câțiva ani pentru formarea unui specialist, mulți dintre ei doresc să rămână în centrele unde s-au format, de obicei maternități de nivel III, bine dotate, bine aprovizionate. Din fericire, unii dintre tinerii noștri specialiști posedă un dezvoltat simț al aventurii și se încadrează în maternități mici, unde pun la punct mersul secției și o dezvoltă, în măsura competențelor și înțelegerii pe care o capătă de la manager.

În privința dotărilor cu aparatură, stăm la fel, destul de bine, iar aici



When the smallest thing matters



Noua generație de ventilatoare neonatale SLE6000

Ventilate with Confidence



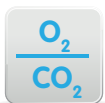
Ventilație HFO și CMV

Ventilație oscilatorie cu frecvență înaltă utilizată pentru pacienți cu greutate de la 400 g până la 30 kg.



Ventilație controlată în volum

Modul VTV oferă o metodă simplă și inovativă de a controla volumul curent, care nu provoacă disconfort pacientului.



Monitorizare integrată

Noul SLE6000 permite monitorizarea pulsului de O₂ și CO₂ atunci când este necesar.



Sistem modular

Proiectat să fie ușor de upgradat, o gamă largă de soft-uri și părți hardware permit configurarea ventilatorului SLE6000 în funcție de nevoile fiecărui utilizator.



Sistem fără valve

Sistemul unic SLE fără valve folosește jeturi de aer oferind un control precis al ventilării.



Ventilație non-invazivă

Modurile nCPAP, NIPPV și BILEVEL oferă ventilatorului SLE6000 o versatilitate unică.



Mecanici pulmonare

Incluzând vizualizarea celor trei forme de undă simultane, noul SLE6000 afișează informații critice suplimentare, cum ar fi valori digitale, cicluri sau trend-uri.



Interfață intuitivă

Ecranul de înaltă rezoluție și interfața unică permit modificarea și observarea celor mai mici schimbări.

Distribuitor



Screening The Future

Str. Ion Urdăreanu nr. 34, Et. 1, Cod 050688, Sect. 5, București
Tel +40 21 410 70 26, Fax +40 21 410 70 28
E-mail: imaging@medist.ro, www.medist-imaging.ro

O companie MEDIST Group

Solutions

Life Science

Imaging

avem parte ocazional de sprijinul unor ONG-uri. Din nefericire, aparatura medicală fabricată astăzi nu este atât de durabilă, iar cererea depășește puterea de achiziție a majorității spitalelor. În țările civilizate, neonatologia este una din specialitățile favorizate de întreg sistemul sanitar. Noi, românii, mai avem puțin drum de străbătut până vom începe să ne desprindem de prezent, ca să privim către viitor.

În cazul prematurilor, care este cea mai frecventă patologie întâlnită în aceste cazuri (respiratorie, cardiacă, renală)?

Nou-născuții prematuri sunt afectați la nivelul tuturor organelor și sistemelor, dar afectarea cea mai frecventă este cea respiratorie. Cu cât nou-născuții sunt mai prematuri, cu atât patologia respiratorie este mai severă. Din fericire, acesta este și domeniul în care putem să-i ajutăm cel mai mult. Le putem acorda suport respirator non-invaziv și invaziv, le putem administra surfactant, care substanța care le lipsește la nivelul plămânilor. Din nefericire, unii dintre ei rămân mult timp dependenți de aparatul de ventilație, și dezvoltă boală pulmonară cronică, un fel de fibroză pulmonară, care îi face susceptibili pe termen lung la infecții respiratorii repetate, spitalizări multiple, patologii pulmonară care poate ajunge până la astm bronșic.

Este binecunoscută importanța pregătirii continue a medicilor specialiști. Ați organizat la sfârșitul lunii iulie Școala de vară de Neonatologie 2019. Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre acest eveniment.

Școala de Vară reprezintă o inițiativă pe care am avut-o după discuții cu tineri neonatologi, care doceau sesiuni de formare pe unele teme cu care erau mai puțin familiarizați de-a lungul formării ca rezident, iar

la momentul respectiv erau discuții legate de alcătuirea protocoalelor instituționale pe baza ghidurilor naționale, sau de scrierea unor lucrări științifice pentru doctorate, pentru conferințele naționale. Așa că, anul trecut am pornit Școala de Vară pe aceste teme, am asamblat o echipă puternică de formatori și am chemat tinerii neonatologi la un weekend științific, încărcat de informație, la Predeal. Răspunsul cursanților a fost foarte bun, astfel încât anul acesta am putut repeta figura, pe teme de Etică, Bioetică, Comunicare și Malpraxis. L-am avut invitat cap de afiș pe domnul Prof. Vasile Astărăstoae, apoi specialiști în media, avocați, formatori. Cred că și de data asta cursanții au fost mulțumiți, și sper ca această inițiativă să continue, ne vom gândi la teme de interes și pentru ediția de anul viitor.

Ce proiecte aveți în vedere în viitorul apropiat pentru Asociația de Neonatologie?

Mandatul meu de președinte al Asociației de Neonatologie din România se încheie la Conferința Națională. Dacă voi avea parte de sprijinul colegilor neonatologi pentru un nou mandat, voi continua împreună cu Comitetul Director al asociației să mă implic în organizarea conferințelor naționale, a școlii de vară, a cursurilor de formare organizate la nivel regional. Ne dorim să sprijinim membrii asociației și la nivel științific, după cum ați spus formarea continuă este obligatorie în cazul medicilor, dar și cea profesională, până la urmă acesta este rolul unei asociații.

Vă mulțumesc pentru timpul acordat.

HYPERILACT Plus[®]

"LAPTELE MATERN, PRIMUL CADOU OFERIT DE MAMA COPILULUI SAU"

- ✓ Declanșează, stimulează și susține lactația
- ✓ Susține imunitatea sugarului
- ✓ Diminuează stresul și insomnia
- ✓ Fără lactoză
- ✓ Aport de vitamine și minerale esențiale pentru creșterea și dezvoltarea sugarului
- ✓ Combate depresia și anxietatea la mama

Doza de atac:

Cate 2-3 comprimate de 2-3 ori pe zi
timp de maximum 2 săptămâni

Doza de intretinere:

Cate 1-2 comprimate de 2-3 ori pe zi



Notificat la IBA - SNPMAPS - AA9833/2016
Marca înregistrată la O.S.I.M. - 132399/21.03.2014



HYPERICUM

Bd. Timisoara Nr.16F, Sector 6, Bucuresti
vreauhyperilact@hypericum.ro | 021.413.13.00 | 021.413.26.66

„Pe perioada conferinței, invităm participanții să viziteze *Maternitatea Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie «Dr. Ioan Aurel Sbârcea»*”

Interviu realizat cu doamna Dr. Olimpia Petrescu, Șef Secție Neonatologie, Maternitatea Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. Ioan Aurel Sbârcea”, Brașov, Președinte comitet de organizare al celei de-a XXI-a Conferințe Naționale de Neonatologie 2019.

Stimată doamnă doctor, Maternitatea Spitalului Clinic de Obstetrică-Ginecologie „Dr. Ioan Aurel Sbârcea” este unul dintre cele mai moderne centre din țară, cu dotări performante. Vă rog să ne spuneți câteva cuvinte despre acest centru

Din anul 2018 ne-am mutat în acest spațiu nou, care este o unitate de nivel 3, într-o clădire care a fost renovată complet. Spitalul funcționa înainte într-o clădire care a fost un liceu. Spațiile erau vechi, improprii pentru terapie intensivă și pentru îngrijirea copiilor și a lăuzelor. Printr-un program al Ministerului Sănătății împreună cu Banca Mondială a fost refăcut integral și anume trei corpuri de clădire care comunică între ele, în care desfășurăm întreaga activitate legată de nașteri, îngrijiri ale lăuzelor și copiilor. De asemenea am beneficiat și de dotări complete, noi, tehnologie modernă, pentru aceste spații noi. Astfel, unitatea noastră este bine dotată, avem 17 paturi (incubatoare) în compartimentul de terapie intensivă, un număr care în momentul de față reușește să acopere nevoile noastre – lucru care este destul de rar la nivelul țării noastre, majoritatea centrelor au mai puține paturi și nu fac față cererilor. Noi, cu aceste dotări, în momentul de față reușim să acoperim cererile din zona pe care o deservim, și anume județul Brașov și județul Covasna.

Ce ne puteți spune despre personalul medical care deservește acest centru?

Suntem echipe complete, de medici și asistente – personalul e angajat conform normelor. Nu pot să spun că avem deficit de personal. Suntem 8 medici neonatologi. În terapie intensivă lucrează 3 medici primari neonatologi. Personalul este corespunzător, suntem echipe complete și bune.

Ce programe de prevenire a sechelelor nașterii premature aveți?

Ne dorim în primul rând o educație bună a mamelor, avem un program de „școala mamei” în care gravidele sunt infor-



mate cum să aibă grijă de sarcină și la ce să se aștepte. Dacă are loc nașterea prematură, copiii sunt îngrijiți atât în secția de terapie intensivă cât și în secția de nou-născuți prematuri. În aceste două secții pot beneficia, în cazul în care au nevoie, de consultații oftalmologice – avem medic oftalmolog cu care colaborăm și care săptămânal examinează copiii și care poate interveni. Avem angajat un kinetoterapeut care lucrează zilnic cu nou-născuții prematuri și care începe recuperarea în cazul în care este nevoie, încă din maternitate, ceea ce este foarte important. Cu cât se începe mai repede gimnastica medicală cu atât șansele lor de recuperare sunt mai mari. Avem un psiholog care vine și pregătește mamele, discută cu ele, le ajută să treacă prin această perioadă mai grea, să se mobilizeze și să fie alături de copil.

Avem o zonă specială unde se pregătesc tratamentele copiilor în condiții de siguranță, sub geam și în flux laminar astfel încât să prevenim infecțiile și contaminarea. Copiii primesc acici o alimentație parenterală, prin perfuzii. Încurajăm alimentația enterală, astfel încât dacă mamele de prematuri nu pot să stea alături de copii, pot să vină zilnic, la fiecare masă, să se mulgă și să lase laptele. Dacă ele vin mai rar, laptele lor este păstrat și oferit copiilor în cursul a 24 de ore. Încurajăm cât se poate de mult contactul cu părinții și alimentația naturală a copiilor prematuri.

Câți pacienți nou-născuți ați avut în acest centru nou până în prezent?

În anul 2018 au fost îngrijiți în compartimentul de terapie intensivă 401 nou-născuți, iar în maternitate s-au născut 4281 de copii.

Ce cazuri deosebite ați rezolvat în cadrul acestui centru?

Față de alte centre din țară suntem preocupați de tratamentul rapid al nou-născuților cu hipoxie, cu scor apgar foarte mic la naștere, la care în primele 3 zile putem efectua ceea ce se numește hipotermie, terapeutică, adică nou-născuții sunt ținuți la o temperatură scăzută timp de 72 de ore, ajutând astfel creierul să se refacă și să nu existe sechele. Acesta este un procedeu relativ nou în România, nu știu în câte centre este implementat deoarece presupune achiziții destul de costisitoare. Această recuperare a copiilor a fost pentru noi un mare succes. În ultimii ani am reușit să avem grijă de copii cu vârste de sarcină foarte mici, 25-26 de săptămâni, care la naștere au avut în jur de 600 de grame, copii cu prematuritate mare. Ei reprezintă în general cele mai grele cazuri cu care ne confruntăm, au durată de spitalizare 3-4 luni. Pentru aceștia sunt riscurile cele mai mari.

Am înțeles că doriți să le adresați o invitație participanților la conferință?

Da, pe perioada conferinței, există disponibilitatea din partea noastră de a permite accesul medicilor și asistenților din țară, care doresc să se inspire din ceea ce facem noi aici. Avem săli de naștere individuale, sisteme de punere a copilului la sân în primele ore după naștere (se numește „ora magică”). Implementăm programe nu numai pentru îngrijirea prematurilor în terapie intensivă, dar și pentru copiii născuți la termen, sănătoși, care stau împreună cu mamele lor în rezerve, după naștere, în condiții foarte bune.

Mulțumesc pentru timpul acordat și vă urez succes în continuare

Cu sau fără antibiotice?

Se estimează că mai mult de 50% din toate prescrierile de antibiotice în cadrul sistemului de asistență medicală primară nu sunt necesare.^{1,2} Instrumentul QuikRead go vă ajută să decideți dacă este necesară prescrierea de antibiotice sau nu. Ambele teste (depozitare la temperatura camerei) se realizează prin intermediul aceluiași instrument, QuikRead go, ce oferă și posibilități de conectare HIS/LIS la periferice.

wrCRP+Hb

- » Rezultate disponibile în 2 minute, volum redus probă: 10μl
- » Valoarea CRP poate oferi indicii asupra necesității administrării de antibiotice³
- » Două rezultate, un singur test
- » Flexibil – Proba este stabilă în flacon timp de două ore înainte de măsurătoare

Strep A

- » Datorită citirii rezultatelor de către instrument, interpretarea vizuală nu mai este necesară
- » Rezultate clar pozitive sau negative sunt afișate în mai puțin de 2 minute
- » Rezultatele sunt ușor de citit și sunt automat stocate în memoria instrumentului



Referințe:

1. Laxminarayan R et al. Rezistența la antibiotice – nevoie pentru soluții globale. Lancet Infect Dis 2013; 13: 1057–1098.
2. Kuyvenhoven MM et al. Prescrieri pacienți din 1992 până în 2001 în Olanda. JAC 2003;52:675–678
3. Aabenhus, R., et al. Biomarkeri ca teste la punctul de îngrijire pentru a ghida prescrierea de antibiotice la pacienți cu infecții respiratorii acute în puncte de îngrijire medicală primară. Cochrane Database Syst Rev. 2014;11.



Pentru informații suplimentare, vă rugăm accesați adresa:
www.oriondiagnostica.com

Distribuitor pe teritoriul României:

Jensen+

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

Infecția neonatală cu *Clostridium difficile*



Conf. Univ. Dr. Maria
Livia Ognean

Doctor în științe medicale
Facultea de Medicină, Universitatea
Lucian Blaga, Sibiu, Clinica Neonatologie I,
Spitalul Clinic Județean de Urgență Sibiu

Aspecte generale – certitudini și incertitudini

Clostridium difficile (CD) a fost descris inițial, în studiile vechi, ca și germen comensal în cazul sugarilor cu vârsta mai mică de un an. În ultimii ani CD este tot mai mult identificat ca germen patogen enteric la vârsta pediatrică, chiar și în cazul copiilor la care nu sunt identificați factori tradiționali de risc[1-3]. De asemenea, prezența CD este tot mai des raportată la nou-născuții și prematurii internați în terapia intensivă neonatală (TINN)[4,5]. De cele mai multe ori este vorba însă de colonizări fiind descriși factorii de risc pentru colonizarea neonatală[1,6] dar transmiterea CD de la mamă la copil este încă controversată, indiferent de modul nașterii[1,7,8]. Au fost, de asemenea, descriși variați factori considerați ca protectori împotriva infecției neonatale cu CD[1,6,7]. *C. Perfringens*, *C. Butyricum* și *C. neonatale* au fost raportați adesea ca agenți etiologici cerți ai enterocolitei ulcero-necrotice (EUN) dar legătura cauzală CD-EUN este și ea controversată încă[9-12].

Aspecte epidemiologice

Clostridium difficile este un bacil gram pozitiv, anaerob, neinvaziv, oportunist, formator de spori, existând tulpini producătoare de toxine și tulpini non-toxigene. Forma sporulată este forma de

rezistență a bacteriei în mediul nefavorabil. Sporii sunt rezistenți la dezinfectantele alcoolice uzuale, căldură și aciditate[1]. Forma vegetativă rezultă din germinarea sporilor după ingestie, în colon, în condiții de mediu favorabile (prezumt pH-ul alcalin, prezența nutrienților în lumenul intestinal), este forma care secretă toxine dar care are rezistență scăzută în mediu (persistă pe suprafețe până la 24 de ore)[13]. Toxinele A și B produse de CD mediază patogenia infecției cu CD. În funcție de producția de toxine există trei tipuri de CD: producătoare de toxină A (A+B-), producătoare de toxină B (A-B+) și non-toxice (fără gene de virulență), nepatogene[14].

Transmiterea CD are loc prin contact inter-individual direct, prin contact cu suprafețe contaminate și aerian, prin intermediul sporilor aerosolizați. La nou-născut transmiterea are loc mai ales din mediu sau de la un alt nou-născut[1,15], transmiterea de la mamă fiind controversată deși au fost raportate cazuri în care au fost izolate perinatal tulpini identice de CD de la diade mamă-copil[7,8]. Majoritatea studiilor nu au identificat diferențe ale ratei de colonizare neonatală cu CD în funcție de modul nașterii[1,7,16] dar unele studii au raportat o rată mai mare de colonizare după nașterea prin operație cezariană[6,17]. Purtătorii de tulpini de CD toxigene, indiferent dacă sunt sau nu simptomatici, constituie rezervor de CD și în unitățile de neonatologie[1].

Colonizarea comensală a tractului gastro-intestinal neonatal începe în timpul nașterii și continuă cu ocazia primelor alimentații, realizându-se mai ales cu tulpini non-toxigene. Colonizarea simptomatică a nou-născuților cu CD a fost semnalată de multă vreme[15] dar în ultimii zece ani CD a fost tot mai des recunoscut ca potențial patogen enteric la copii, chiar și în cazul celor fără factori de risc[1-3]. Ratele de colonizare

neonatală raportate, de obicei cu tulpini non-toxigene, sunt foarte variate: 25-30% la nou-născuți în general și peste 33% în TINN[6], 61-79% la prematurii externați din TINN[5,15,18,19], 14-71% la copiii mai mici de 1 an[1]. În unele studii nu au fost identificate legături între rata de colonizare a prematurilor cu CD și antibioterapie[5,19]. Rate de colonizare a fost mai mare în cazul nou-născuților bolnavi[1]. Ratele de colonizare scad după vârsta de 1 an – 4% între 12-18 luni – la valori similare celor identificate în cazul adulților ne-spitalizați[1]. Majoritatea tulpinilor toxigene au fost identificate la prematuri, în asocieri cu afecțiuni intestinale[19].

Factorii care cresc riscul de colonizare și infecție neonatală cu CD sunt disrupția florei endogene secundară antibioterapiei, mai ales după întreruperea antibioterapiei (mai ales după clindamicină, cefalosproine și peniciline)[1,6,20], diversitatea redusă a microbiomului intestinal, numărul redus de *Bacteroides* și *Firmicutes* (asociate inclusiv cu recurența infecției cu CD)[1], durata crescută de spitalizare[1,6,7], prezența unor afecțiuni cronice serioase[1], contaminarea crescută a mediului neonatal[1,21], modul de alimentație (gavaj versus alăptare), tipul de lapte folosit (lapte matern versus formulă) și folosirea supresoarelor de aciditate gastrică[1].

La nou-născuți au fost descriși și factori de protecție împotriva infecției cu CD precum imaturitatea mucoasei intestinale, lipsa receptorilor intestinali pentru formele toxigene de CD (legarea toxinelor de receptorii intestinali crește cu vârsta)[1,6], imunoglobulinele din laptele matern (anticorpi anti-toxina A și anti-toxina B care ar preveni atașarea toxinei de receptorii)[6], nivelul seric crescut de imunoglobuline A (blochează in vitro toxina A, cu rol, se pare, și în reducerea incidenței recurențelor)[1,22], compoziția microbiomului intestinal ne-



Sun Wave Pharma

Making Tomorrow Healthier



Fără reacții adverse

Biodisponibilitate maximă

Ușor de administrat

**CU SERINGĂ
DOZATOARE**

Fierul oral nr

1

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

onatal[1,6,7]. Laptele matern, alăptarea par să fie astfel factori majori de protecție, nou-născuții alăptați având rate de colonizare cu CD semnificativ mai reduse față de cei alimentați cu formule (14-16% versus 30-62%)[1,23].

Aspecte clinice

În cazul nou-născutului simptomele variază de la colonizare asimptomatică la diaree și colită pseudomembranoasă severă. Cel mai frecvent simptom observat la nou-născuți sunt scaunele sangvinolente[4,24,25]. La sugari, infecția se prezintă sub forma unei gastro-enterite, de obicei ușoară, cu scaune apoase însoțite de febră, anorexie și crampe abdominale[1]. La prematuri au fost raportate cazuri de infecție cu CD asociate EUN[4,13].

Clasificarea infecției cu CD se face în funcție de severitate – ținând cont de absența sau prezența complicațiilor, markerii de laborator și semnele clinice -[1]. Principalele complicații raportate ale infecției neonatale cu CD sunt colita pseudo-membranoasă, megacolonul toxic, perforația gastro-intestinală, pneumatoza intestinală. Aceste complicații sunt responsabile, de obicei, atât pentru internarea nou-născuților în TINN cât și pentru nevoia de intervenție chirurgicală.

Diagnosticul de laborator

Cele mai adesea observate modificări ale testelor de laborator sunt leucocitoza sau leucopenia, scăderea albuminei plasmatică și creșterea creatininemiei[1]. Datorită ratelor mari de colonizare neonatală cu CD nu este indicată testarea de rutină a nou-născuților[1]. În cazuri selectate, de obicei în prezența unei patologii digestive asociate și în cazul unui context epidemiologic sugestiv de infecție cu CD se efectuează testări și în această direcție în paralel însă cu testarea pentru alți patogeni. Cea mai utilizată metodă de evidențiere a CD în prezent este testarea moleculară. Metoda imun-enzimatică (EIA) este rapidă, ușor de efectuată și foarte specifică pentru toxinele A și B ale CD, fiind utilizată azi de majoritatea laboratoarelor[1]. Detectarea glutamatedehidrogenazei – un antigen prezent pe tulpinile CD toxigene și non-toxigene – are valoare predictiv negativă crescută și

poate fi utilizată în cadrul unui algoritim diagnostic. Metoda PCR, deși mai sensibilă și mai specifică pentru identificarea toxinelor A și B, este mai scumpă[1].

Prevenire și tratament

Limitarea utilizării neraționale a antibioticelor, izolarea contactilor, decontaminarea suprafețelor cu agenți sporicizi și spălarea conștiincioasă și corectă a mâinii reprezintă măsuri critice de prevenire și limitare a transmiterii CD, de reducere a ratei de colonizare și a riscului de infecție atât în TINN cât și în secțiile de neonatologie[1]. Dezinfecțanții pe bază de alcool sunt mai puțin eficienți față de spălarea corectă a mâinii cu apă și săpun[26]. De câțiva ani se află în studiu și un vaccin împotriva CD[1].

Tratamentul nou-născutului cu infecție cu CD cuprinde îngrijiri simptomatice – direcționate mai ales spre menținerea echilibrului hidro-electrolitic și prevenirea deshidratării, încetarea oricărei antibioterapiei care nu este necesară (uneori simptome ușoare dispar cu aceste măsuri[1]) și inițierea unei terapii antibiotice specifice. În cazurile de infecție cu CD de severitate moderată se recomandă metronidazol per os, 30 mg/kg/zi divizat în 4 prize, dar nu mai mult de 2 g/zi[1,25]. Metronidazolul are absorbție orală redusă, tranzit intestinal și difuzie rapide prin mucoasa inflamată a colonului, concentrare bună la nivelul colonului și toleranță la copii similară cu cea de la adulți[1]. Se recomandă însă prudență, folosirea îndelungată a metronidazolului se asociază cu risc crescut de neuropatie periferică[1,7]. În formele severe de infecție se recomandă asocierea de vancomicină oral - 40 mg/kg/zi, în 4 prize, maximum of 2 g/zi – și metronidazol intravenos[27]. Și vancomicina are absorbție orală redusă, nivelele intestinale fiind astfel suficient de mari pentru obținerea efectului antibacterian[1]. Alternativ, se pot efectua clisme cu vancomicină[27]. Dezavantajul utilizării vancomicinei este apariția de enterococi rezistenți la vancomicină. Durata minimă a tratamentului este de 10 zile[3]. O a doua cură de tratament antibiotic se recomandă în cazul primei recurențe, la fel ca și în cazul adulților[1]. Se recomandă evitarea agenților care reduc motilitatea intestinală.

Alternative terapeutice mai noi sunt

fidaxomicina, un macrolid nou aprobat în 2011 pentru tratamentul adulților, aflat în studiu la copii[1], nitazoxanida și rifaxamina, medicamente aflate, de asemenea, în studiu[6]. Pentru refacerea microbiomului intestinal se recomandă folosirea de probiotice, mai ales la copiii cu infecții recurente cu CD[1]. Anticorpii monoclonali pentru toxinele A și B sunt utili ca terapie adjuvantă și chiar și pentru prevenție dar nu există studii la copii[1].

Clostridium Difficile la prematuri

Enterocolita ulcero-necrotică este cea mai frecventă severă afecțiune intestinală și cea mai frecventă urgență gastro-intestinală la prematuri, apărând la circa 7% din prematurii cu greutate la naștere sub 1500 g[9]. Principalii factori de risc pentru EUN sunt prematuritatea, colonizarea anormală a tractului gastro-intestinal și alimentația cu formule[9,28]. Studii recente au sugerat că microbiomul intestinal anormal ar fi factorul cheie al patogenezei EUN, bacteriile din tractul gastro-intestinal (mai ales germeni gram negativi dar și virusuri, Candida, stafilococi coagulazo-negativi, etc) având rol major în apariția, progresia și severitatea leziunilor intestinale din EUN[28]. Semnele clinice ale EUN sunt, mai ales la debut, nespecifice, variind de la semne limitate la aparatul digestiv – intoleranță alimentară, reziduuri gastrice în cantitate mare, distensie abdominală, ileus, scaune sangvinolente – la semne de boală severă cu insuficiență multiplă de organe – letargie, apnee, acidoză metabolică, șoc, coagulare intravasculară diseminată și chiar deces[9]. În literatură au fost citate diferele tipuri de Clostridium – C. perfringens, C. butyricum, C. neonatale – asociate cu EUN atât în studii pe animale cât și pe nou-născuți umani[4,9,28,29]. În EUN cu culturi pozitive pentru CD, mai ales cu C. perfringens, au fost semnalate pneumatoză intestinală mai extinsă, incidență crescută a prezenței de gaz la nivelul venei porte, progresie mai rapidă spre forme severe de boală și perforație, mortalitate crescută[4,28]. Cu toate acestea, rolul CD în patogeniza EUN este controversat neputând fi identificată o relație cauzală între infecția cu CD și EUN. Tulpinile toxigene de CD au fost rareori izolate în EUN dar, pe de altă parte, au fost raportate izbucniri epidemice de infecții cu CD asociate cu EUN[6,9-12]. De exemplu, CD a fost izolat la 12 din 13 nou-născuți cu EUN



FOTOTERAPIE

MONITORIZARE FETALĂ

INCUBATOARE

ANSAMBLU IGIENĂ NEONAT

PATURI

MANAGEMENTUL TEMPERATURII

SHELLY
Incubator nou-născuți



www.tehnoplus.ro

... quality for life



comparativ cu doar 2 din 17 nou-născuți în lotul control într-o izbucnire epidemică care a fost întreruptă și finalizată după tratamentul nou-născuților bolnavi cu vancomicină per os, izolarea contactilor și implementarea unor măsuri stricte de control a infecțiilor[11].

Concluzie

Semnificația prezenței CD în microbiomul intestinal neonatal nu este pe deplin înțeleasă. În anumite condiții, unele tinând de gazdă, precum prematuritatea și afecțiunile gastro-intestinale coexistente, altele de mediu și proceduri, precum factorii de risc tradiționali, CD poate deveni un patogen redutabil și în perioada neonatală, generator de complicații cu impact serios asupra sănătății copilului pe termen scurt și lung, uneori cu potențial letal. Respectarea regulilor de prevenire și transmitere a infecțiilor și antibioterapia judicioasă par a fi principalele metode de prevenire a colonizării și infecției neonatale cu CD.

Bibliografie

- Khalaf N, Crews JD, DuPont HL, Koo HL. Clostridium difficile: An emerging pathogen in children. *Discov Med* 2012; 14(75):105-113
- Sandora TJ, Fung M, Flaherty K, et al. Epidemiology and risk factors for Clostridium difficile infection in children. *Pediatr Infect Dis J* 2011; 30:580-584
- Benson L, Song X, Campos J, Singh N. Changing epidemiology of Clostridium difficile-associated in children. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2007; 28:1233-1235
- Ognean ML, Andreicuț D, Iacob D, Bălănescu L. Clostridium difficile – pathogen or not for newborns? *Jurnalul Pediatriei*, 2019, XXII (XXII, 85-86):31-36
- Lees EA, Miyajima F, Pirmohamed M, Carrol ED. The role of Clostridium difficile in the paediatric and neonatal gut — a narrative review. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2016; 35:1047–1057
- Ferraris L, Butel MJ, Campeotto F, et al. Clostridia in premature Neonates' Gut: incidence, antibiotic susceptibility and perinatal determinants influencing colonization. *PLoS One* 2012; 7(1):e30594
- Nicholson MR, Thomsen IP, Edwards KM. Controversies Surrounding Clostridium difficile Infection in Infants and Young Children. *Children* 2014; 1: 40-47
- Matsuki S, Ozaki E, Shozu M, et al. Colonization by Clostridium difficile of neonates in a hospital, and infants and children in three day-care facilities of Kanazawa, Japan. *International Microbiology* 2005; 8:43-48
- Coggins SA, Wynn JL, Weitkamp J-H. Infectious causes of necrotizing enterocolitis. *Clin Perinatol* 2015; 42(1):133–154
- Lishman AH, Al Jumaili IJ, Elshibly E, Hey E, Record CO. Clostridium difficile isolation in neonates in a special care unit. Lack of correlation with necrotizing enterocolitis. *Scandinavian Journal of Gastroenterology* 1984; 19(3):441–444
- Han VK, Sayed H, Chance GW, Brabyn DG, Shaheed WA. An outbreak of Clostridium difficile necrotizing enterocolitis: a case for oral vancomycin therapy? *Pediatrics* 1983; 71(6):935–941
- Mathew OP, Bhatia JS, Richardson CJ. An outbreak of Clostridium difficile necrotizing enterocolitis. *Pediatrics* 1984; 73(2):265–266
- Mare A, Man A, Toma F, Szekely E, Lőrinczy L. Etiologii reemergente: Clostridium difficile. *Bacteriologia, Virusologia, Parazitologia, Epidemiologia* 2007; 52(3-4):181-188
- Alfa MJ, Kabani A, Lyster D, et al. Characterization of a toxin A-negative, toxin B-positive strain of Clostridium difficile responsible for a nosocomial outbreak of Clostridium difficile-associated diarrhea. *J Clin Microbiol* 2000; 38:2706-2714
- Al-Jumaili IJ, Shibley M, Lishman AH, Record CO. Incidence and origin of Clostridium difficile in neonates. *Journal of Clinical Microbiology* 1984; 19(1):77–78
- Richardson SA, Alcock PA, Gray J. Clostridium difficile and its toxin in healthy neonates. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1983; 287, 878
- Salminen S, Gibson GR, McCartney AL, Isolauri E. Influence of mode of delivery on gut microbiota composition in seven year old children. *Gut* 2004; 53(9):1388–1389
- Kato H, Kato N, Watanabe K, et al. Application of typing by pulsed-field gel electrophoresis to the study of Clostridium difficile in a neonatal intensive care unit. *J Clin Microbiol* 1994; 32:2067-2070
- Cardines R, Luzzi I, Menichela G, Virgili Q, Mastrantonio P. Clostridium difficile in preterm neonates. *Microbiologia* 1988; 11(3):259-261
- Chang JY, Antonopoulos DA, Kalra A, et al. Decreased diversity of the fecal microbiome in recurrent Clostridium difficile-associated diarrhea. *J Infect Dis* 2008; 197:435-438
- Larson HE, Barclay FE, Honour P, Hill ID. Epidemiology of Clostridium difficile in infants. *J Infect Dis* 1982; 146:727-733
- Rolfe RD, Song W. Immunoglobulin and non-immunoglobulin components of human milk inhibit Clostridium difficile toxin A-receptor binding. *J Med Microbiol* 1995; 42:10-19
- Penders J, Vink C, Driessen C, et al. Quantification of Bifidobacterium spp., Escherichia coli and Clostridium difficile in faecal samples of breast-fed and formula-fed infants by real-time PCR. *FEMS Microbiol Lett* 2005; 243:141-147
- Kuiper G-A, van Prehn J, Angb W, et al. Clostridium difficile infections in young infants: Case presentations and literature review. *IDCases* 2017; 10: 7–11
- Pai S, Aliyu SH, Enoch DA, Karas JA. Five years experience of clostridium difficile infection in children at a UK tertiary hospital: proposed criteria for diagnosis and management. *PLoS One* 2012; 7: e51728
- Oughton MT, Loo VG, Dendukuri N, Fenn S, Libman MD. Hand hygiene with soap and water is superior to alcohol rub and antiseptic wipes for removal of Clostridium difficile. *Infect Control Hosp Epidemiol* 2009; 30:939-944
- American Academy of Pediatrics. In: Pickering LK, Baker CJ, Kimberlin DW, Long SS, eds. *Red Book: 2012 Report of the Committee on Infectious Diseases*. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2012
- Schönherr-Hellec S, Klein GL, Delannoy J, et al. Clostridial strain-specific characteristics associated with necrotizing enterocolitis. *Appl Environ Microbiol* 2018; 84:e02428-17
- Schlapbach LJ, Ahrens O, Klimek P, Berger S, Kessler U. Clostridium perfringens and necrotizing enterocolitis. *The Journal of Pediatrics* 2010; 157(1):175



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT

TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

Menține gradul de hidratare al mucoasei nazale și acționează ca un filtru pentru potențialii agenți iritanți:

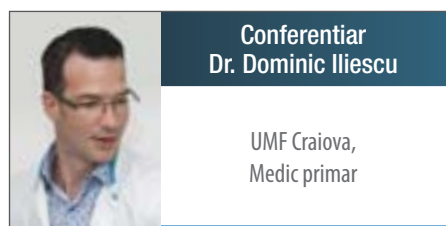
- virusuri;
- bacterii;
- alergeni.

De ce **Nisita®**:

- soluție izotonică;
- potrivit pentru o utilizare îndelungată;
- poate fi utilizat la nou născuți și copii mici.

Diagnosticul prenatal și importanța sa din perspectiva copilului nenăscut

Demonstrarea faptului că o proporție importantă a problemelor majore de sănătate din sfera pediatrică sunt reprezentate de handicapuri cauzate de anomalii genetice sau de malformații congenitale, a alarmat comunitatea științifică și mediul social. Într-adevăr, peste un sfert din toate decesele din primul an de viață se datorează anomaliilor fetale. Tehnicile screening și diagnostic antenatal au fost considerate un potențial „remediu”, pentru această problemă și au fost aplicate pentru identificarea și gestionarea diferitelor anomalii genetice și malformații congenitale, încă de la jumătatea secolului XX, devenind în prezent aproape o regulă.



Serviciile de screening antenatal se bazează pe screening-ul populației cu scopul de a identifica persoanele care prezintă un risc genetic sau care au riscul de a avea un copil cu o malformație congenitală sau genetică. Scopurile principale sunt acelea de a informa părinții și a le permite să aleagă cea mai convenabilă cale de acțiune, inclusiv întreruperea unei sarcini cu făt malformat, pregătirea cuplului pentru nașterea unui copil cu anomalii, identificarea unui grup de feți care se pretează la tratament in utero, sau la care nașterea trebuie să aibă loc într-un centru de specialitate cu tratament postnatal administrat prompt. Scopul final al acestui proces este de reducere a mortalității și morbidității prenatale.

Dacă și în ce măsură este corect să se aplice o analiză cost-beneficiu în domeniul medical a fost dintotdeauna o problemă controversată. La fel și măsura în care aspectele economice ar trebui să influențeze deciziile clinice. Unele rapoarte au comparat, pentru populațiile cu incidență variată a defectelor de tub neural, beneficiile unui program de screening antenatal (în ceea ce privește numărul de nașteri cu defecte ale tubului neural prevenite) versus costurile fizice

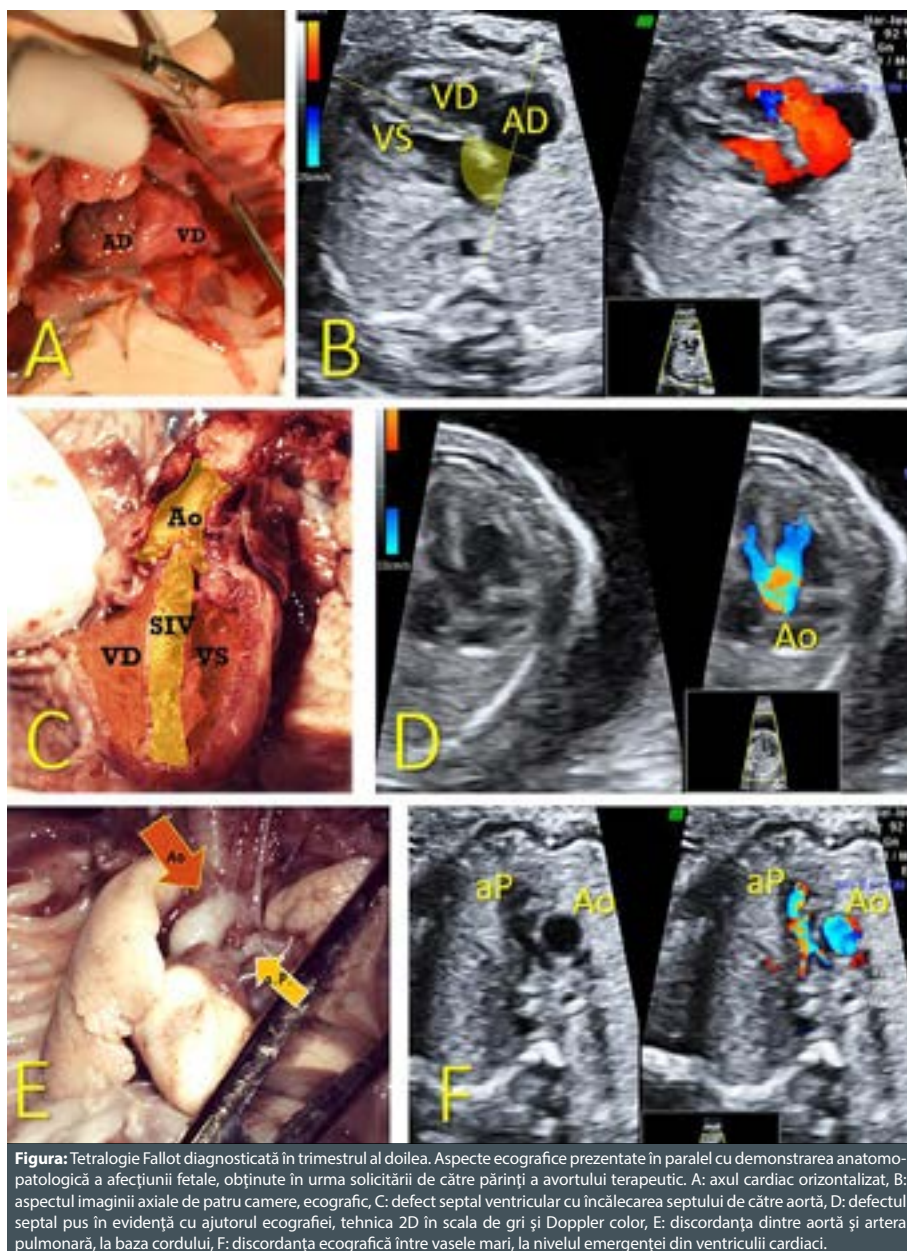


Figura: Tetralogie Fallot diagnosticată în trimestrul al doilea. Aspecte ecografice prezentate în paralel cu demonstrarea anatomo-patologică a afecțiunii fetale, obținute în urma solicitării de către părinți a avortului terapeutic. A: axul cardiac orizontalizat, B: aspectul imaginii axiale de patru camere, ecografic, C: defect septal ventricular cu încălecare septului de către aortă, D: defectul septal pus în evidență cu ajutorul ecografiei, tehnica 2D în scala de gri și Doppler color, E: discordanța dintre aortă și artera pulmonară, la baza cordului, F: discordanța ecografică între vasele mari, la nivelul emergenței din ventriculii cardiaci.

Redefinirea Termoreglării

Combină 3 surse de căldură sincronizate care mențin stabilă temperatura bebelușului (unicul incubator cu saltea încălzită)



Dräger Babyleo® TN500:

Beneficiile unei îngrijiri holistice pentru bebelușii născuți prematur:

- Acces simplu și rapid la bebeluș
- Funcția ClearView (perete dublu electronic) - reduce condensul și menține stabilă t° în interiorul incubatorului
- Compatibil cu îngrijirea axată pe familie
- Proiectat pentru prevenirea infecțiilor
- Nivel de zgomot redus (40dB)
- Funcții speciale (răcire tolerată, dezvățare și încălzire)
- Curățare simplă și rapidă (suprafețe netede și nr. redus de piese)

Pentru mai multe informații, accesați: www.draeger.com/babyleo

Dräger. Tehnică pentru viață.

(în ceea ce privește numărul de feți normale afectați de amniocenteză), raportul cost-beneficiu devenind progresiv mai puțin favorabil pe măsură ce incidența defectelor de tub neural scade.

Fără îndoială, tehnologia de screening și diagnostic, relativ non-invazivă, al cărei scop principal este de a diagnostica anomalii tratabile și de a le vindeca înainte sau după naștere, este bine primită de părinți și eticieni. Cu toate acestea, realitatea actuală este că diagnosticul antenatal rareori determină aplicarea unei terapii fetale. În schimb, feții normali sunt afectați de procedura CVS, iar disponibilitatea diagnosticului genetic poate determina oamenii de știință să renunțe la cercetările privind terapia anomaliilor genetice în favoarea avortului selectiv. Pe lângă aceste tendințe, alte posibile

consecințe negative ale diagnosticului antenatal sunt reprezentate de o creștere a gradului de acceptare socială a avortului și o creștere a presiunii care se pune asupra femeilor de către agențiile guvernamentale și de către personalul medical al firmelor de asigurări de a efectua AND. Pe lângă beneficiile diagnosticării precoce a anomaliilor, există anumite costuri psihologice. Acestea includ anxietatea, pierderea încrederii cu privire la sarcină și atitudinile negative față de copil. O îngrijorare majoră este, sau ar trebui să fie, faptul că disponibilitatea diagnosticului antenatal poate crește nivelul de intoleranță față de persoanele cu dizabilități și o creștere a nivelului de ostilitate față de părinții care aleg să continue sarcinile cu feți malformați.

În acest moment se pune întrebarea:

„În interesul cui este diagnosticul antenatal - interesul viitorului copil, al părinților sau al fraților și / sau al societății în ansamblu?” În cazul diagnosticării unei anomalii, tratamentul înainte de naștere sau nașterea într-un centru în care sunt posibile intervențiile necesare, ar fi clar în beneficiul viitorului copil. În felul acesta cu toții vor fi făcut tot posibilul să îi ofere acestuia o viață (mai bună). Se pune întrebarea dacă a avea un copil cu anomalii este „avantajos” pentru părinți, frați sau pentru societate. De fapt, interesul copilului / persoanei față de a rămâne în viață, depășește interesele relativ triviale ale altora, căci aproape orice interes este trivial în comparație cu viața. Desigur, nu este convenabil a avea un copil / frate / cetățean cu handicap; desigur, cu toții ar prefera să aibă unul sănătos.

Ar trebui să recunoaștem că, excepând cazul în care scopul este tratamentul pre- sau post-natal, diagnosticul antenatal nu are nicio legătură cu interesul fătului, ci cu interesul părinților, fraților și / sau al societății. Dar este atât de simplu?

În concluzie, putem spune că, deși există opinii diferite în marea comunitate de bioetică, screening-ul prenatal și diagnosticul antenatal sunt tehnologii noi dezvoltate pentru a contribui la fericirea și bunăstarea noastră, dar, ca multe alte tehnologii noi, și acestea sunt însoțite de noi controverse morale. Nu este potrivit să concluzionăm că diagnosticul antenatal este bun sau rău; concluzia acestei probleme este ferm legată de o serie de dileme etice în centrul cărora se află „statutul moral al fătului”. Deci, concluzia dilemei depinde de opiniile persoanei și poate fi sugerată o abordare individuală, de la caz la caz. Am subliniat importanța vitală a unei consilieri adecvate înainte și după procedurile de diagnostic antenatal. Scopul unei bune consilieri este de a informa și de a permite părinților să înțeleagă, și să acționeze în consecință, cu privire la copilul lor nenăscut; personalul medical nu ar trebui să impună părinților propriile păreri. Ceea ce pot și trebuie să facă medicii implicați, este să dezbată aceste probleme, să revizuiască criteriile în baza cărora indică procedurile de diagnostic antenatal și să ia în considerare alegerile care pot urma, astfel încât să ofere cel mai bun serviciu posibil pacienților lor, o categorie din care pot face parte și fătul, cel puțin în mintea și inima părinților.

AL XIII-LEA CONGRES
 NAȚIONAL DE MEDICINĂ
 PERINATALĂ

CLUJ-NAPOCA, ROMÂNIA
 26-28 SEPTEMBRIE 2019

THE 9TH ROMANIAN
 "IVAN DONALD" COURSE

Nasterea unei noi ere



Dräger Babylog® VN500: ventilație convențională, HFO, CPAP nazal, terapie cu O₂

Ventilație neonatală dedicată, mult mai confortabilă atât pentru copil, cât și pentru medici:

- Ventilație convențională de înaltă clasă (VG, MMV, PS în moduri spontane)
- "Smart Pulmonary View" (vizualizarea activității pulmonare în timp real)
- HFO puternic cu debit înalt și volum garantat
- Ventilație NIV integrată și terapie cu O₂ cu debit ridicat
- Funcții extinse de monitorizare și vizualizare inteligentă a datelor
- Compensarea și adaptarea automată a pierderilor

Rezultatul: Intrați în noua eră a ventilației neonatale! E doar începutul.

Pentru mai multe informații, accesați: www.draeger.com/Babylog_VN500

Dräger. Tehnică pentru viață.

BLEPHA CLEAN[®] CE 0459

Bine tolerat, potrivit și pentru tegumentul sensibil

- ▶ Steril
- ▶ Nu conține săpun
- ▶ Nu conține conservanți, parabeni și parfum



Parfum
Parabeni

Avantaje

- ▶ Pregătit pentru a fi folosit
- ▶ Nu este gras, nu este lipicios
- ▶ Nu necesită clătire
- ▶ Potrivit și pentru purtătorii de lentile de contact
- ▶ Poate fi folosit peste vârsta de 3 luni, copiilor și adulților



IEC

INSTITUT
HERPENTIS
CLINIQUE

Test de utilizare sub control dermatologic și pediatric:

- ▶ „Studiu clinic pentru evaluarea acceptabilității cutanate a produselor cosmetice, aplicate în condiții normale de utilizare, timp de 3 săptămâni, la subiecții bebeluși de ambele sexe.”⁽¹¹⁾

- DISPOZITIV MEDICAL -

BLEPHACLEAN®

CE 0459

20 SERVEȚELE STERILE și FĂRĂ CONSERVANȚI
pentru IGIENA ZILNICĂ a PLOAPELOR SENSIBILE
și a TEGUMENTULUI SENSIBIL

- ▶ Pentru igiena zilnică a pleoapelor
- ▶ Îndepărtează impuritățile, polenul și încărcătura bacteriană de pe pleoape (datorate alergiilor sau infecțiilor)
- ▶ În cazul inflamațiilor și infecțiilor pleoapelor (blefarita, disfuncția glandelor Meibomiene, șalazion)



Testat sub control oftalmologic



Pentru sugari cu vârsta mai mare de 3 luni și adulți

FOLLOW-UP-ul fostului prematur la domiciliu

Incidența prematurității în țara noastră a crescut datorită condițiilor socio-economice (vârste materne <16 ani și >35 ani, familii dezorganizate, consum de droguri), cât și datorită creșterii numărului de sarcini obținute artificial care în general sunt multiple. Eforturile materiale și umane în maternitățile de nivel III sunt foarte mari pentru ca acești micuți luptători să supraviețuiască. Tocmai din acest motiv trebuie continuate eforturile și după externarea din maternitate, iar medicii de familie precum și părinții să fie instruiți în vederea consulturilor interdisciplinare din primii 2 ani de viață.



Șef. Lucr. Dr. Ioana Roșca

Medic primar neonatologie
SCOG „Prof. Dr. Panait Sârbu”
București

Problemele asociate nașterii premature (vârsta de gestație < 37 săptămâni sau < 258 zile) sunt legate de adaptarea funcțiilor la mediu extrauterin datorită imaturității sistemelor și organelor, descriindu-se astfel o gamă largă de patologii:

- Respirator** (Asfixie perinatală, Sindrom de detresa respiratorie- deficit de surfactant, imaturitate pulmonară; Apnee-imaturitatea centrului respirator; Boala pulmonară cronică; Dependența de ventilator cu necesitatea traheostomiei)
- Neurologic** (Deprimarea centrului respirator, Hemoragie intracraniană, Hidrocefalie, Leucomalacie periventriculară)
- Cardiovascular** (Hipotensiune, Persistența de canal arterial)
- Hematologic** (Anemie, Hiperbilirubinemie)
- Nutrițional** (este necesară o atenție deosebită asupra compoziției, densi-

tații calorice, volumului, căii de administrare)

- Gastrointestinal** (Enterocolita ulcero-necrotică, Constipație, Sindrom de intestin scurt, Sindrom de colestază)
- Metabolic** (hipo/hiperglicemie, hipo/hipernatremie, hipocalcemie)
- Renal** (insuficiență renală)
- Tulburări de termoreglare** (Hipotermie, Hipertermie iatrogenă)
- Imunologic** (risc infecțios crescut ← deficit al răspunsului umoral și celular)
- Oftalmologic** (Retinopatie de prematuritate VG< 32 săpt / Gn < 1500g)
- Chirurgical** (Criptorhidism, Hernie inghinală/ombilicală)
- Endocrinologic** (Hipotiroidism, Osteopenie de prematuritate)

Nou-născuții prematuri sunt vulnerabili la un spectru larg de morbidități. Riscul de morbiditate și mortalitate scade odată cu creșterea vârstei de gestație.

Pe termen lung, prematurii pot asocia următoarele probleme:

- Afectare neurologică: Handicap major (paralizie cerebrală); Disfuncții cognitive (tulburări de limbaj, dificultăți

de învățare, hiperactivitate, deficit de atenție, tulburări de comportament); Tulburări senzoriale (pierderea auzului, tulburări vizuale)

- Retinopatie de prematuritate
- Boală pulmonară cronică
- Falimentul creșterii
- Risc infecțios crescut (Virusul sincițial respirator este cea mai importantă cauză de infecție respiratorie la prematuri, otite și infecții urinare)

Academia Americană de Pediatrie recomandă ca externarea din maternitate să fie făcută atunci când copilul atinge maturitatea fiziologică și a finalizat toate testele și tratamentele în vederea externării.

Nou-născuții prematuri cu creștere armonioasă sunt considerați gata de externare atunci când îndeplinesc următoarele criterii:

sunt capabili să își mențină temperatura corporală într-un mediu deschis;

sunt capabili să primească alimentația la biberon sau sân fără tulburări respiratorii;

înregistrează o curbă ponderală ascendentă → spor ponderal de 20-30 g/zi;

nu prezintă crize de apnee sau bradicardie în ultimele 5-7 zile;

cei cu boală pulmonară cronică, stabili, cu creștere ponderală, cu îngrijitori capabili pot continua oxigenoterapia la domiciliu

Asociația Americană de Pediatrie recomandă existența unui program activ pentru implicarea părinților și pregătirea lor pentru îngrijirea copilului la domiciliu. De aceea, anterior externării din maternitate, trebuie să li se vorbească părinților despre resuscitarea cardio-pulmonară și despre semnele precoce de decompensare. Aceștia trebuie să:

- știe să monitorizeze temperatura nou-născutului și să recunoască hipo-/hipertermia
- recunoască semnele unui sindrom funcțional respirator
- știe să poziționeze nou-născutul în supinație pentru somn
- nu permită fumatul în cameră sau în apropierea nou-născutului

Pompe infuzie/ injectie ARCOMED Infuzomat Volumed 7000 Chroma X si injectomat Syramed 6000 Chroma X



- Portabile (baterii interne)
- Calculator rata infuzie/injectie
- Senzor ocluzie
- Ecran color touchscreen rezitiv
- Medmarker- Codarea culorilor pentru medicamente
- Port infrarosu pentru intercomunicatie
- Posibilitate de conectare LIS
- All in one concept
- 13 moduri TCI



SIEMENS Rapid Point 500 gaze in sange

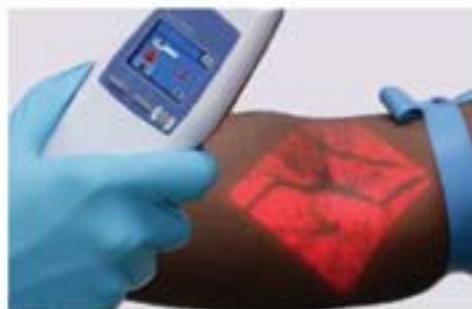
- In mai puțin de 60 de secunde determina gazele sanguine, electrolitii, metabolitii si co-oximetria completa dintr-un volum redus de proba arteriala, capilara sau venoasa.
- Se pot efectua determinari inclusiv din lichid pleural si dializat;
- Tehnologie fara mentenanta cu sistem de autocontrol permanent pentru calibrari si temperatura, fiind dotat cu sistem de detectie al cheagurilor de sange;



AccuVein

Vene greu depistabile?

NIMIC MAI SIMPLU:
Se apasa butoul de pornire
si obținem harta completa
a traseului venos.



SANTE INTERNATIONAL S.A.

Str. Mântuleasa, nr. 33

Tel: 021 252 04 01

E- mail: contact@sante.ro

www.sante.ro

- evite folosirea saltelelor moi, a pernelor și a jucăriilor în patutul copilului
- efectueze testul transportului prematurului în propria mașină monitorizându-i AV, FR, SpO₂ pe o durată de 90 min sau atât cât durează parcurgerea drumului acasă
- învețe semnele de hipoglicemie (inapetență, forță de supt diminuată, hipotermie, letargie, țipăt de tonalitate înaltă, hipotonie, clonii, convulsii, apnee, paloare, cianoză, respirație periodică)
- respecte regulile de igiena → spălarea mâinilor, schimbarea hainelor, evitarea aglomerației și contactul cu alți membri ai familiei, să recunoască semnele unei infecții
- cunoască semnele unui icter accentuat și a măsurilor profilactice care trebuie luate până la momentul consultației (menținerea unei hidratare adecvate, verificarea suptului, a greutății)
- identifice componentele comportamentului nou-născutului → plâns de foame, durere, frig, discomfort determinat de hăinuțe
- respecte calendarul vizitelor la specialist și înscrierea în programul follow-up

La externare sunt documentate valorile de baza ale semnelor vitale, creșterea zilnică în greutate, greutatea la externare, perimetrul cranian, gaze sangvine, SpO₂, Ht, electroliți, aspectul Rg cardio-pulmonare, EKG, ecografie. Toate aceste informații sunt utile pentru evaluarea modificărilor ulterioare ale statusului clinic.

Odata externat, nou-născutul prematur trebuie înscris într-un program de urmărire pentru prevenirea sau minimalizarea întârzierii dezvoltării prin identificarea timpurie a factorilor de risc și trimiterea către programele corespunzătoare de tratament.

Imunizările în Programul Național se administrează conform vârstei cronologice și nu a vârstei corectate.

Prematurii extremi și cu boală pulmonară cronică (BPD) au cele mai multe șanse de a suferi complicații respiratorii pe termen scurt și lung, de aceea trebuie monitorizați pentru complicațiile asociate, incluzând exacerbări respiratorii acute, infecții de căi respiratorii superioare și inferioare, hipertensiune pulmonară, cord pulmonar, eșecul creșterii și întârzierea dezvoltării. Cei cu boală pulmonară cronică severă pot necesita traheostomă și suport respirator pe termen lung.

Virusul sincițial respirator este cea mai importantă cauză de infecție respiratorie la prematuri, în special la cei cu boală pulmonară cronică. Pentru a scădea frecvența acestor afecțiuni, nou-născutul VLBW, trebuie să primească tratament profilactic cu anticorpi monoclonali de tip polizumab (Sinagis). Conform AAP tratamentul este recomandat în timpul sezonului de VSR cel puțin în primul an de viață la cei ≤ 28 săptămâni de gestație și cel puțin în primele 6 luni de viață la cei între 28-32 săptămâni de gestație.

Nou-născuții VLBW au o incidență crescută a tulburărilor de alimentație și de creștere. Prematurii cu boală pulmonară cronică au un necesar caloric crescut pentru a dobândi un câștig ponderal corespunzător. Creșterea trebuie urmărită cu atenție pe curbe standard de creștere (Curbele internaționale de creștere ale OMS) utilizând vârsta corectată pentru prematuri în primii 2 ani de viață, apoi curbele standardizate ale Centrului pentru Prevenire și Controlul Bolilor. Nou-născuții VLBW sunt expuși riscului de anemie prin deficit de fier, motiv pentru care ar trebui să primească fier suplimentar în primele 12-15 luni.

Prematurii cu deficite nutritive în aportul de calciu, fosfor, vitamina D asociază un risc crescut de rahitism. Cel mai mare risc îl au cei care au primit nutriție parenterală și Furosemid timp îndelungat, precum și cei cu absorbție scăzută de vitamina D datorită malabsorbției lipidelor. În cazul diagnosticării rahitismului în maternitate se recomandă continuarea suplimentării cu calciu, fosfor și vitamina D în timpul primului an de viață. Vitamina D (400UI/zi) trebuie administrată tuturor copiilor externați, alimentați cu lapte de mamă sau celor care primesc < 1 l de formulă pe zi.

Foștii prematuri sunt predispuși la infecții otice și urinare. În primul an de viață ar trebui monitorizați prin recoltări repetate de sumar de urină și urocultură.

Nou-născuții cu retinopatie de prematuritate prezintă un risc crescut de pierdere semnificativă a vederii sau chiar orbire în cazul dezlipirii de retină. Toți nou-născuții VLBW trebuie urmăriți de un oftalmolog cu experiență în primele luni de viață. Evaluările ulterioare trebuie efectuate la vârsta de 8-12 luni, apoi după recomandările oftalmologului, de obicei anual sau cel mai târziu la vârsta de 3 ani.

Prematuritatea crește riscul pierderii ambelor componente auditive: senzorială și de conducere. Toți prematurii VLBW trebuie examinați atât în perioada neonatală cât și ulterior înainte de vârsta de 1 an.

S-a observat o incidență crescută a hipoplaziei și a decolorării smalțului dentar. Intubația prelungită din perioada neonatală poate duce la deformarea palatului și a alveolelor dentare afectând astfel dezvoltarea dentară. Se recomandă inițierea administrării de fluor suplimentar de rutină la 6 luni vârstă postmenstruală și consult la un stomatolog pediatru în primele 12 luni de viață.

Nou-născuții cu hemoragie intracraniană (hemoragie parenchimatosa/ leziuni ale substanței albe periventriculare) prezintă un risc crescut de întârziere neuromotorie și cognitivă.

Cel mai frecvent tip de paralizie cerebrală este diplegia spastică.

Atât problemele motorii tranzitorii cât și cele pe termen lung ale copilului, necesită evaluare și tratament realizate de către terapeuții fizici și ocupaționali.

Dificultățile de dezvoltare socială și de comunicare reprezintă de asemenea, o preocupare tot mai frecventă în rândul populației nou-născuților prematuri. Multe studii recente au remarcat prematuritatea ca factor de risc pentru autism.

Sunt recomandate consultații multidisciplinare care includ pediatru /neonatalog, neurolog pediatru, endocrinolog pediatru, cardiolog pediatru, pneumolog, fizioterapeut, psiholog, terapeut ocupațional, dietetician, logoped, asistent social.

Prematuritatea este adesea o experiență destul de stresantă pentru părinți, de aceea este important ca familia să primească consiliere suportivă și atent îndreptată asupra nevoilor de bază.

Bibliografie:

Eric C. Eichenwald, Anne R. Hasen, Camelia R. Martin, Ane R. Stark, Cloherty and Stark's Manual of Neonatal Care, 2017, eighth edition, 192-201, 183-184,214-226, 458-459 ,ISBN 9781496343611

Dara Brodsky, Mary Ann Quелlette, Primary Care of the Premature Infant, 2008 1-17, ISBN-13: 978-1-4160-0039-6

Silvia- Maria Stoicescu, Manuela Cuceră, Maria Livia Ognean, Prematurul târziu, 2015, 104-107, ISBN: 978-606-12-1079-4

DUTCHMED ȘI MINDRAY, UN PARTENERIAT DE SUCCES

Anunțat la ediția din 2017 a Congresului SRATI, parteneriatul DUTCHMED - Mindray, unul din cei mai importanți producători de echipamente medicale de înaltă performanță, reprezintă o veste îmbucurătoare pentru sistemul medical românesc.

Inovațiile pe care Mindray le aduce, prin echipamentele și soluțiile medicale oferite în ceea ce privește monitorizarea, anestezia și suportul pacientului, au condus la recunoașterea internațională a acestora. Colaborarea celor două companii vine în completarea reușitei DUTCHMED de a distribui pe piața medicală românească echipamente de înaltă performanță.

Înființată în 1991, cu sediul la Shenzhen, Mindray dispune de peste 32 de filiale răspândite pe glob și 31 de filiale în China. Misiunea companiei este aceea de a aduce tehnologia medicală performantă mai aproape de pacient, iar calitatea echipamentelor se reflectă în prezența lor în unități medicale din peste 190 de țări și regiuni. Printre echipamentele pe care DUTCHMED România le distribuie, se numără aparate de anestezie, monitoare, stații de monitorizare ventilatoare, injectomate etc.

Parteneriatul celor două companii confirmă performanța companiei românești de a se poziționa drept unul dintre cei mai mari distribuitori de echipamente medicale din țară. Extinderea portofoliului său înseamnă atât pentru instituțiile medicale, cât și pentru pacienți, posibilitatea de a beneficia de unități medicale mai bine dotate și de echipamente performante care oferă soluții problemelor lor de sănătate, iar pentru medici, un real sprijin în actul medical.

Prezentă în România de mai bine de două decenii, fiind una dintre cele mai vechi companii din domeniul medical românesc, DUTCHMED continuă să contribuie la ridicarea nivelului de performanță medicală din țară, prin dotarea a multiple secții UPU (ventilatoare pentru terapie intensivă, ventilatoare de transport), ATI (aparate de anestezie de înaltă performanță), IGSU (dotare autovehicule de pompieri) și Spitale Municipale (injectomate, perfuzomate, incubatoare, mese radiante).

DUTCHMED, cu sediul la Sibiu și punct de lucru în București, este înființată încă din 1992, iar în prezent este unicul distribuitor din România al unor producători internaționali de echipamente medicale precum Atom Medical - Japonia (incubatoare și mese radiante), Nipro-Japonia (aparate și consumabile pentru hemodializă), Path Medical - Germania (aparate pentru testarea auzului la nou-născuți), Biomed - U.S.A. (ventilatoare portabile), Xenios - Germania (ECLS), precum și Acutronic - Elveția (ventilatoare pentru neonatologie).

ACUTRONIC

ATOM

**ARMSTRONG
MEDICAL**



XENIOS

**BIO-MED
DEVICES**

**NOXBOX[®]
Ltd**



Știința comunicării sau comunicarea științei

Deși comunicarea este „procedura” cea mai frecventă în medicină, aceasta diferă în mediul de spital de discursul social normal, pentru că adesea se discută probleme delicate. Comunicarea este baza relației terapeutice și a obligațiilor etice, bazate pe încredere reciprocă ale medicilor, pacienților și familiilor acestora.



Șef lucrări
Dr. Andreea
Avasiloaiei

Medic primar neonatolog, specialist pediater
Disciplina Neonatologie, Departamentul Medicina
Mamei și Copilului, Universitatea de Medicină și
Farmacie „Grigore T. Popa”, Iași, Centrul Regional
de Terapie Intensivă Neonatală, Spitalul Clinic de
Obstetrică-Ginecologie „Cuza-Vodă”, Iași

In neonatologie, comunicarea nu se realizează cu pacientul, ci cu aparținătorii, fiind din acest motiv și mai dificil de stabilit o legătură de simpatie și empatie. Mai mult, în 10-15% din cazuri, neonatologii, care nu beneficiază de o relație de încredere deja stabilă cum este cea cu medicul obstetrician, sunt purtători de vești mai puțin favorabile, și de aceea, mai greu de acceptat. Acestea sunt cazurile explorate în rândurile următoare.

Mai ales în cazul sarcinilor cu risc, comunicarea cu părinții ar trebui inițiată înaintea nașterii, la un atât de necesar, dar frecvent neglijat, consult prenatal. În cadrul acestuia, medicul neonatolog, împreună cu obstetricianul, trebuie să explice părinților posibilitățile de evoluție a sarcinii și nou-născutului, aducându-le la cunoștință limitele investigațiilor antenatale și modificarea prognosticului nou-născutului în funcție de examinarea clinică postnatală. Cele mai im-

portante aspecte în cazul consultului prenatal sunt comunicarea și consensul prealabile între medicii celor două specialități, precum și stabilirea unui echilibru între comunicarea defensivă și medicina „autoritară”.

Comunicarea postnatală poate avea loc chiar din sala de nașteri sau în cea de operații, dar frecvent, momentul nașterii nu este cel mai propice pentru o discuție legată de prognosticul neonatal, starea de spirit și circumstanțele fiind nefavorabile. Frecvent, informațiile furnizate la momentul nașterii trebuie repetate ulterior. În astfel de momente, percepția părinților despre nou-născutul lor este legată îndeosebi de aspectul fizic al acestora: „are toate degețelele?” Astfel, o malformație de tipul dehiscenței labio-palatine (complet corectabilă în timp) are de obicei un impact mai mare decât asfixia sau cianoza apărută într-o malformație congenitală de cord severă, situații în care aspectul fizic al copilului nu dezvăluie gravitatea stării sale generale.

Comunicarea ulterioară, din secția de Terapie Intensivă Neonatală, trebuie să respecte principiul echilibrului între sinceritate și optimism, respectiv pesimism. Părinții doresc în principiu, să primească informații clare, oneste și actuale despre starea nou-născutului lor. Obținerea informațiilor corecte îi ajută să își asume rolul de părinți, le dă sentimentul de implicare și îi ajută să facă față fricii și incertitudinii. Afecțiunile grave sunt greu de procesat și de acceptat de către aparținători

și frecvent, există mame care doresc să afle informații de la toți membrii corpului medical, în speranța că cineva le va spune ceea ce vor să audă. De asemenea, există de multe ori limite date de capacitatea intelectuală și educațională personală a aparținătorilor, iar aceștia fie se așteaptă la informații mult mai accesibile decât cele care sunt furnizate, fie aduc discuția la nivelul pe care îl pot înțelege: „totuși, a mai luat în greutate?”, ceea ce poate fi frustrant pentru interlocutor.

Mulți părinți observă tendința medicilor de a clasifica timpul acordat oferirii de informații în funcție de patologia nou-născutului. Astfel, medicii vorbesc mult mai mult și mai pe îndelete cu părinții unui prematur extrem, ventilat mecanic, cu multiple comorbidități, față de cei ai unui nou-născut de 37 de săptămâni, aflat la oxigen în cort sau în flux liber, eventual cu tegumente discret icterice. Indiferent de gravitatea patologiei, părinții se simt speriați la simplul gând al internării nou-născutului într-un compartiment de Terapie Intensivă Neonatală și chiar discriminați dacă simt că nou-născutului lor nu i se acordă aceeași importanță ca celui de alături.

Unii părinți preferă să fie implicați în fiecare etapă a îngrijirii nou-născutului. Alții se simt lipsiți de cunoștințe și copleșiți de povara responsabilității și preferă să fie doar informați. În primele etape ale comunicării cu părinții, medicii trebuie să ia în considerație toate opțiunile și să informeze aparținătorii că, indiferent de gra-

KANMED[®]

NOUTAȚI

**În încălzirea și îngrijirea nou-născutului:
Un sistem îmbunătățit, absolut unic!**



KANMED[®] BABYBED

Niciun alt producător nu oferă în acest moment un pătuț care să fie atât de bine adaptat nevoilor unui nou-născut și, totodată, cerințelor celor care îl îngrijesc.

Disponibil în 8 variante diferite, cu accesoriari diverse: single sau pentru gemeni, electric sau cu înălțime fixă, cu sau fără șine laterale, 4 modele de cort, până la 3 cutii de depozitare.

KANMED[®] BABYWARMER

Asigură creșterea optimă în greutate într-un mod simplu și ușor pentru nou-născuții prematur sau la termen.*

Sistemul imită atingerea pielii mamei**, asigurând stabilizarea ritmului cardiac, a respirației, a saturației O₂ și a temperaturii corpului.

Doar acest sistem cu saltea moale cu apă încălzită poate înlocui cu succes un incubator modern!



*Recomandat copiilor născuți prematur, aproape de termen sau la termen dar subponderali, care sunt stabili și nu necesită tratamente în incubator.
**Principiul "mamei-cangur".

KANMED BABY WARMING SYSTEM

Performanțe și beneficii unice pentru nou-născutul prematur:

- Încălzire optimă** – pe principiul "mamei-cangur"
- Creștere în greutate** – favorizată de mediul sigur și confortabil
- Alăptare fără impedimente** – datorită ergonomiei sistemului
- Legătură afectivă strânsă** – prin facilitarea accesului părinților la copil
- Spitalizare redusă** – datorită creșterii mai rapide în greutate

Beneficii remarcabile pentru unitatea de îngrijire:

- Costuri reduse la achiziționare** – în comparație cu un incubator
- Costuri reduse la utilizare** – pentru funcționare și mentenanță
- Costuri reduse la spitalizare** – nou-născutul poate fi externat mai repede



București

Str. Giuseppe Garibaldi nr. 8-10,
sector 2, 020223
București, România
Tel.: +40 21 311 91 61/62
Fax: +40 21 311 91 63
office@eyeconmedical.ro

Timișoara

Str. Coriolan Brediceanu
nr. 31b, Timișoara, 300402
Județul Timiș, România
Tel.: +40 72 039 32 69
Fax: +40 356 11 02 33
office@eyeconmedical.ro

Iași

Str. Sfântul Lazăr nr. 27,
O.P. 114, 700045, Iași
Județul Iași, România
Tel.: +40. 725.119.393
Fax: +40.21.311.91.63
office@eyeconmedical.ro

Chișinău

Piața Dimitrie Cantemir nr.1,
O.P. 1427, Chișinău,
Republica Moldova
Tel.: +373 22 996010
Fax: +373 22 996011
office@eyeconmedical.md

dul lor de implicare, deciziile luate în secția de Terapie Intensivă Neonatală au impact pe termen lung!

Se estimează că 35-70% din acțiunile medico-legale sunt determinate de comunicarea deficitară, precum și inabilitatea de a înțelege perspectiva familiei și de a încorpora în planul terapeutic valorile părinților. Medicii își desfășoară adesea activitatea prin prisma informațiilor de natură strict medicală, lăsând la o parte sau chiar desconsiderând cu totul aspectele psihologice, sociale și familiale, adică chiar acelea cu importanță mai mare din punctul de vedere al aparținătorilor. Medicii vor furniza informații legate de diagnostice (care sunt greu de înțeles și de asimilat, mai ales din cauza stresului și lipsei de relevanță practică imediată) și informații legate de management și prognostic. Acestea din urmă reprezintă o șansă de a permite părinților un grad de implicare, mai ales în ceea ce privește îngrijirile cotidiene, și sentimentul de a fi de ajutor copilului lor.

Părinții percep drept copleșitoare aparatura din Terapie Intensivă Neonatală, cu toate firele, tuburile, sistemele și monitoarele conectate la copilul lor, de aceea nevoia de informații a acestora diferă în timp, pe măsura acomodării cu mediul: la început vor să știe doar chestiunile principale, vitale, urmând ca la vizitele următoare să necesite detalii asupra anumitor aspecte. Ei necesită permanent asigurări că starea copilului nu este din vina lor, mai ales mama. Percepțiile ei diferă de cele ale tatălui: mamei i se pare că niciodată nu este destul timp pentru luarea deciziilor adecvate, vrea să fie implicată și vrea să vorbească despre propriile sentimente. Tatăl resimte mai acut lipsa controlului asupra situației, vrea date clare asupra prognosticului și își dorește să aibă încredere în echipa medicală. Până la urmă, ambii părinți necesită informații concrete – lipsa clarității și răspunsurile evazive dau impresia că medicul nu cunoaște cazul, iar prin utilizarea jargonului medical, medicul pare că se ascunde în spatele unor denumiri complexe. De multe ori, părinții se simt mai apropiați de personalul mediu,

conștientizând faptul că asistentele medicale petrec mai mult timp lângă nou-născut și învață să-l cunoască mai bine din punctul de vedere al reacțiilor acestuia față de mediul înconjurător.

Comunicarea între medici și pacienți/aparținători nu este o procedură ușoară, firească și necesită exercițiu. De multe ori, pot fi identificate o serie de "bariere" în calea comunicării eficiente. Din partea medicilor pot apărea: conflictul sau lipsa comunicării în cadrul echipei medicale, nevoia deciziilor rapide sau la momente nepotrivite, unele percepții false asupra capacității părinților de decizie și de asumare a consecințelor și nu în ultimul rând, orgoliul profesional. Părinții și familia pot fi împiedicați în comunicare de: convingeri religioase puternice, nivel educațional scăzut, diferențe și dezacorduri pe plan cultural, probleme lingvistice și de interpretare, unele experiențe medicale anterioare negative. Neîncrederea părinților sau reacțiile paradoxale ale acestora sunt firești, mai ales în cazul unui prognostic nefavorabil. De cele mai multe ori, disponibilitatea absolută și cunoștințele medicale pe care le reclamă părinții sunt chiar dovada propriei lor neputințe în fața suferinței copilului.

Pentru toate aceste piedici, există și soluții, modalități de îmbunătățire a comunicării. Un prim aspect, poate cel mai tangibil pentru părinți și extrem de facil pentru medici este să i se spună nou-născutului pe nume – în ochii familiei, el este o persoană, un membru cu drepturi depline. Mai mult, nu trebuie făcută echivalența între nou-născut și boala sa: "sunteți părinții asfiei?", "vin imediat, vorbesc cu mama exsanguinotransfuziei!". Comunicarea este mai eficientă dacă părinții percep empatia, implicarea emoțională, aceasta având o valoare mai mare pentru ei decât instrucțiunile scrise sau timpul acordat întrevederii.

Într-un final, facilitarea comunicării între medic și familie are multiple consecințe pozitive, multe dintre acestea depășind durata efectivă de spitalizare a nou-născutului: apariția sentimentului de ușurare și depășirea pesimismului inițial, creșterea încrederii în persona-

lul medical, creșterea încrederii de sine, acceptarea regulilor de ordine interioară și asumarea acestora, însușirea corectă a unor tehnici de îngrijire simple, creșterea adresabilității și complianței la programele ulterioare de urmărire.

În concluzie, comunicarea eficientă cu personalul medical este esențială pentru părinții unui nou-născut aflat în secția de Terapie Intensivă Neonatală. Medicii trebuie să fie conștienți, în ciuda valorilor morale și părerilor diferite, de poziția lor unică de a ajuta părinții să treacă printr-o perioadă dificilă din punct de vedere emoțional.

Referințe selective

- Coscia A, Bertino E, Tonetto P, et al. Communicative strategies in a neonatal intensive care unit. *The J Maternal-Fetal Neonatal Med.* 2010;23:11-3
- Cukierkorn Battikha E, de M. Carvalho MT, Kopelman BI. The training of neonatologists and the paradigms implied in their relationship with the parents of babies in the Neonatal Intensive Care Unit. *Rev Paul Pediatr.* 2014;32(1):11-6.
- Kowalski WJ, Leef KH, Mackley A, Spear ML, Paul DA. Communicating with parents of premature infants: who is the informant? *J Perinatol.* 2006; 26:44-8
- Levetown M. Communicating with children and families: from everyday interactions to skill in conveying distressing information. *Pediatrics* 2008;121:e1441
- Weiss S, Goldlust E, Vaucher YE. Improving parent satisfaction: an intervention to increase neonatal parent-provider communication. *J Perinatol.* 2010;30:425-30
- Wigert H, Blom Dellenmark M, Bry K. Strengths and weaknesses of parent-staff communication in the NICU: a survey assessment. *BMC Pediatrics* 2013;13:71
- Wigert H, Blom Dellenmark M, Bry K. Parents experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC Pediatrics* 2014;14:304
- Yee W, Ross S. Communicating with parents of high-risk infants in neonatal intensive care. *Paediatr Child Health* 2006;11(5):291-4

plus leoni

Versatilitate în Ventilație Neonatală

LÖWENSTEIN
medical



Ventilatorul neonatal Leoni PLUS asigură suport respirator atât invaziv cât și non-invaziv pacienților nou născuți și prematurilor cu o greutate de până la 30 kg.

Opțiunea „Neojet” extinde posibilitățile de utilizare a aparatului de ventilație la variantele non-invazive ale modurilor de ventilație CPAP, IPPV și HFO.

Încadrat în categoria aparatelor de ventilație mecanică asistată, neonatal-pediatrică, a fost implementat în România încă din anul 2010, având ca utilizatori secțiile de Terapie Intensivă Neonatală din cele mai importante Maternități de Nivel 3.

Beneficiind de o interfață prietenoasă cu utilizatorul, fără sub-meniuri, ventilatorul neonatal Leoni PLUS asigură în momentul de față următoarele facilități privind ventilația neonatală:

- Ventilație Invazivă: IPPV, IMV, SIPPV, SIMV, SIPPV/PSV, SIMV/PSV, CPAP, HFO
- Ventilație non-invazivă: nIPPV, nCPAP, nHFO
- Oxigenoterapie: modulul „HiFlow H+L” face posibilă sprijinirea respirației spontane a pacienților, sub forma unei terapii cu O₂ și utilizarea canulelor nazale.
- Ventilație cu limită de volum
- Ventilație cu volum garantat
- Recrutare alveolară în mod HFO
- Sistem „Buclă închisă” (CLAC) pentru toate modurile de ventilație: nivelul FiO₂ poate fi controlat în funcție de valoarea SpO₂.

NOU: Opțiunea „Sensor abdomen” extinde NIV cu încă două forme de ventilație S-nCPAP și S-nIPPV, cu posibilitatea de declanșare non-invazivă.

Cu această opțiune ventilatorul neonatal Leoni PLUS face un pas important în a conferi medicilor neonatologi toate oportunitățile privind ventilația neonatală

Distribuit exclusiv pentru România prin: S.C. Papapostolou SRL, Bd. Alexandru Ioan Cuza nr. 28, Sector 1, București, www.papapostolou.eu | www.pmec.ro | Tel.: 021 321 2223/4/5; Fax: 021 321 2226



PAPAPOSTOLOU
Medical Equipment

Strategiile de ventilație în timpul multiplexelor complicații ale prematurilor

Vă prezentăm cazul unui nou născut prematur de sex masculin, născut la 29 săptămâni de gestație, provenit din sarcină cu risc (mama cu hipertensiune preexistentă sarcinii, lichid amniotic fetid, trombofilie Factor V Leiden și hepatocitoliză) extras prin operație cezariană, din prezentație craniană (Greutate la naștere = 970 g, Lungime = 30 cm, Scor Apgar = 3/5/7). A prezentat la naștere stare generală gravă, tegumente cu cianoză generalizată, plicatură plantară 1/3 anterioară, cordon ombilical normal inserat (2 artere + 1 Vena), Fontanela Anterioară normotensivă, apnee secundară pentru care s-au efectuat manevre de reanimare cu Ventilație Mască și Balon aproximativ 1 minut ulterior respirații spontane ineficiente, cord ritmic la stânga sternului, fără sufluri, abdomen suplu, depresibil, orificiu anal permeabil, organe genitale externe cu aspect normal, tonus și reactivitate diminuate. S-a efectuat profilaxia bolii hemoragice.



Dr. Preda Andrei

Medic Specialist
Neonatologie

Afost internat în secția de Terapie Intensivă Neonatală unde a fost plasat la punct de neutralitate termică, s-a efectuat ventilație în sistem NeoPuff aproximativ 15 minute, ulterior Presiune pozitivă continuă în căile aeriene - CPAP și s-au administrat bolus de Cafeină, Ser Fiziologic 0,9%, Perfuzie EndoVenoasă de reechilibrare hidroelectrolitică și acidobazică, antibioticoterapie cu Penicilină și Amikacin i.v. cu monitorizarea funcțiilor vitale.

Considerând sindromul funcțional respirator accentuat sub Presiune pozitivă continuă în căile aeriene - CPAP și modificările gazelor sangvine și a radiografiei pulmonare s-a decis și s-a practicat intubație orotraheală cu administrare de Surfactant în doză curativă.

La aproximativ 36 ore de viață a prezentat hemoragie pulmonară masivă pentru care s-a administrat adrenalină, surfactant, plasmă proaspăt congelată, imunoiglobulină și factor de coagulare, ulterior continuându-se ventilația cu Frecvență înaltă - HFOV. În ciuda tratamentului administrat nou-născutul a

prezentat încă 2 episoade la interval de 6 ore, motiv pentru care s-a repetat administrarea de surfactant și adrenalină pe Sonda Endo Traheală.

La 72 ore de viață se menține cu stare generală extrem de gravă, secreții abundente pe Sonda Endo Traheală, motiv pentru care se continuă ventilația cu frecvență înaltă - HFOV aproximativ 10 zile. Deoarece necesită parametri de ventilație minimi, s-a considerat oportună trecerea în ventilație convențională sub care s-a menținut cu secreții seroase în cantitate crescută și hipercapnie progresivă, motiv pentru care s-a decis efectuarea de aerosoli pe Sonda Endo Traheală asociată ventilației în sistem cu Frecvență înaltă. Sub acest tratament instituit, evoluția a fost favorabilă, ceea ce a

permis detubarea și continuarea ventilației non invazive asistate cu controlul oxigenării - NIV-SPOC din ziua a 15 a zi de viață.

Concluzii

Acest caz a ridicat probleme în special de ventilație, datorate asocierii multiplexelor complicații ale prematurității (deficit surfactant, hemoragie pulmonară, sepsis), ce au necesitat resurse abundente și de calitate superioară. Posibilitatea folosirii ventilației mecanice complexe oferite de ventilatoarele de ultimă generație de la Stephan precum și a efectuării aerosolilor concomitent cu aceasta a scăzut considerabil necesitatea suportului respirator, ajutând la o evoluție favorabilă mai rapidă.



Pentru ventilație optimă și saturație de oxigen în orice moment



EasyFlow nCPAP

Accesorii pentru ventilația non-invaзивă a nou-nascuților și copiilor până la 8800 g.

- + EasyFlow este compatibil cu o gamă largă de ventilatoare de pe piață
- + Canulă bi-nazală flexibilă și foarte moale
- + Mască auto-etanșabilă
- + Suport de frunte capitonat cu gel siliconic
- + Bandană flexibilă care înlocuiește boneta tradițională

Condiționarea optimă a gazului respirator

Ventilatorul dispune de o tehnologie de ultimă oră având un umidificator integrat, ce asigură pacientului un gaz respirator cu umiditate și temperatură optimă.

Livrarea gazului respirator este realizat printr-un sistem inteligent controlat ce împiedică condensarea vaporilor în interiorul circuitului. Pe durata ventilației circuitul este încălzit în mod controlat.

Ventilație cu frecvență înaltă HFOV

SOPHIE îmbină ventilația HFOV cu modurile convenționale (ex. HFO-IMV). HFOV poate fi activat din orice mod de ventilație fără a înlocui circuitul pacientului. Umidificatorul de respirație integrat, activ nu creează niciun volum compresibil suplimentar care ar putea afecta eficiența HFOV.

Modurile de ventilație

Trecerea între modurile de ventilație recunoscute este posibilă rapid prin accesarea unui meniu de tip pop-up.

De asemenea, este inclusă caracteristica prin care se garantează volumul. Aceasta controlează presiunea respiratorie în inspir raportat la volumul tidal expirat măsurat anterior.

Trigger extern

În ventilația NIV Sophie utilizează un singur senzor (trigger) extern de înaltă precizie, aplicat pe abdominalul pacientului, capabil să declanșeze o ventilație de rezervă (back-up) în timpul apneei.

Controlul saturației oxigenului SPOC

În cooperare cu Spitalul Universitar Ulm /Germania, Fritz Stephan GmbH a dezvoltat un sistem automat de control SpO₂ pentru stabilizarea saturației de oxigen (SpO₂). Prin combinarea pulsoximetriei deja existentă în cadrul clinicii dumneavoastră cu SOPHIE, astfel se pot evita măsurătorile duble.

Cum reacționează SPOC la desaturare?

- Sub NIV, ventilația mecanică sincronizată este intensificată și ajută la influențarea în mod pozitiv a aportului de oxigen (VO₂).
- Evenimentele anterioare și curente sunt luate în considerare atunci când valoarea FiO₂ crește neuniform;
- SPOC reduce FiO₂ sub 25% într-un timp scurt în caz de hiperoxie;

SPOC operează independent față de forma de ventilație selectată.

SPOC ajută la:

- Împiedicarea hiperoxia și reducerea stresului oxidativ
- Împiedicarea hipoxiei pentru a evita hemoragia și lezarea tesutului cerebral
- Reducerea fluctuației SpO₂
- Creșterea perioadei din intervalul țintă SpO₂

Noutăți în dermatita atopică



În ultimii ani, incidența dermatitei atopice a crescut foarte mult, ajungând să afecteze până la 20% din copii în țările dezvoltate și în curs de dezvoltare, devenind o problemă de sănătate publică. De cele mai multe ori, debutul dermatitei atopice este în perioada de sugar, medicul de familie fiind primul care observă leziunile și primul care va recomanda tratamentul.



Cioc Simona-Magdalena

Medic primar medicină de familie, membru AREPMF



Cioc Liviu Constantin

Medic medicină generală, membru AREPMF

Dermatita atopică este o afecțiune cronică, pruriginoasă, care se poate întâlni atât la copii, cât și la adulți.

Printre factorii trigger se numără alimentele (lactate, ou, pește, arahide...), aeroalergenii (praf de casă, păr de animale), agenții infecțioși, climatul (frigul excesiv), iritanții (săpunul, soluții dezinfectante, fumul de țigară), stresul.

Leziunile inflamatorii recurente sunt distincte în funcție de vârstă. Debutul clasic peste vârsta de 3 luni nu se respectă de multe ori, putând apărea chiar după primele 6 săptămâni.

Diagnosticul este clinic, simptomul esențial fiind pruritul. Alte criterii de diagnostic sunt reprezentate de: evoluția cronică, debutul în copilărie, uscăciunea marcată a tegumentelor, istoricul familial de alergii, prezența altor tipuri de alergii (rinita alergică, conjunctivita alergică, astm bronșic).

Pentru acuratețea diagnosticului se folosesc "Criteriile grupului britanic de studiu al dermatitei atopice":

- criteriu major (obligatoriu):
- afecțiune cutanată pruriginoasă
- criterii minore (3 criterii necesare):
- debut sub vârsta de 2 ani (pentru copii peste 4 ani)
- dermatita flexurală manifesta (a obrazilor pentru copii sub 4 ani)
- istoric de xeroză cutanată generalizată

- APP, AHC ce cuprind alte boli atopice
- Incidența crescută a acestei afecțiuni a îndreptat atenția specialiștilor către prevenția episoadelor recurente, consilierea pentru gestionarea episoadelor, intervenția promptă pentru prevenirea complicațiilor.

Studii recente au evidențiat relația vitaminei D cu alergiile. Se știe rolul ei în homeostazia calciului și fosforului, în același timp având o importanță deosebită în modularea răspunsului sistemului imun, stimulează producția de peptide antimicrobiene la nivelul pielii, constatându-se un nivel scăzut al 25-hidroxi vitamina D la copiii cu DA, astm bronșic, alergii alimentare.

Este în studiu și ipoteza că diversificarea precoce a sugarilor, ca și introducerea înaintea vârstei de un an a alimentelor cu potențial alergen ar putea reduce riscul de DA și alergii alimentare (Lis-Swięty A, Milewska-Wróbel D, Janicka I/Dietary strategies for primary prevention of atopic diseases - what do we know?/Dev Period Med. 2016).

De asemenea, probioticele ar putea avea efect benefic în prevenția și/sau tratamentul DA, dar mai multe întrebări își caută încă răspunsul:

- ce tip de probiotic să folosim?,
- în ce doză și cât timp să îl administrăm?,
- la ce vârstă sunt mai eficiente?,
- și cel mai important, ar fi utilă o personalizare a terapiei?.

Deși studiile arată efecte inconstante ale probioticelor asupra evoluției dermatitei atopice, sunt destui specialiști care le folosesc pentru a reduce severitatea simptomelor și leziunilor de dermatită atopică. Aderența pacienților la acest tip de terapie este crescută, orice adjuvant fiind important pentru îmbunătățirea calității vieții pacienților cu DA (Rather IA, Bajpai VK, Kumar S, Lim J, Paek WK, Park YH./Probiotics and Atopic Dermatitis: An Overview/Front Microbiol. 2016 Apr).

Noile direcții terapeutice se orientează spre reducerea costurilor prin limitarea episoadelor acute. Utilizarea precoce și con-

stantă, din copilărie, a emolientelor va preveni apariția semnelor și simptomelor, ca și a complicațiilor (emolientul reface filmul lipidic de la suprafața pielii, astfel se reduce pruritul și scade gratajul, deci se reduc leziunile și se taie cercul vicios de întreținere).

Insuccesul în tratarea DA poate fi legat de aderența terapeutică scăzută, ca efect al lipsei de informații sau a informațiilor incorecte ale părinților. În era informației facile și instantanee, găsirea unor criterii de selecție a datelor corecte și competente reprezintă o problemă pentru părinți, aceștia ajungând deseori să își adune datele de pe forumuri non-medicale. Din această cauză, 20% din părinți au corticofobie, neștiind când și cât se poate aplica un dermatocorticoid astfel încât efectul să fie favorabil, iar reacțiile adverse minime sau nesemnificative.

Este important ca părinții să accepte că DA este o afecțiune cronică ce necesită îngrijire și intervenții medicale permanente pentru a întrerupe cercul vicios "prurit-scărpinat".

În acest context, rolul medicului de familie este esențial în asigurarea suportului și consilierii familiei copilului cu DA, câteva sfaturi utile fiind:

- alăptarea la sân până la 6-7 luni
- la diversificare se vor introduce mai târziu: laptele integral, ouăle, citricele, carnea de pește
- baia să fie de scurtă durată, în apă nu prea fierbinte, iar după baie, utilizarea de creme grase (emoliente) pe tot corpul, nu doar pe leziuni
- îmbrăcăminte din bumbac, nu lână, fibre sintetice și evitarea îmbrăcării excesive
- spălarea hainelor cu detergenți blânzi, fără balsam și clătirea suplimentară
- în spațiul de locuit, temperatura constantă (nu prea cald) și umiditate potrivită a aerului
- evitarea obiectelor care adună praf (jucării de pluș)
- copilul trebuie să fie într-un climat afectuos și calm (agitația scade pragul la prurit)

Cele mai recente studii se îndreaptă spre calitatea vieții pentru pacienții cu DA și pentru familiile lor. O atitudine pro-activă în care să fie implicați, pe lângă medicul de familie, asistente, medicii specialiști, dar și părinții copiilor cu DA, va aduce o rată mai mare de succes terapeutic și de satisfacție pentru familie.

Dermatită Atopică

TRIDERM A.D.

Noua gamă pentru pielea predispusă la dermatita atopică
cu ingredientul inovativ

AD-RESYL® :
OLIGOZAHARIDE purificate
din *Ophiopogon Japonicus*

1 ingredient pentru 4 acțiuni

1. Restabilește funcția de barieră a pielii
2. Reechilibrează microbiota pielii, diminuând aderența *Stafilococului Auriu*
3. Hidratează pielea
4. Atenuează răspunsul inflamator Th2

TRIDERM A.D.
Cremă de curățare
păr și corp



- Foarte bine tolerat
- Proprietăți puternice rehidratante
- Ideal pentru sugari, copii și adulți

TRIDERM A.D.
Balsam emolient



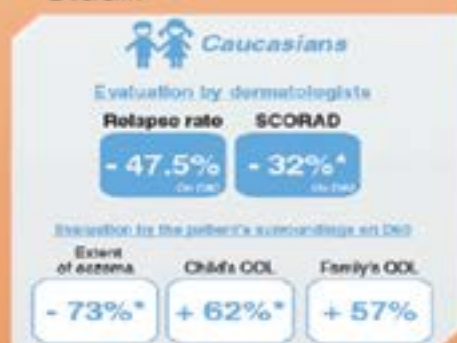
- Indicată să se utilizeze în perioada de iarnă
- Restabilește funcția de barieră
- Restabilește gradul de hidratare al pielii
- Ideal pentru sugari, copii și adulți

TRIDERM A.D.
Cremă emolientă

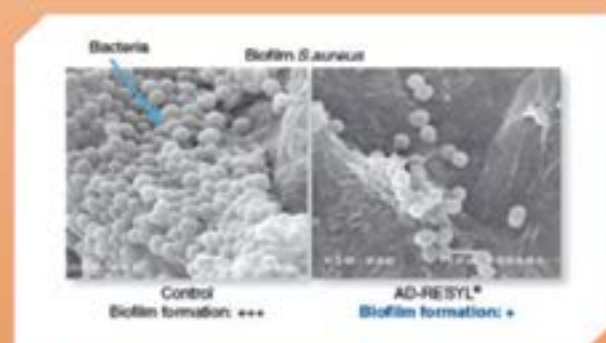


- Indicată să se utilizeze în perioada de vară
- Restabilește funcția de barieră
- Restabilește gradul de hidratare al pielii
- Ideal pentru sugari, copii și adulți

Studii:



Reducerea ratei de recidivă
Îmbunătățirea calității vieții



Reducerea biofilmului format de *Staphylococcus aureus*



TRIDERM
Baby & Kid

GAMĂ COMPLETĂ DE TRATAMENT ȘI ÎNGRIJIRE PENTRU PIELEA DELICATĂ A BEBELUȘILOR ȘI A COPIILOR:



- Ulei de baie calmant
- Cremă de duș
- Apă micelară
- Șampon ultradelicat
- Ulei hidratant de seară
- Loțiune pentru piele sensibilă
- Cremă protectoare cu oxid de zinc 20%

TRIDERM LENIL AG
Tratament simptomatic pentru dermatite cu risc de suprainfecție



Argint coloidal
Nu conține cortizoni

TRIDERM LENIL+
Tratament topic antiinflamator



- Furfuril palmitat (neutralizează O singlet)
 - Glicerol-Fosfoinozitol (inhibitor al fosfolipazei A2)
- Nu conține cortizoni



TRIDERM LEN'OIL
Ulei antipruriginos



- Extract de Zanthoxylum Bungearum
 - Vitamina E (25%)
- Nu conține cortizoni

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



NEW
breast-like
nipple
for more natural
feeding

#1 Pediatrician Recommended
BABY BOTTLE
IN THE U.S.

Dovedit clinic că reduce colicii, eructatul, espectoratul și gazele

Sistemul intern de ventilație

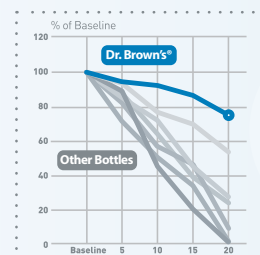
- 1** Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2** Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3** Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4** Bebelușul se hrănește 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



BPA Free



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.


Al XIV-lea
CONGRES NAȚIONAL DE PEDIATRIE
cu participare internațională

„Prezent și viitor în Pediatria practică”

www.congrespediatrie2019.ro



2019
 11 – 14 septembrie
CLUJ-NAPOCA



INIȚIERE. EVOLUȚIE. EXCELENȚĂ
 DIN 1857

**CONGRESUL UNIVERSITĂȚII
 DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
 CAROL DAVILA - BUCUREȘTI**
Perspective interdisciplinare

EDIȚIA A VII-A

PALATUL PARLAMENTULUI / 10 - 12 OCTOMBRIE 2019

ORDINUL ASISTENȚILOR MEDICALI GENERALIȘTI, MOAȘELOR
 ȘI ASISTENȚILOR MEDICALI DIN ROMÂNIA - FILIALA CLUJ





**ZILELE CLUJENE
 ALE ASISTENȚILOR
 MEDICALI**

17-18 OCTOMBRIE 2019
 Cluj-Napoca, Grand Hotel Italia

WWW.CONGRESULASISTENȚILORMEDICALI.RO
oammrcluj.medevents.ro





urogin-panaitisarbuzo@medical-congresses.ro



**CONGRESUL NAȚIONAL
 DE UROGINECOLOGIE**



17-18 octombrie
2019
 București



Screeningul neonatal are ca scop identificarea erorilor înnăscute de metabolism, ceea ce permite intervenții terapeutice timpurii pentru reducerea mortalității sau a dizabilităților ce pot afecta calitatea vieții.

Prin spectrometria de masă (LC/MS / MS) se detectează nivelurile anormale de aminoacizi, carnitină liberă și acilcarnitină. Se pot indentifica astfel defecte ale metabolismului aminoacizilor, cum ar fi fenilcetonuria (PKU) și MSUD, defecte ale metabolismului oxidării acizilor organici și tulburări metabolice ale oxidării acizilor grași ca urmare a unui deficit enzimatic.



AGILROM SCIENTIFIC

furnizează soluția completă pentru screeningul neo-natal prin spectrometria de masă în tandem:

- Sistem LC MSMS Agilent
- Screening, confirmare și cuantificare
- Kituri Jasem pentru analize LC MSMS:
- new born screening - aminoacizi și acilcarnitină din spoturi uscate de sânge (DBS) – cu standard intern, fără derivatizare.
- kituri Jasem pentru toxicologie clinică în fluide biologice



PLATFORMA COMPLETĂ MICROARRAY pentru screening prenatal, postnatal

Platforma Agilent include scanner microarray rezoluție înaltă, lame microarray și reactivi pentru:

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Expresie genetică Analiză de exoni – prin all exon arrays • CGH Comparative Genomic Hybridization • CNV Copy Number Variation | <ul style="list-style-type: none"> • CGH + SNP arrays – analiză microarray CGH și SNP, într-un singur experiment, pe o singură lamă microarray! • Studii de metilare ADN • Studii microARN |
|--|---|

MONITORIZARE PACIENT

Capnograf UT100c

Monitorul de semne vitale **UT100C** este un dispozitiv compact și portabil, pentru măsurarea saturației oxigenului din sânge (SpO₂), alura ventriculară (PR), ritmul / numărul de respirații (RR) și nivelul CO₂, în spital, clinici, unitatea de primiri urgențe sau acasă pentru adulți, **copil sau nou-născuți**.

Monitorizarea End-tidal CO₂ (ETCO₂) este o tehnică neinvazivă pentru măsurarea presiunii parțiale sau concentrației maxime de bioxid de carbon (CO₂) la sfârșitul unei expirații, fiind exprimat ca procentaj al CO₂ sau mmHg.



Valorile normale sunt între 5% și 6% CO₂, echivalente cu 35 - 45 mmHg.



Senzorul de CO₂: "sidestream" se folosește la pacienții neintubați, "mainstream" se folosește la pacienții intubați.

Pulsoximetru portabil alimentat la baterii sau la rețea



- * Design compact pentru transport sau manipulare ușoară și sigură
- * Detectare rapidă a SpO₂ și a pulsului
- * Display COLOR cu rezoluție excelentă și iluminare din spate, indicând SpO₂, valoarea pulsului, pletismograma și tendințele acestora
- * Portabilitate și design ergonomic,
- * Rotirea ecranului permite monitorizarea atât în poziție verticală cât și orizontală
- * Indexul perfuziei indică tăria semnalului pulsului
- * Permite 3 metode de măsurare:

Măsurare intermitentă – spot check

Măsurare și stocare continuă – monitorizare

Măsurare și stocare în modul de economie a energiei – mod înregistrare

* Volum ajustabil al pulsului

* Ajustare a nivelelor alarmei maxim și minim pentru SpO₂ și puls

* Alertare luminoasă și auditivă cu 15 minute înainte ca bateria să se descarce

* Management al pacientului : identitate, sex, tip (**nou născut, copil, adult**, metoda măsurare)

* Datele pot fi transferate în PC pentru stocare, revizualizare sau analiză.

* Patru moduri de vizualizare



Pulsoximetru de deget color OLED

- * Pulsoximetru de deget de tip "all inclusive"
- * Include totul într-o singură carcasă: senzor de tip clește, afișaj, baterii
- * Afișaj OLED bicolor cu 6 moduri de afișare, cu orientare în 4 poziții
- * Afișează undă SpO₂ (pletismogramă sau bară), PR, bară intensitate puls
- * Indicator al intensității pulsului
- * Rezoluție:
 - 1% pentru SpO₂
 - 1 bpm pentru PULS
- * Acuratețea măsurărilor:
 - SpO₂: ±3% în intervalul 70-99%
 - PULS: ±2% în intervalul 30-250 BPM
- * Indicator de baterie descărcată
- * Funcție de oprire automată





BALMED SRL - București, Bd. Burebista nr. 1

Tel/Fax: 021 327 52 69

E-mail: office@balmed.ro, www.balmed.ro

ANALIZOR TESTE MOLECULARE

pentru diagnosticarea bolilor infectioase

- costuri reduse
- rezultate rapide
- sensibilitate
- specificitate



- Chlamydia & Gonorrhea
- Influenza A/B
- Combo RSV A/B
- Clostridium difficile,
- Meningococ,
- Mycoplasma pneumoniae,
- Streptococ de grup B

hibergene

Salvează TIMP.
Salvează VIETI.

Peyona[®]

caffeine citrate

A STEP FORWARD

Apneea
nou născutului
prematur



Un pas înainte

Prima formulare standardizată din Europa
special concepută pentru tratamentul
apneei nou născutului prematur



Chiesi România – Member of Chiesi Eastern Europe, Tel +40/21 202 36 42 – Fax +40/21 202 36 43
Chiesi România SRL – Str. Venezuela nr. 10, sector 1, 011834 – București – România, www.chiesi.com

Chiesi
In neonatology for life

Deținătorul APP nr. 528/20019/01-02: Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A-43100 Parma, Italia. Data reevaluării: Martie 2014. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete despre produs, vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărei detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>.

Chiesi

In neonatology for life



25 YEARS
CUROSURF[®]
Poractant Alfa
saving lives



Chiesi România - Member of Chiesi Eastern Europe, Tel +40/21 202 36 42 - Fax +40/21 202 36 43
Chiesi România SRL - Str. Venezuela nr. 10, sector 1, 011834 - București - România, www.chiesi.ro - www.chiesi.com

Deținătorul APP nr. 272/2007/01 Chiesi Farmaceutici S.p.A., Via Palermo 26/A-43100 Parma, Italia. Data reautorizării: Octombrie 2007. Acest material promoțional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. Pentru informații complete despre produs, vă rugăm să consultați Rezumatul Caracteristicilor Produsului. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată prin intermediul sistemului național de raportare, ale cărei detalii sunt publicate pe web-site-ul Agenției Naționale a Medicamentului și a Dispozitivelor Medicale <http://www.anm.ro>

Cu testul FABER, alergia ta nu mai este un mister...



**Descoperă-ți alergia
printr-un singur TEST**

Allergy  **arma**