





MEDICAL MARKET



Prof. Dr. Doina Pleșca
Președinte Societatea Română de Pediatrie



Conf. Dr. Angela Butnariu
Cabinet medical Pediatrie - Cardiologie Cluj-Napoca, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca




Prof. Dr. Gabriela Radulian
Institutul Național de Diabet, Nutriție și Boli Metabolice „N. Paulescu” București



Prof. Dr. Anca Trifan
UMF „Grigore T. Popa”, SCU „Sf. Spiridon”, Iași



Dr. Miorița Toader
Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București



Dr. Ileana Brînză
Instructor Formator MF, Vicepreședinte AREPMF,



Prof. Dr. Puiu Iulian Velea
Clinica II Pediatrie „Bega”, UMF „Victor Babeș” Timișoara

Pediatrie

Revista profesioniștilor din Sănătate

2020 - 2021



ZirComBi®
Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale la pacienții cu sindrom de intestin iritabil

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB-121® (2 miliarde per pilă), *Lactobacillus acidophilus* W8001 (1 miliard per pilă) și vitamina B12 (100 mcg) și vitamina D3 (25 mcg).

*100% valoare nutritivă de referință.



Zir-FOS®
Simbiotic vitaminizat

Expertul în refacerea microbiotei intestinale post-antibioterapie sistemică

Supliment alimentar pe bază de *Bifidobacterium longum* BB-121® (2 miliarde per pilă), *Fructo-oligosaharid* (FOS) și complex de vitamine B1® (10 mcg), B2® (1 mg), B6® (1 mg), B12® (1 mcg), K1® (1 mcg) și K2® (1 mcg).

*100% valoare nutritivă de referință.

Acest material promotional este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății. ZirComBi și ZirFos sunt suplimente alimentare. Citii cu atenție prospectul și informațiile de pe ambalaj. Profesioniștii din domeniul sănătății sunt rugați să raporteze orice reacție adversă suspectată la acest produs la adresa de e-mail: drugsafety@alfasigma.com

Alfasigma România S.R.L.
Str. Clujului nr. 16, sector 1, Cluj-Napoca, România
Tel.: +40 266 805 11 20 / +40 266 805 11 21 Fax: +40 266 805 11 22
e-mail: comercial@alfasigma.ro

ALFASIGMA 

Publicație adresată
cadrelor medicale

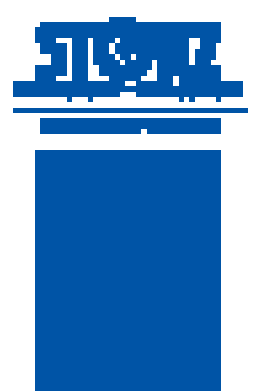


© 2011 Johnson & Johnson

RioTaLock™

TAN self-retaining trocar for neonatal and pediatric surgery

FOR MORE INFORMATION, VISIT US AT www.johnsonandjohnson.com
FOR MORE INFORMATION, VISIT US AT www.johnsonandjohnson.com
FOR MORE INFORMATION, VISIT US AT www.johnsonandjohnson.com



Timpanometria nu a fost niciodată atât de simplă și captivantă pentru micii pacienți

Un nou sistem de analiză a timpanului și urechii medii a copilului perceput de acesta ca un raliu auto

Aduceți micii pacienți pentru a beneficia de acest mijloc simplu și rapid de scanare a urechii medii



Animația în culori vii captează și farmecă atenția celor mici

Testarea se face simplu și rapid, concentrând atenția asupra cursei auto în care micul pacient este chiar pilotul mașinii câștigătoare. Animația vie captează atenția copilului și transformă procedura de testare într-o experiență captivantă și distractivă.

Începutul măsurătorii de timpanimetrie sau al screeningului reflex se suprapune cu startul într-un raliu de mașini de mare viteză. Acest lucru face procedura de screening ușoară pentru operator și distractivă pentru micul pacient

Caracteristici de bază:

- Testarea ușoară a urechii medii a copilului
- Captarea atenției copilului înseamnă evitarea testelor ratate
- Rezultatul testului se obține în câteva secunde
- Interfață senzitivă totală pentru o utilizare intuitivă
- Customizabil pentru orice pacient



Testarea urechii medii devine jocul preferat al copilului



1. Începerea testului

Imediat ce senzorul este cuplat la urechea copilului, măsurătoarea începe simultan cu cursa de mare viteză de pe monitor

2. Colectarea măsurătorilor


Când testarea începe și bolidul de curse demarează, datele măsurării parametrilor urechii interne sunt afișate direct pe burtiera monitorului

3. Detecția automată a decuplării de la aparatul de testare

Dacă testul eșuează prin deconectarea copilului de la aparat, mașina de curse se răstoarnă și se reia cursa, respectiv testarea

4. Finalul cursei automobilistice

În momentul în care testarea ajunge la sfârșit și măsurătorile sunt complete, pilotul și mașina lui de curse trec linia de finish și micul pacient câștigă cursa!




Dr. Chițanu Liliana-Elena

Medic primar MF, Medic formator
Lector în proiecte naționale și regionale AREPMF




Asist. Univ. Dr. Pop Claudia-Felicia

Medic primar Medicină de familie, Disciplina Nursing
UMF „Iuliu-Hațieganu” Cluj-Napoca



As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și Gastroenterologie, medic
specialist Gastroenterologie,




Dr. Alexandru Munteanu

Cabinet medical Pediatrie - Cardiologie
Cluj-Napoca, UMF „Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca




Dr. Daniela Cioplean

Medic chirurg specialist în Strabologie
și Oftalmopediatrie, Vicepreședinte
al Asociației Europene de Strabologie



Dr. Anca Mocanu

Medic specialist genetică medicală



Dr. Elena Amăricăi

Departamentul de Balneologie, Recuperare Medicală
și Reumatologie, UMF „Victor Babeș” Timișoara; Secția
de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Spitalul Clinic de
Urgență pentru Copii „Louis Țurcanu” Timișoara



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

„Consider că trebuie întreprinse toate eforturile pentru ca școala românească de pediatrie să ajungă acolo unde îi este locul în Europa” Interviu cu doamna Prof. Dr. Doina Anca Pleșca	6
Constipația cronică la copii: principii de abordare clinică și tratament As. Univ. Dr. Oana Petrea, Carol Stanciu, Ana-Maria Sîngeap, Cristina Muzică, Anca Trifan	12
Principalele infecții cutanate pediatrice Dr. Raluca Miulescu	16
Asistența medicală pediatrică primară, genetica și genomica Dr. Anca Mocanu, Dr. Danae Stambouli, Dr. Biol. Andreea Țuțulan-Cuniță	19
Provocările managementului de caz în Secția de Terapie Intensivă Pediatrică Asist. Univ. Dr. Țincu Iulia Florentina	22
Epistaxisul în perioada copilăriei Dr. Miorița Toader	26
Importanța educației în ameliorarea calității vieții copilului cu astm bronșic Asist. Univ. Dr. Pop Claudia-Felicia	32
Obstrucția Congenitală de Duct Lacrimo-Nazal (Imperforația Congenitală de Duct Lacrimo-Nazal) – diagnostic, complicații, soluții de tratament Dr. Daniela Cioplean	37
Examinarea ecocardiografică a malformațiilor cardiace congenitale. Ce trebuie să înțeleagă pediatrul? Conf. Univ. Dr. Angela Butnariu, Dr. Alexandru Munteanu	38
„Patologia din domeniul endocrinologie și diabet pediatric diferă substanțial de cea a adulților” Interviu cu Prof. Univ. Dr. Iulian Puiu Velea	40
Procesul de coaching la adolescenți din perspectiva medicului de familie Dr. Ileana Brînză	42
Intoleranța la lactoză Dr. Chițanu Liliana-Elena	46
Actualități în diagnosticul și tratamentul diabetului zaharat tip 2 la copil Irina Calma, Gabriela Radulian	52
De ce sunt membru AREPMF? Dr. Valeria Herdea	55
Aplicațiile medicinei fizice și de reabilitare la copilul cu boală genetică Dr. Elena Amăricăi	56

SIMULATOARE AVANSATE

**PENTRU FORMAREA PROFESIONALĂ PRIN SIMULARE MEDICALĂ
ÎN ANESTEZIE ȘI TERAPIE INTENSIVĂ PEDIATRICĂ
ȘI MEDICINĂ DE URGENȚĂ**



Ghidurile clinice precum și protocoalele pediatrică sunt într-o continuă schimbare, astfel încât punerea în aplicare a noulor strategii, în mod sigur și rapid, poate fi foarte dificilă.

Simulatoarele pediatrică produse de compania Gaumard permit echipei din departamentele ATI și UPU să se instruiască folosind ghidurile și abilitățile de care au nevoie în situații reale.

De la dezvoltarea abilităților specializate necesare pentru a comunica, diagnostica și trata în mod eficient pacienții pediatrici, în aproape toate domeniile clinice, și până la managementul avansat al complicațiilor, astfel cum gama noastră completă de simulatoare pediatrică poate ajuta echipa dumneavoastră să fie mereu pregătită pentru cele mai complexe cazuri.



PEDIATRIC HAL® S2225

Simulator pediatric de înaltă fidelitate

- Ochii interactivi și expresii faciale active
- Complianță pulmonară dinamică cu suportul unui aparat real de ventilație mecanică
- Monitorizarea pacienților cu echipamente reale: SpO2, ECG, capnografie, NIBP, pacing și defibrilare
- Intervenții de urgență: căi respiratorii chirurgicale, decompresie cu ac, introducerea tubului toracic, intubare dificilă
- Conectivitate Wireless, baterie cu timp de funcționare până la 8 ore

„Consider că trebuie întreprinse toate eforturile pentru ca școala românească de pediatrie să ajungă acolo unde îi este locul în Europa”

Interviu realizat cu doamna Prof. Dr. Doina Anca Pleșca, medic primar pediatru, medic primar neurologie pediatrică, supraspecializare în pneumologie pediatrică, Director Departamentul Clinic 7, UMF „Carol Davila” Șef Secție Clinică Pediatrie în cadrul Spitalului Clinic de Urgență pentru Copii „Dr. Victor Gomoiu”, Președintele SRPed

COVID-19 este tema actuală în sistemul medical mondial, deci și în România.

În prezent, pandemia de COVID-19 reprezintă o urgență medicală globală. Mii de oameni de știință lucrează neconștient, contra cronometru, pentru identificarea unui tratament specific pe de o parte, și a unui vaccin pe de altă parte. La acest moment este extrem de important să înțelegem care sunt principalele căi de transmitere ale infecției, în ce măsură sunt afectate și cum reacționează diferitele categorii de vârstă (în mod particular copiii) în fața agresiunii infecțioase, de ce resurse terapeutice beneficiem în prezent.

Cum se transmite infecția cu COVID-19?

Dacă ne referim la căile de transmitere, pot afirma că în prezent nu sunt cunoscute pe deplin toate aceste modalități. Inițial s-a crezut că piața de fructe de mare din Wuhan (China) ar fi reprezentat principalul punct de plecare al pandemiei de COVID 19. Ulterior s-au lansat teorii potrivit cărora consumul de șerpi, lilieci sau alte animale este responsabil de transmiterea infecției la om.

În prezent, transmiterea de la persoană la persoană a devenit modelul

principal de diseminare al infecției. Aceasta se realizează prin intermediul picăturilor de salivă provenite de la o persoană infectată, prin atingerea de suprafețe contaminate, prin materii fecale, sânge, etc.

Se menționează că, la copii, transmiterea infecției se realizează prin contact apropiat cu un membru al familiei COVID19 pozitiv, expunere îndelungată într-o zonă endemică cunoscută sau prin ambele mecanisme.

De ce copiii sunt mai puțin vulnerabili la infecția cu COVID-19?

Ca și adulții, copiii expuși la COVID-19 vor fi infectați urmând să dezvolte boala într-o manieră total diferită comparativ cu aceștia. Până în prezent în lume, copiii au reprezentat un procent de doar 2% din cazuri în China, 1,2% în Italia și 1,7% în SUA. Datele epidemiologice obținute arată că infecția cu COVID-19 la populația pediatrică se caracterizează prin manifestări clinice mai puțin severe în comparație cu populația adultă. Astfel, într-un studiu realizat în China pe un lot de 2143 de cazuri pediatrice a rezultat că peste 90% dintre pacienți au fost asimptomatici sau au prezentat forme ușoare/medii de boală, 5,2% au prezentat forme severe și doar 0,6% au

prezentat forme critice de boală comparativ cu 19% în populația adultă.

Un alt studiu preliminar referitor la infecția cu COVID-19, care a cuprins 2572 de copii, publicat de Centrul de Control al Bolilor (CDC) din SUA în aprilie 2020 menționează că, în comparație cu adulții, numărul copiilor internați a fost extrem de redus, aceștia fiind asimptomatici sau prezentând forme ușoare de boală.

Pornind de la aceste constatări, oamenii de știință au lansat ideea potrivit căreia copiii sunt mai puțin vulnerabili la efectele infecției cu COVID-19 comparativ cu populația adultă.

De ce virusul afectează diferit copiii în comparație cu adulții?

Majoritatea publicațiilor referitoare la infecția cu COVID-19 converg către concluzia că boala are o evoluție asimptomatică sau ușoară/moderată la copii. Cele mai frecvente explicații legate de comportamentul copiilor la infecție ar fi:

- Expunerea repetată a copiilor la infecții virale (VSR, adenovirusuri, virusurile gripale, alte virusuri corona) induce răspunsuri imune semnificative exprimate prin niveluri crescute de imunoglobuline care pot să fie îndreptate și împotriva

noii infecții cu COVID-19, comparativ cu adulții.

- Maturarea imunității umorale și celulare la copii nu este complet finalizată în primii ani de viață. Acest comportament imun poate fi unul dintre mecanismele care conduc la absența răspunsurilor imune exagerate din cadrul infecției virale, respectiv eliberare redusă de mediatori proinflamatori (cytokine), mediatori care acționează la nivelul plămânilor producând leziuni importante în condițiile acumulării unor cantități importante.
- S-a demonstrat că virusul COVID-19 aderă de receptorii Angiotensin-Converting Enzyme2 (ACE2) pentru a intra în celulele pe care urmează a le infecta. Expresia acestor receptori este redusă/imatură la copii cu cât aceștia sunt mai mici. În plus, s-a descoperit că expresia acestor receptori se poate modifica în funcție de vârstă, sex, rasă, comorbidități sau utilizarea unor medicamente.
- Copiii asociază mult mai rar comorbidități.
- Copiii nu fumează.

Care sunt manifestările clinice ale infecției cu COVID-19 la copii?

Simptomatologia apărută la copiii infectați cu COVID-19 este mai puțin severă comparativ cu cea observată la adulți. În studiul publicat de Dong și colab. care a inclus 2143 de copii diagnosticați cu infecție COVID-19 utilizând criteriile precum istoric de expunere, manifestări clinice, teste de laborator, cele mai frecvente simptome descrise au fost tusea (48,5%), hiperemia faringiană (46,2%) și febră de cel puțin 37,5 grade C (41,5%). Alte simptome care au apărut au fost diareea (8,8%), astenia (7,6%), rinoreea (7,6%) și vărsăturile (6,4%).

Pe de altă parte, studiul publicat de CDC care a inclus 2500 copii cu COVID-19 pozitiv, a arătat că acești pacienți au prezentat simptome precum febră, tuse și scurtarea respirației mai rar comparativ cu adulții infectați. La un număr semnificativ de copii aceste simptome au fost absente deși erau in-

fectați. Același studiu a mai arătat că sugarii cu COVID-19 au fost spitalizați mult mai frecvent comparativ cu celelalte grupe de vârstă pediatrică, fiind principalii candidați la forme mai grave de boală. Tot în același studiu s-a observat că 57% dintre pacienți erau de sex masculin, sugerându-se că ar exista niște „factori biologici specifici” care determină o susceptibilitate crescută la sexul masculin.

Există un tratament pentru copiii care sunt infectați cu COVID-19?

În toată literatura de profil publicată se menționează că în prezent nu există un tratament specific antiviral pentru infecția cu COVID-19 și de asemenea nu există un vaccin.

Majoritatea nou născuților, sugariilor și copiilor prezintă forme ușoare/moderate de boală sau sunt asimpto-

matici. În acest context, terapia recomandată constă în măsuri generale: aport de lichide și electroliți, alimentație adecvată vârstei, antitermice (Paracetamol la valori ale curbei termice de peste 38C), oxigenoterapie (în caz de desaturare), antibioterapie pentru situațiile în care apar suprainfecții bacteriene. Formele care evoluează cu detresă respiratorie severă impun abordări terapeutice „salvatoare” precum administrarea de surfactant, inhalatii cu oxid nitric, ventilație mecanică (în cazuri critice). Nou născuții și copiii nu necesită de regulă terapie antivirală. Administrare de plasmă obținută de la pacienții vindecați de infecția cu COVID-19 poate să reprezinte o alternativă terapeutică de viitor. În unele țări au fost utilizate scheme terapeutice care au inclus nebulizări cu Interferon, imunoglobuline administrate intravenos, thymosin alpha-1, levamisole, etc.



Care este opinia dvs. cu privire la noul proiect de lege a vaccinării?

În contextul pandemiei COVID-19, a epidemiilor de rujeolă, a multiplelor cazuri de îmbolnăviri determinate de gripă cu care ne-am confruntat în ultimii ani, trebuie să subliniez că așteptăm cu mare interes votarea, promulgarea și implementarea legii privind vaccinarea persoanelor în România. Obiectivul acestei legi îl reprezintă reglementarea activității de vaccinare a copiilor și a adulților, pe durata vieții, în vederea prevenirii și limitării răspândirii bolilor transmisibile care pot fi prevenite prin vaccinare populației în România. În plus, prezenta lege garantează și promovează dreptul persoanelor, în particular dreptul copilului, de a se bucura de bună stare de sănătate prin implementarea măsurilor profilactice de vaccinare. În acest mod ne alăturăm țărilor europene care au adoptat o astfel de legislație.

Care sunt riscurile de îmbolnăvire a copiilor nevaccinați antipneumococic? Ce afecțiuni pot dezvolta aceștia?

Dacă ne referim la riscurile care derivă din lipsa de vaccinare pentru copii prin îmbolnăvire cu principalele serotipuri de pneumococ (*Streptococcus pneumoniae*), ar trebui să fac câteva precizări. Infecțiile pneumococice sunt infecții bacteriene care îmbracă diverse tablouri clinice. Acestea pot determina „boli non-invazive”, precum otita medie acută (otita supurată), sinuzita sau pneumonia acută și „boli invazive”, precum pneumonia asociată cu pleurezie purulentă, meningita, septicemia sau bacteriemia, afecțiuni care au rate mari de mortalitate.

Pneumococul reprezintă o etiologie frecventă a otitei medii acute, fiind izolat în 28-55% dintre aspiratele din urechea medie. Până la vârsta de 12 luni, mai mult de 60% dintre copii au avut cel puțin un episod de otită medie acută. Otita medie acută pneumococică se poate complica cu mastoidita acută (supurație osoasă a stâncii

temporale), meningita acută, abces cerebral, tromboză de sinus cavernos.

Complicațiile pneumoniei pneumococice la copil includ pleurezie purulentă (empiem), abces pulmonar, pneumonie necrotizantă sau afectare pulmonară acută cu sindrom de detresă respiratorie acută (ARDS).

Meningita pneumococică se poate complica cu sechelele neurologice (retard mental, deficite motorii, epilepsie, etc), pierderea auzului sau poate să conducă la deces într-un procent semnificativ de cazuri.

Printr-un efort constant al societăților academice (Societatea Română de Pediatrie, Societatea Română de Boli Infecțioase, Societatea Română de Epidemiologie, Societatea Română de Microbiologie), în anul 2017, vaccinarea antipneumococică a fost inclusă în programul național de imunizare. Ne străduim ca acest program de imunizare să funcționeze, informând aparținătorii referitor la ce înseamnă infecția pneumococică, dar nu numai, care este impactul infecției asupra stării de sănătate a copilului, dar mai ales care sunt consecințele refuzului de a vaccina copiii.

Rămâne remarcabilă implicarea dvs. în procesul de educare și formare a medicilor tineri. Ce demersuri faceți pentru susținerea celor care aleg să vă urmeze exemplul de dăruire și profesionalism pentru micuții pacienți (dpdv al Președintelui SRPed)? Ce calități îi trebuie unui pediatru în comparație cu alte specializări medicale?

Alegerea de a deveni medic pediatru și implicit de a îngriji copiii nu este de loc ușoară pentru că micuții pacienți sunt total diferiți de celelalte categorii de pacienți. Trebuie să dispui de o mare dăruire, empatie, înțelegere și foarte multă răbdare pentru orice copil aflat în suferință, să fi un bun comunicator, mai ales că între medic și pacient se interpun părinții. În cazul nostru, trebuie să conștientizăm că familiile micilor pacienți sunt întotdeauna îngrijorate de suferința copii-

lor lor. Datoria medicului este să explice cât mai amănunțit și pe înțelesul tuturor de ce afecțiune suferă copilul, care sunt motivele pentru care acesta necesită internarea în spital, de ce sunt necesare investigații paraclinice, care va fi atitudinea terapeutică cea mai eficientă, cât ar trebui să stea în spital, dar și ce complicații pot să apară pe parcursul evoluției bolii. Cu cât există mai multă comunicare și transparență în actul decizional medical, cu atât încrederea aparținătorilor va crește față de medicul curant. Până la urmă medicul pediatru devine la un moment dat un veritabil membru al familiei, acesta îngrijind un individ de când se naște și până când acesta devine adult.

Din punctul meu de vedere, copilul bolnav este un pacient extrem de vulnerabil care se poate destabiliza în fiecare clipă. Experiența clinică asociată cu o solidă pregătire medicală reprezintă cheia succesului, adică stabilirea cât mai rapidă a diagnosticului corect și inițierea tratamentului adecvat. Dar acestea se învață în timp, cu multă perseverență, mult efort și multă documentație medicală parcursă. Rezidenții de astăzi, specialiștii de mâine trebuie să aibă de la cine învața și forma pentru a putea performa în viitor. Modelarea profilului unui medic pediatru se face în timp și asta depinde în primul rând de formatori.

Cum apreciați nivelul de pregătire al medicilor pediatri?

De la bun început precizez că sunt absolventă a Facultății de Pediatrie. Am dorit să îngrijesc și să alin suferința copiilor. În cursul facultății am studiat pe parcursul mai multor semestre despre patologia copilului, atât specialități medicale dar și specialități chirurgicale. Din nefericire, ținând cont de necesitatea alinării României la standardele europene, în urmă cu mai mulți ani a fost luată decizia ca Facultatea de Pediatrie să fie desființată. Acum, studenții, în decursul celor 6 ani de studiu de licență parcurg doar un modul de 8 săptămâni de pediatrie. Vorbim despre un timp extrem de redus de studiu alocat pentru a-ți permite să înțelegi cât de cât cam care este patologia copilului și prin ce aceasta

Cu sau fără antibiotice?

Orion
Diagnostics
is now

AIDIAN

Read more: www.aidian.eu

Serviciile clinice ale AIDIAN din toate provinciile de vest și centrale oferă servicii de diagnostic molecular și imunologic cu cea mai bună calitate instrumental (Qualitative) și rapidă și servicii de laborator pentru prescripția sau nu Antibioticelor (Dependence to temperature control) servicii prin intermediul rețelei instrument, Qualitative, și servicii personalizate de consultanță ILS în practică.

wfCRP+Hb

- > Rezultate disponibile în 2 minute, valorează puțin: 10pl
- > Măsură CRP pentru diagnosticul și monitorizarea evoluției infecțiilor
- > Dacă rezultate, un singur test
- > Flexibil – Independență față de fluxul de lucru și de condițiile de laborator

Strep A

- > Detectă și diferențiază de altă infecție, interpretare simplă în câteva secunde
- > Rezultate de performanță superioară și siguranță mai puțin de 2 minute
- > Rezultate rapid și de calitate pentru evaluarea stării în consultațiile instrumentale



Orion Diagnostica este o companie care face parte din grupul de companii Janssen Pharmaceutica. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vizitați-ne pe www.oriondiagnostics.com

Distribuită pe teritoriul României



Pentru informații suplimentare, vă rugăm accesați adresa
www.oriondiagnostics.com

Janssen+

Janssen Pharma SRL, Tel. +40 771 464 837
www.janssamed.ro; office@janssamed.ro

se diferențiază de ce a adultului. Este necesar ca viitorii medici, atât pediatri dar și cei de familie, să învețe noțiunile de bază referitoare la creșterea și dezvoltarea normală a copilului dar și despre patologia complexă pe care o regăsim la această categorie populațională.

Pregătirea medicilor pediatri trebuie să se facă în concordanță cu standardele europene. Împreună cu membrii Academiei Europene de Pediatrie încercăm de mai multă vreme să uniformizăm curriculum de pregătire în rezidențiatul de pediatrie, precum și evaluarea rezidenților printr-un examen european de specialitate. Pledez pentru realizarea unor schimburi de experiență în țările europene a rezidenților, pentru ca aceștia să poată să cunoască și să-și însușească cât mai moderne deprinderi și proceduri, pentru a învăța să practice o medicină modernă. Începând cu anul 2015, împreună cu mai mulți colegi pediatri din celelalte centre universitare din țară, membrii ai Consiliului Director al SRPed, am elaborat curriculum de pregătire în mai multe subspecialități pediatrice precum medicină respiratorie, gastroenterologie, cardiologie, hematologie, nefrologie, reumatologie pe care le-am înaintat la Ministerul Sănătății. A fost o mare realizare pentru noi momentul în care au fost scoase la concursul de rezidențiat posturi pentru noile specialități pediatrice.

Care sunt proiectele Societății Române de Pediatrie pentru 2020?

În fiecare an, Consiliul Director al SRPed stabilește care sunt prioritățile și activitățile care urmează a fi realizate. Cele mai importante proiecte sunt reprezentate de evenimente științifice precum conferințe, congrese, simpozioane, mese rotunde, școli de vară. Vor avea loc mai multe conferințe zonale care vor fi susținute, în această perioadă dificilă pe care o parcurgem cu toți, online, astfel încât să reușim acoperirea tuturor regiunilor țării. Prima conferință va avea loc în luna mai având ca tema majoră „Pandemia de COVID-19” și va cuprinde mai multe prelegeri extrem de actuale,

documentate la zi, referitoare la particularitățile infecției COVID-19 la copii. Dorim să susținem permanent pregătirea profesională a pediatrilor, a rezidenților de pediatrie și nu în ultimul rând, a medicilor de familie.

De asemenea, sperăm să reușim să reprogramăm Conferința Națională de Pediatrie care este așteptată cu mare interes de medicii pediatrii și nu numai din toată țara. Urmează școala de vară pentru tinerii medici (august 2020) care se va desfășura pe durata unei săptămâni, la care așteptăm lectori renumiți din toate centrele universitare din țară, precum și medici rezidenți din specialități precum pediatrie, medicină de familie. La începutul lunii octombrie este programat al 41-lea Congres UMEMPS și a 9-a Conferință Națională de Pneumologie Pediatrică (1-3.10.2020, Sinaia) la care sunt invitate personalități de prestigiu ale pediatriei românești dar și din străinătate. Ținând cont că pentru prima dată congresul UMEMPS (Union Middle Eastern and Mediterranean Pediatric Societies) este organizat în România, vor fi susținute prelegeri extrem de variate din domeniul pediatrie, de mare interes practic dar și extrem de actualizate. Dintre acestea voi menționa doar câteva, precum prelegeri referitoare la importanța celor 1000 de zile din perspectiva stării de sănătate a viitorului adult, protejarea și promovarea alăptării și rolul și responsabilitatea profesioniștilor din domeniul sănătății, promovarea stării de sănătate și prevenirea bolilor în perioada perinatală. Un spațiu generos va fi alocat patologiei infecțioase în contextul în care ne confruntăm cu pandemia de COVID-19 la care nu vor lipsi prelegeri referitoare la vaccinare, vaccinuri dintr-o perspectivă globală. În colaborare cu membrii ai Societății Europene de Pneumologie (ERS) vor fi abordate subiecte referitoare la semnele și simptomele respiratorii din perspectiva noilor tehnici de evaluare, precum și „State of the arte” în patologia respiratorie pediatrică. În colaborare cu o echipă de experți alergologi care fac parte din bordul Societății Europene de Alergologie și Imunologie (EEACI) vor fi prezentate noutățile din patologia alergică la copii. De

mare interes vor fi secțiunile dedicate urgențelor pediatrice, tulburărilor de nutriție (diabetul pediatric fiind un subiect extern de important), actualităților în gastroenterologia pediatrică, în nefrologie. Un subiect extrem de important îl reprezintă patologia somnului din perspectiva medicului pediatru, precum și rolul utilizării noilor tehnologii investigaționale în diagnosticul și tratamentul precoce al patologiei pediatrice.

Menționez că SRPed susține și alte proiecte în parteneriat cu alte societăți științifice naționale dar și internaționale, care vin să completeze pregătirea profesională a medicilor pediatri și de familie.

Consider că trebuie întreprinse toate eforturile pentru ca școala românească de pediatrie să ajungă acolo unde îi este locul în Europa. În acest sens, Societatea Română de Pediatrie a pus bazele unui parteneriat cu Societatea Italiană de Pediatrie prin înființarea Societății Italiano-Române de Pediatrie. Începând cu anul 2019, această societate a editat o revista de pediatrie și neonatologie (*“The Journal of Pediatric and Neonatal Individualized Medicine”*) care în scurt timp are șanse mari să intre în baze de date internaționale recunoscute precum PubMed și să fie cotate ISI, etc.

SRPed are rolul de a susține cât mai mulți tineri pediatri în dezvoltarea carierei prin facilitarea accesului acestora la școlile de vară de pediatrie, oferirea de burse, premii în vederea încurajării cercetării științifice, oportunitatea de a participa la schimburi de experiență în alte țări, accesarea de reviste cotate în care să poată publica articole, prezentări de cazuri, studii clinice din temele de cercetare în care sunt implicați.

Un proiect extrem de ambițios pentru acest an îl reprezintă elaborarea unui „Tratat de Pediatrie” destinat deopotrivă medicilor rezidenți pediatri, de medicină de familie dar și medicilor specialiști. Dorim să elaborăm acest tratat care să conțină un material științific extrem de modern atât prin modul de prezentare cât mai ales prin conținutul actualizat, sintetic prezentat și ilustrat.

Diabetul zahărului este controlat cu ușurință și sigur în timpul somnului

concept medical
harmony



- **Autonomia pacientului** este prioritară pentru toate vârstele, inclusiv pentru nou-născuți
- Oțet sigur și prin monitorizarea automată a glicemiei și prin tehnologia PDI
- Este ușor de utilizat prin ghidajul verbal de pe ecran
- Permite individualizarea programului pentru fiecare pacient
 - prin funcția "DPA Adaptabil" ce permite programarea ciclului cu voluntarizarea de utilizare noaptea, alternativ cu ciclul cu voluntarizare de utilizare ziua
 - prin funcția FlexPairt, care ține cont de timpul necesar de utilizare medicamentelor
 - prin modificarea parametrilor sistemului și ajustarea automată a dozelor de introducere și dozaj
- + Monitorizarea continuă a glicemiei pe noapte și permite medicului să contacteze medicul de lucru în cazurile



**PEDIUM
MEDICAL CARE**

Fișierul Medical International SRL
București, România
Str. București-Ploiești 18-18A
Tel: 0211 544-01 00 - Fax: 0211 544 01 00

Constipația cronică la copii: principii de abordare clinică și tratament

As. Univ. Dr. Oana Petrea

Semiologie Medicală și
Gastroenterologie, medic specialist
Gastroenterologie,

**Carol Stanciu, Ana-Maria Sîngeap,
Cristina Muzică, Anca Trifan**

Institutul de Gastroenterologie
și Hepatologie Iași, Spitalul Clinic
Județean de Urgențe „Sf. Spiridon”
Iași, Universitatea de Medicină și
Farmacie „Grigore. T. Popa” Iași

Considerații generale.

Constipația reprezintă una dintre cele mai frecvente acuze ale copiilor, care determină prin impactul său psiho-social și economic adresarea către medicul de familie în 3% din cazuri, respectiv către gastroenterologii pediatri în 25% din cazuri^(1,2). Deși frecvența și consistența scaunului variază la copii, se pare că în 17-40% din cazuri debutul constipației are loc încă din primul an de viață^(3,4).

Având în vedere variabilitatea frecvenței și a consistenței scaunului la vârste diferite ale copilului, precum și predominanța constipației funcționale la această categorie de pacienți, au fost elaborate și utilizate în practica medicală criteriile Roma IV de definire a constipației⁽⁵⁾.

Astfel, trebuie îndeplinite cel puțin 2 din cele 5 criterii cu o durată de cel puțin o lună anterior diagnosticului la copii cu vârsta de până la 4 ani⁽⁶⁾:

- ≤ 2 scaune/săptămână
- Istoric de retenție excesivă a scaunului
- Istoric de dureri/crampe abdominale
- Istoric de evacuare de scaune cu diametru crescut
- Prezența materiilor fecale la nivel rectal în cantitate mare
- În cazul copiilor cu vârsta ≥ 4 ani, în absența diagnosticului de sindrom de intestin iritabil trebuie îndeplinite cel puțin 2 din următoarele 6 criterii, prezente cu o durată de cel puțin 2 luni anterior diagnosticului⁽⁷⁾:
- ≤ 2 scaune/săptămână
- Cel puțin un episod de incontinență fe-

cală/săptămână

- Istoric de atitudine cu retenție voită a scaunului
- Istoric de dureri/crampe abdominale
- Istoric de evacuare de scaune cu diametru crescut, care pot bloca toaleta
- Prezența materiilor fecale la nivel rectal în cantitate mare.

Etiologie și patogeneză

Spectrul unui tranzit intestinal normal la copii variază în funcție de vârsta acestuia. Astfel, un nou-născut în prima săptămână din viață poate avea până la 4 scaune/zi; la vârsta de 2 ani, frecvența scaunelor poate fi de 2/zi, iar în jurul vârstei de 4 ani, copilul poate prezenta de la 3 scaune/zi la 3 scaune/săptămână, similar unui adult^(1,2).

Se consideră că 95% dintre copii prezintă constipație funcțională și doar 5% dintre aceștia sunt diagnosticați cu forme de constipație organică, dintre care cea mai frecventă cauză organică fiind boala Hirschsprung^(8,9). Alte cauze organice includ anomalii congenitale (stenoza anală, meningocel, spină bifidă), tulburările neuro-psihiatrice, afecțiunile endocrine (hipotiroidism, diabet insipid, hipercalcemie), precum și tratamentul cu anti-convulsivante/antipsihotice⁽¹⁰⁾.

Din punctul de vedere al patogenezei, se consideră că factorul trigger în apariția constipației funcționale la copil este reprezentat de defecația dureroasă, care obligă la adoptarea atitudinii de retenție voluntară a scaunului cu scopul evitării acestei manifestări dureroase^(10,11).

Schimbările din alimentație, evenimentele stresante, afecțiunile intercurrente sau programul școlar încărcat al copilului reprezintă factori de risc pentru dezvoltarea fenomenului de defecație dureroasă și implicit de amânare a mersului la toaletă de către copil. Retenția voluntară a scaunului prin contracția sfîcterului anal extern și a mușchilor gluteali determină staza materiilor fecale la nivel rectal și secundar creșterea absorbției de apă cu deshidratarea acestora, fapt asociat cu evacuarea dureroasă a unor scaune de consistență crescută și dure⁽¹⁰⁾. În timp,

staza materiilor fecale va deveni răspunzătoare de reducerea sensibilității rectale și a peristaltismului cu apariția incontinenței fecale în până la 30% din cazuri⁽⁹⁾.

Abordarea clinică a copilului cu constipație

În prezența „semnelor de alarmă” (febră, rectoragii, retard al creșterii, debutul constipației la vârstă foarte mică, eliminarea meconiului > 48 de ore, distensie abdominală severă, absența reflexului cremasterian și anal), se impune excluderea cauzelor de constipație organică prin explorări paraclinice suplimentare.

Debutul sub vârsta de o lună, eliminarea meconiului la mai mult de 48 de ore de la naștere, alături de absența materiilor fecale în rect la examinarea prin tușeu rectal ridică suspiciunea de constipație organică, în special de boala Hirschsprung.

Un istoric medical complet trebuie să includă definirea constipației de către părinți, consistența și frecvența scaunelor, medicația utilizată, prezența evenimentelor stresante, precum și adoptarea voluntară a atitudinii de retenție a scaunului de către copil. De asemenea, sunt importante informațiile privitoare la orarul meselor și al jocului, a duratei jocului, a programului școlar, fiind binecunoscut faptul că, de cele mai multe ori copiii sunt prinși într-o activitate și amână astfel momentul defecației, ceea ce determină o retenție a materiilor fecale, la început conștientă, ulterior reflexă^(1,12).

Examenul obiectiv trebuie să fie complet, cu acordarea unei atenții deosebite inspecției și palpării abdomenului, a zonei perineale și sacrale, precum și a palpării glandei tiroide. Examinarea reflexelor, a tonusului muscular și a forței musculare, în special în extremitatea inferioară a corpului intră în evaluarea clinică obligatorie a unui copil cu constipație cronică.

Examinarea atentă a regiunii perineale poate identifica prezența unor malformații ano-rectale (anus anteriorizat, prezența de membrane anale), a eritemului perianal, a fisurilor perianale, alături de semne de spină bifidă ocultă, cum sunt hiperpigmentarea și hipertricoza localizată. Stimularea

OptiFibre

Constipație? Balonare? Disconfort abdominal?

OptiFibre® conține 100% fibre solubile, cu efect prebiotic, care ajută la reglarea tranzitului intestinal.



Cui sa recomandăm OptiFibre®



Adulții și copiii cu vârsta peste 3 ani



Pierții în greutate sau care câștigă



Vărstnic



	Măsurile de dozare ale OptiFibre®				
	Adulți și copii > 11 ani			Copii 3-11 ani	
Zilnic	Măsuraj	Fibră	Sursă	Măsuraj	Sursă
1-3	1			1/2	
4-6	1		1	1/2	1/2
de la 7 ani	1	1	1	1	1
	1/2 lingurițe de			1/2 lingurițe de	

- Se recomandă administrarea regulată de OptiFibre® pentru minimum 7 săptămâni, pentru un efect durabil.
- OptiFibre® are o toleranță bună și poate fi administrat pe termen lung fără efecte adverse.
- Deși se recomandă OptiFibre® cu oală mică sau oțet suplimentar de lichide, cu în cazul altor produse pe bază de fibre.

Formația de OptiFibre®



100% apă
apă



1/2 linguri



1/2 linguri



1/2 linguri

Peste 95% dintre consumatorii care au testat OptiFibre® au fost mulțumiți de efectele acestuia.*

OptiFibre® se poate găsi în supermarketuri.
Fără iluzii și de din prudență cu privire la dietă.

www.nestle.ro/fitocel/en-ca.ro/optifibre

*Baza statistică pe baza studiului Nestlé-MIT privind efectele de sănătate ale produselor de bună calitate.



reflexului de contracție a sfincterului anal extern permite evaluarea integrității căilor nervoase senzitivo-motorii ale planșeului pelvin. Nu în ultimul rând, palparea abdomenului poate evidenția mase abdominale la nivelul colonului descendent sau sigmoidului (fecaloame) ^(10,11).

Conform recomandărilor actuale, tușeul rectal nu este obligatoriu pentru diagnosticul inițial de constipație funcțională, datele obținute prin anamneză și examen clinic fiind suficiente pentru diagnostic. Totuși, examinarea rectală se impune în prezența semnelor de alarmă, excepție făcând doar cazurile în care se suspicionează un abuz sexual. Tușeul rectal prezintă avantaje prin posibilitatea aprecierii sensibilității perianale, a tonusului anal, precum și a dilatației rectale sau a prezenței materiilor fecale în rect ⁽¹¹⁾.

Explorări paraclinice

Anamneza și examenul fizic rămân principalele instrumente utilizate în practica clinică. Investigațiile de laborator sunt indicate în formele refractare la tratament și vizează excluderea bolii celiace, a hipercalemiei, precum și a alergiei, în special a celei la proteinele laptelui de vacă. Testul hemoragiilor oculte în scaun trebuie efectuat în toate cazurile de constipație infantilă și mai ales la copii cu antecedente familiale de neoplasm colonic/polipi, care se prezintă cu rectoragii și dureri abdominale ⁽¹⁾.

Radiografia abdominală pe gol este utilă pentru evidențierea fecaloamelor, doar dacă pacientul este obez sau dacă examinarea digitală rectală nu poate fi efectuată (mai ales în cazurile de suspiciune de abuz sexual). De regulă, aceasta nu este indicată pentru confirmarea unei impactări fecale, dacă explorarea rectală identifică o acumulare importantă de materii fecale în rect ⁽¹⁾.

Clisma baritată nu este indicată de rutină în evaluarea inițială a pacientului cu constipație cronică, fiind rezervată cazurilor de suspiciune a bolii Hirschsprung sau pentru evaluarea postchirurgicală a rectului la pacientul operat pentru atrezie anală sau boala Hirschsprung (1,10).

Studiul timpului de tranzit intestinal constituie metoda cea mai simplă și utilă pentru identificarea pacienților cu tranzit intestinal încetinit, nefiind indicat de rutină pentru diagnosticul constipației la copil.

Studiile de motilitate precum manometria anorectală sunt recomandate când

anamneza și examenul fizic sugerează o boală Hirschsprung sau în contextul absenței răspunsului favorabil la tratamentul corect administrat. Principala indicație de efectuare a manometriei anorectale este legată de demonstrarea prezentei reflexului anal inhibitor, care exclude boala Hirschsprung. În absența reflexului inhibitor anorectal se impune efectuarea biopsiei rectale cu examen histologic, aceasta reprezentând „gold standardul” pentru diagnosticul bolii Hirschsprung (1,11).

Colonoscopia nu este indicată de rutină pentru evaluarea constipației la copil. Aceasta poate fi utilă în cazurile de constipație refractară la tratament sau în prezența semnelor de alarmă.

Rezonanța magnetică spinală este utilă la copiii cu incontinență fecală non-retențională pentru identificarea de posibile leziuni neurologice la nivel lombosacrat ⁽¹³⁾.

Conduită terapeutică

Principiile de tratament în constipația funcțională la copil urmăresc adoptarea unor măsuri de educare a părinților în ceea ce privește dieta copilului, alături de măsuri farmacologice indicate cu scopul evacuării rectale în cazul impactului fecal, precum și ca terapie de menținere.

Măsurile non-farmacologice au drept scop instituirea unei diete bogate în fibre vegetale prin introducerea în alimentație a fructelor, legumelor, cerealelor, alături de o hidratare corespunzătoare, fiind binecunoscut faptul că dieta copiilor este în general săracă în fibre alimentare. De asemenea, un rol important îl deține și educarea copilului după vârsta de 2-3 ani să stea pe oliță sau pe vasul de WC 5-10 minute, după mese, de 3-4 ori pe zi, într-o atmosferă relaxantă ⁽¹⁴⁾.

Măsurile farmacologice sunt recomandate de primă intenție cu scopul evacuării rectale în cazul prezenței impactării fecale. Dintre aceste preparate, se pare că polietilenglicolul poate fi administrat sub formă de soluție orală sau prin intermediul sondei nazogastrice. Administrarea rectală de clisme (fosfat de sodiu) poate fi utilizată, dar, de regulă, se asociază cu accentuarea disconfortului legat de defecație, precum și cu retenția voită a eliminării materiilor fecale, astfel încât, de cele mai multe ori, este evitată ⁽¹⁰⁾.

Terapia de menținere inițiată imediat după realizarea evacuării rectale, constă în administrarea laxativelor osmotice de

tipul lactulozei și al polietilenglicolului. S-a demonstrat că polietilenglicolul este mai eficient și mai bine tolerat decât lactuloza în tratamentul constipației funcționale. Doza de laxative trebuie ajustată, astfel încât să se obțină un tranzit intestinal de 1-2 scaune moi/zi, fără dureri sau efort de defecație. De asemenea, întreruperea rapidă sau prea devreme a laxativelor după obținerea unui răspuns favorabil trebuie evitată, având în vedere riscul crescut de recurență a simptomatologiei.

În ceea ce privește laxativele stimulante (bisacodil, senna), acestea sunt recomandate în cazuri atent selecționate, refractare la tratamentul conservator, de regulă, nefiind recomandate de rutină ⁽¹⁵⁾.

Monitorizarea atentă a evoluției răspunsului la tratament se realizează inițial lunar, ulterior la 3 luni pe an și apoi anual. Dacă simptomele constipației se ameliorază, se va recurge la ajustarea și scăderea treptată a dozei de laxativ, ulterior cu întreruperea acestuia ⁽¹⁰⁾.

Evoluție. Prognostic

Majoritatea copiilor cu constipație funcțională necesită tratament prelungit cu laxative, recurența simptomatologiei fiind destul de frecventă. Studiile din literatura de specialitate au demonstrat că doar 60% dintre copii cu constipație funcțională au o evoluție favorabilă după un an de tratament. Factorii de prognostic negativ pe termen lung sunt reprezentați de vârsta de debut mai mică de 4 ani și prezența encoprezisului ⁽¹⁶⁾.

Referințe bibliografice

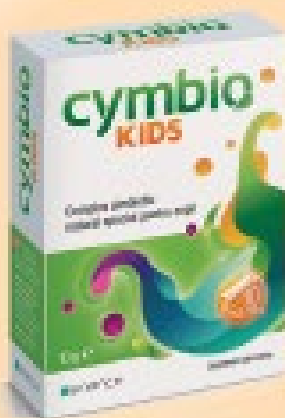
- Nurko S, Zimmerman LA. Evaluation and treatment of constipation in children and adolescents. *Am Fam Physician* 2014;90:82-90.
- Baker SS, Liptak GS, Colletti RB, et al. Constipation in infants and children: evaluation and treatment. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1999;29:612-626.
- Amendola S, De Angelis P, Dall'Oglio L, Di Abriola GF, Di Lorenzo M. Combined approach to functional constipation in children. *J Pediatr Surg* 2003;38:819-823.
- Loening-Baucke V. Constipation in early childhood: Patient characteristics, treatment and long-term follow up. *Gut* 1993;34:1400-1404.
- Koppen UJ, Nurko KS, Saps M, Di Lorenzo C, Benninga MA. The pediatric Rome IV criteria: what's new?. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol* 2017;11:193-201.
- Benninga MA, Faure C, Hyman PE, et al. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: neonate/toddler. *Gastroenterol* 2016;150:1443-1455.
- Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, et al. Functional Disorders: children and Adolescents. *Gastroenterol* 2016;150:1456-1468.
- Khanna V, Poddar U, Yachha SK. Constipation in Indian children: need for knowledge not the knife. *Indian Pediatr* 2010;47:1025-1030.
- Loening-Baucke V. Chronic constipation in children. *Gastroenterol* 1993;105:1557-1564.
- Poddar U. Approach to Constipation in Children. *Indian Pediatr* 2016;53:319-327.
- Madani S, Tsang L, Kamat D. Constipation in Children: A Practical Review. *Pediatr Ann* 2016;45:e189-196.
- Galos F, Stoicescu M, Munteanu M, et al. Constipația cronică la copil. Actualități în evaluare și management. *Rev Rom Ped* 2015;64:430-435.
- Rosen R, Buonomo C, Andrade R, Nurko S. Incidence of spinal cord lesions in patients with intractable constipation. *J Pediatr* 2004;145:409-411.
- Loening-Baucke V. Polyethylene glycol without electrolytes for children with constipation and encopresis. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2002;34:372-377.
- Tabbers MM, Di Lorenzo C, Berger MY, et al. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:258-274.
- van Ginkel R, Reitsma JB, Bijl R, et al. Childhood constipation: longitudinal follow-up beyond puberty. *Gastroenterol* 2003;125:357-363.

cymbio



Simbiotic natural pentru toată familia
Singura gamă elvețiană completă de probiotice

Formule originale fabricate exclusiv în Europa, în condiții GMP farmaceutice
Tulpini probiotice naturale produse în Europa, cu eficacitate dovedită clinic



KIDS

Masticabile



FORMULA PEDIATRICĂ, eficace în:

- Refacerea florei intestinale afectate de antibiotice
- Tulburări digestive și reglarea tranzitului
- Dermatita atopică, întărirea imunității
- Tulburări asociate sistemului imunitar

FORMULA UNICĂ, eficace în:

- Tulburări la nivelul cavității bucale
- Prevenția și reducerea recurenței infecțiilor ORL și respiratorii superioare
- Halenă, carii, paradontoză
- Gingivită, afte, candidoze bucale



Capsule



ECOL

cu Saccharomyces

FORMULA CONCENTRATĂ, eficace în:

- Reglarea tulburărilor de tranzit
- Colon iritabil, balonare
- Refacerea florei intestinale afectată de antibioterapie
- Susținerea sistemului imunitar

FORMULA UNICĂ, eficace în:

- Episoade diareice infecțioase
- Echilibrarea tranzitului după tratamentul cu antibiotice
- Reducerea activității și eradicarea bacteriei Clostridium difficile



Material destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.
Acestea sunt suplimente alimentare. Email: office@sanience.ro

sanience

Principalele infecții cutanate pediatrice

Examinarea pielii pacientului pediatric presupune o atenție specială acordată inspecției și palpării. Se recomandă descrierea în detaliu a leziunilor cutanate existente: culoare, formă, localizare, dimensiuni, simptome asociate, și cel mai important, tipurile de leziuni elementare care alcătuiesc erupția (macule, papule, pustule, vezicule sau bule). Nu în ultimul rând, examenul cutanat local este însoțit de istoricul pacientului, și mai ales, de istoricul dezvoltării patologiei dermatologice ⁽¹⁾.



Dr. Raluca Miulescu

Secția dermatologie
a Spitalului Universitar
de Urgență Elias

Periода copilăriei poate fi marcată de multiple tipuri de infecții cutanate. Fie că este vorba despre infecții virale, bacteriene sau fungice, acestea necesită un diagnostic prompt și corect.

Principalele tipuri de **infecții bacteriene** sunt detaliate în cele ce urmează.

Impetigo reprezintă o infecție bacteriană superficială, extrem de contagioasă, care afectează cel mai frecvent copiii cu vârsta cuprinsă între 2 și 5 ani. Există două forme de impetigo: primar, în cazul în care invazia bacteriană se produce direct, sau pe piele sănătoasă, și secundar, când infecția se localizează la nivelul tegumentului traumatizat anterior ⁽²⁾. Din punct de vedere clinic, putem întâlni trei forme de impetigo:

- a.** non-bulos, care se prezintă sub forma unor papule ce evoluează spre vezicule, pe fond eritematos - acestea se transformă în pustule, care se rup și formează cruste aderente; de obicei, leziunile se ameliorează după o săptămână; ca și localizare, cel mai frecvent sunt afectate fața și extremitățile;
- b.** bulos, se referă la vezicule mai mari, care se transformă în bule, având

conținut gălbui, clar, ce devine închis la culoare; prin ruperea bulelor se formează cruste maronii; localizarea la nivelul trunchiului este des întâlnită;

- c.** ectima, forma ulcerativă, presupune extinderea leziunii până la dermul profund; se prezintă sub forma unei ulceratii acoperite de cruste gălbui, și înconjurată de margini violacee ⁽²⁾.

În ceea ce privește factorii de risc pentru dezvoltarea impetigo, sunt citați: căldura, mediu umed, colectivitățile aglomerate, igiena precară, infecția cu *Sarcoptes scabiei* ^(3, 4). Etiologia cea mai frecvent întâlnită este reprezentată de *Staphylococcus aureus* ⁽⁵⁾. Cât despre diagnosticul acestei infecții cutanate, acesta este unul clinic. Examenul bacteriologic de la nivelul unei leziuni poate fi util pentru stabilirea conduitei terapeutice ⁽⁶⁾.

Foliculita bacteriană reprezintă un proces inflamator al foliculului pilos, ca urmare a invaziei micro-organismelor la nivelul foliculilor. Localizările pot fi: scalp, față, torace și extremități. Examenul cutanat relevă papule și pustule, iar culturile bacteriene evidențiază *Staphylococcus aureus* ⁽⁷⁾.

Infecțiile cutanate fungice se clasifică în superficiale (afectează stratul cornos, unghiile, părul) și profunde (implică dermul și țesutul subcutanat).

Dermatoftii sunt fungi filamentoși, care produc mai multe tipuri de infecții (denumire în funcție de localizare):

- tinea corporis -> corp
- tinea pedis -> picioare
- tinea manuum -> mâini
- tinea cruris -> zona crurală
- tinea capitis -> scalp
- tinea unguium -> unghii

Tinea pedis, sau „picioarul de atlet”, este cea mai frecventă infecție dermatofitică. Clinic, se manifestă sub forma unei erupții veziculo-buloase, hiperkeratozice, localizate interdigital. Printre agenții etiologici implicați se numără: *Trichophyton rubrum*, *Trichophyton interdigitale*, *Epidermophyton floccosum* ⁽⁹⁾.

Tinea corporis se prezintă ca și plăci eritematoase, acoperite de scume, de formă rotund-ovalară, cu centrul clar și margini active, rezultând plăci anulare. *T. Rubrum* este dermatofitul frecvent implicat.

În tinea cruris, infecția debutează sub forma unei plăci eritematoase, cu centrul clar și margini elevate, eritematoase, bine delimitate. La bărbați, scrotul este cruțat. Este importantă realizarea diagnosticului diferențial cu: psoriazis inversat, eritasmă, dermatită seboreică, intertrigo candidozic ⁽⁸⁾.

Candidoza cutanată reprezintă o infecție micotică superficială, manifestându-se, de cele mai multe ori, la pacienți cu factori predispozanți prezenți: diabet zaharat, antibioterapie, disfuncții ale sistemului imun, zone cutanate la nivelul cărora pielea se menține umedă.

DERMOBACTER®

Digluconat de clorhexidina 0,2% • Clorura de benzalconiu 0,5%

Antisepsia

pentru toate situațiile.

CHIRURGIE - TRAUMATOLOGIE • OBSTETRICĂ - GINECOLOGIE • DERMATOLOGIE

APLICARE:

NEDILUAT pe piele
DILUAT 1/10
pe mucoase.³



FĂRĂ ALCOOL

DERMOBACTER®

REALIZAREA ANTISEPSIEI ȘI TRATAMENTUL ADJUVANT AL AFECȚIUNILOR CUTANEO-MUCOASE DE ETIOLOGIE BACTERIANĂ PRIMARĂ SAU CARE SE POT SUPRAINFECTA.

1 aplicare o dată sau de două ori pe zi, timp de 7 până la 10 zile urmata de clătire (pentru o îndepărtare eficientă a materilor contaminante).³



LABORATOIRE
INNOTECH
INTERNATIONAL

REPREZENTANȚA PENTRU ROMÂNIA:
Pița Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1, București
Tel: 00 21 230 20 44; Fax: 00 21 230 20 42;
E-mail: innotech.romania@innotech.com

- **Spectru larg bactericid** chiar și în prezența materiilor organice^{1,2}
- Activitate **fungică** (Candida albicans)³
- Activitate **virucidă** (virusuri încapsulate)^{4,5}
- **Acțiune** rapidă și de **lungă durată**^{3,6}

- Nu cauzează **fotosensibilizare**
- Nu **pătează**, nu **ustură**, pH similar pielii
- Potrivit utilizării la **gravida** din **primul trimestru de sarcină** și la **femeia care alăptează**³
- Poate fi utilizat la **nou-născuți**³

* Nu aplicați pe sâni • # Atenția, pentru copii născuți prematur consultați RCP-ul.

INNOTECH este o companie care produce și distribuie produse farmaceutice și medicamentale în România și în țările vecine. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com. În România, produsele noastre sunt comercializate de către reprezentanța noastră locală, INNOTECH INTERNATIONAL SRL, cu sediul în București, Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com. În România, produsele noastre sunt comercializate de către reprezentanța noastră locală, INNOTECH INTERNATIONAL SRL, cu sediul în București, Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com.

INNOTECH este o companie care produce și distribuie produse farmaceutice și medicamentale în România și în țările vecine. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com. În România, produsele noastre sunt comercializate de către reprezentanța noastră locală, INNOTECH INTERNATIONAL SRL, cu sediul în București, Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com. În România, produsele noastre sunt comercializate de către reprezentanța noastră locală, INNOTECH INTERNATIONAL SRL, cu sediul în București, Piața Charles de Gaulle, Nr. 2, Etaj 2, Sector 1. Pentru mai multe informații despre produsele noastre, vă rugăm să vizitați site-ul nostru web: www.innotech.com.

Sub aspect clinic, candidoza se manifestă sub forma unei erupții formate din papule, pustule, plăci și eroziuni eritematoase, exudative, de diferite dimensiuni.

Diagnosticul diferențial include: psoriazis, eritasmă, dermatită atopică, dermatită seboreică sau alte infecții fungice⁽¹⁰⁾.

Pitiriazisul versicolor este o infecție fungică superficială, frecventă, asimptomatică, caracterizată prin macule albicioase sau brune, acoperite de scuame. Este produsă de *Malassezia globosa* sau *Malassezia furfur*. Examenul cutanat local evidențiază macule și plăci, acoperite de scuame, cu diametrul variabil (5mm-cm), rotund-ovalare, localizate pe zone seboreice. Se realizează diagnosticul diferențial cu: vitiligo, pitiriazis rozat, pitiriazis alba, hipopigmentare postinflamatorie, tinea corporis, dermatită seboreică, psoriazis gutat, siflis secundar sau eczemă numulară⁽¹¹⁾.

Infecțiile virale sunt relativ frecvente în rândul pacienților pediatrici.

Gingivo-stomatita herpetică prezintă o infecție cutanată comună, cu virusul herpes simplex tip 1 (VHS-1), în timpul copilăriei. Sunt afectați adesea copiii cu vârste cuprinse între 6 luni și 5 ani, dar poate apărea la orice vârstă⁽¹²⁾. Infecția cu VHS-1 apare prin contactul direct cu secrețiile orale sau leziunile infectate⁽¹³⁾. Inițial, debutul este cu prodrom (febră, simptome constituționale - anorexie, stare generală alterată, cefalee, tulburări de somn). Clinic, se manifestă prin leziuni ulcerative ale gingiilor și mucoasei bucale, asociate cu vezicule periorale⁽¹⁴⁾. Este necesară acordarea unei atenții sporite asupra posibilelor complicații. Dehidratarea este des raportată în cazul acestor pacienți⁽¹⁵⁾. Diagnosticul gingivo-stomatitei herpetice se bazează pe aspectul clinic, dar poate fi confirmat prin cultură virală, imunofluorescență sau PCR⁽¹⁶⁾.

Managementul infecțiilor cutanate ale pacientului pediatric, necesită, de cele mai multe ori, colaborarea dintre medici pediatri, dermatologi și infecționiști. Tratamentul vizează, în primul rând, agentul etiologic. Realizarea corectă și constantă a dezinfectiei leziunilor cu soluții bactericide/

fungicide/virucide (de exemplu cu Clorură de benzalconiu/Digluconat de clorhexidină - datorită acțiunii rapide, de lungă durată) este extrem de importantă în tratamentul infecției. De asemenea, terapia va fi aleasă și în funcție de severitatea cazului clinic: în unele situații putem recomanda tratament local, pe când în altele este necesară inițierea tratamentului sistemic, sau chiar a măsurilor suportive.

În concluzie, diagnosticarea infecțiilor cutanate pediatrice poate reprezenta, uneori, o provocare pentru echipa medicală. Mai mult decât atât, inițierea rapidă a tratamentului este unul dintre obiectivele principale.

Bibliografie

1. Jan E Drutz. The pediatric physical examination: Back, extremities, nervous system, skin, and lymph nodes. Uptodate. Apr 08, 2019.
2. Larry M Baddour. Impetigo. Uptodate. Apr 19, 2019.
3. Bowen AC, Mahé A, Hay RJ, et al. The Global Epidemiology of Impetigo: A Systematic Review of the Population Prevalence of Impetigo and Pyoderma. PLoS One 2015; 10:e0136789.
4. Romani L, Steer AC, Whitfield MJ, Kaldor JM. Prevalence of scabies and impetigo worldwide: a systematic review. Lancet Infect Dis 2015; 15:960.
5. Darmstadt GL, Lane AT. Impetigo: an overview. Pediatr Dermatol 1994; 11:293.
6. Stevens DL, Bisno AL, Chambers HF, et al. Practice guidelines for the diagnosis and management of skin and soft tissue infections: 2014 update by the infectious diseases society of America. Clin Infect Dis 2014; 59:147.
7. Beth G Goldstein, Adam O Goldstein, Approach to the patient with a scalp disorder. Uptodate. Apr 17, 2019.
8. Adam O Goldstein. Beth G Gold-

stein, Dermatophyte (tinea) infections. Uptodate. Mar 2020.

9. Hawkins DM, Smidt AC. Superficial fungal infections in children. Pediatr Clin North Am 2014; 61:443.
10. Kay Shou-Mei Kane, Vinod E. Nambudiri, Alexander J. Stratigos. COLOR ATLAS & SYNOPSIS OF PEDIATRIC DERMATOLOGY. third EDITION. Section 21-CUTANEOUS FUNGAL INFECTIONS. Superficial candidiasis. Pg 518-523.
11. Kay Shou-Mei Kane, Vinod E. Nambudiri, Alexander J. Stratigos. COLOR ATLAS & SYNOPSIS OF PEDIATRIC DERMATOLOGY. third EDITION. Section 21-CUTANEOUS FUNGAL INFECTIONS. Pityriasis versicolor. Pg 524-528.
12. Kolokotronis A, Doulas S. Herpes simplex virus infection, with particular reference to the progression and complications of primary herpetic gingivostomatitis. Clin Microbiol Infect 2006; 12:202.
13. American Academy of Pediatrics. Herpes simplex. In: Red Book: 2018 Report of the Committee on Infectious Diseases, 31st ed, Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS (Eds), American Academy of Pediatrics, Itasca, IL 2018. p.437.
14. Amir J, Harel L, Smetana Z, Varsano I. The natural history of primary herpes simplex type 1 gingivostomatitis in children. Pediatr Dermatol 1999; 16:259.
15. Richardson M, Elliman D, Maguire H, et al. Evidence base of incubation periods, periods of infectiousness and exclusion policies for the control of communicable diseases in schools and preschools. Pediatr Infect Dis J 2001; 20:380.
16. Martha Ann Keels, Dennis A Clements. Herpetic gingivostomatitis in young children. Uptodate. Mar 2020.

Asistența medicală pediatrică primară, genetica și genomica

Dr. Anca Mocanu

medic specialist genetică medicală

Dr. Biol. Andreea Țuțulan-Cuniță

Dr. Danae Stambouli.

Drumul deschis de Sir Archibald Garrod în 1908 prin descrierea primelor erori înăscute de metabolism a fost urmat de nenumărați pediatri cu aplecare spre observarea particularităților dismorfologice, biochimice, anatomice și fiziologice al căror ansamblu a fost (și încă este) constatată consecința unor modificări în materialul genetic. Pe plan biomedical, secolul al XX-lea a fost eminentul secolul geneticii, în care această știință a luat avânt – îndeosebi după descoperirea altui pediatru, Jérôme Lejeune, a prezenței unui cromozom 21 suplimentar la pacienții cu sindrom Down, ajungându-se, în timpurile prezente, la o translație masivă a sa în practica clinică, cu accent pe integrarea sa din ce în ce mai pronunțată în asistența medicală primară.

În contextul progresului actual continuu - chiar în avalanșă - cu informații științifice foarte ușor accesibile nu doar specialiștilor, ci și publicului larg, medicul care oferă asistență primară (pentru afecțiuni acute și cronice, pentru prevenție, până la consiliere privind prognosticul maladiilor sau impactul acestora asupra familiei) se confruntă cu necesitatea de a formula într-un limbaj accesibil nu doar aspectele medicale și terapeutice, ci și mecanismele genetice implicate și consecințele asupra rudelor directe și descendenților acestora. Cu alte cuvinte, la fiecare întâlnire cu pacientul, medicul este pus, într-o măsură din ce în ce mai mare, în situația de a integra genetica în dialog, completând istoricul familial - dată fiind natura longitudinală a asistenței pediatrice primare decizând asupra testelor genetice, interpretând rezultatele complexe și reevaluând diagnosticele - sau absența diagnosticelor - anterioare.

Conform „Oxford Desk Reference Clinical Genetics and Genomics” (ed. a II-a), printre cele mai frecvente afecțiuni de cauză genetică întâlnite în serviciul pediatrie se numără cele neurologice (sindroamele Angelman, Beckwith-Wiedemann, X fragil, Rett, autism, epilepsie, adrenoleucodistrofii etc), neuromusculare/neuromotorii

(distrofie Becker / Duchenne și alte distrofii, paraplegie spastică, atrofie musculară spinală s.a.), ortopedice (craniosinostoză, acondroplazie s.a.), cardiologice (cardiomiopatii dilatative, sindrom cu undă QT lungă și alte aritmii etc), hematologice (hemofilie, hemocromatoză, talasemie, trombofilie s.a.), imunologice (imunodeficiențe), respiratorii (fibroză chistică etc), digestive (boala Hirschsprung etc), endocrine și metabolice (diabet zaharat, hiperlipidemie, hipercolesterolemie s.a.), oftalmologice (sindrom Stickler, retinită pigmentară etc) - pentru a da numai câteva exemple.

În investigarea pacienților, examinarea clinică, testele paraclinice și anamneza pot aduce elemente sugestive pentru o anumită afecțiune sau categorie de afecțiuni genetice (de exemplu, cele metabolice); un element la fel de important este reprezentat de istoricul familial, ce poate oferi indicii esențiale asupra etiologiei genetice a bolii, chiar și în absența unei prezentări clinice aparent sugestive. Pe de altă parte, etiologia genetică nu poate fi respinsă în absența unui istoric sugestiv, date fiind variabilitatea tablourilor clinice (expresivitatea variabilă a fenotipului) și faptul că nu întotdeauna o anomalie genetică patogenă se manifestă la cei ce o poartă (penetranta incompletă).

Odată ce este ridicată suspiciunea unei afecțiuni genetice, este esențială înțelegerea etiologiei sale pentru stabilirea corectă a algoritmului de diagnostic genetic: anumite boli, precum sindromul Turner sunt cauzate de pierderea totală sau parțială cromozomului X, ușor de evidențiat printr-un cariotip clasic sau molecular. Sindroamele de microdeleție, consecință a pierderii unor segmente cromozomiale specifice, sunt diagnosticate prin tehnologii precum FISH (hibridizare fluorescență în situ), MLPA (amplificarea multiplex a sondelor dependenta de ligare) sau cariotip molecular; sindroamele Angelman și Prader-Willi pot fi însă cauzate și de microdeleții, ca și de disomie uniparentală, de anomalii de amprentare sau de mutații ale centrului de amprentare și necesită un algoritm de diagnostic pas-cu-pas constând dintr-o succesiune de mai multe tehnici. O categorie aparte o constituie bolile produse de expansiunea unor regiuni repetitive reglatoare sau codificatoare (cum este cazul sindromului X fragil); aceste anomalii genetice se

pot identifica numai prin teste specifice, în majoritatea cazurilor bazate pe PCR.

Cele mai multe boli genetice sunt, însă, consecința unor mutații punctiforme (înlocuirea unei nucleotide cu o alta) - sau a unor indeluri (pierderea sau inserția unui segment de 1-10.000 pb) din regiuni codificatoare sau reglatoare. Mutațiile punctiforme și indelurile de mici dimensiuni sunt detectabile prin secvențiere clasică Sanger sau NGS - de nouă generație (în anumite cazuri putând fi însă evidențiate și prin genotipare bazată pe PCR); dacă prima tehnologie este ținută pe un anumit segment (sau set de segmente) al unei gene date, cea de-a doua permite analiza simultană a unui număr mare de gene, a tuturor regiunilor codificatoare sau a întregului genom, după caz. În recomandarea uneia sau a altei analize trebuie ținut cont de specificitatea fenotipului și frecvența cu care o anumită variantă patogenă produce un anumit tablou clinic. De exemplu, acondroplazia este consecința mutațiilor genei FGFR3, cu aproape toate cazurile cauzate de 2 mutații specifice, ce pot fi rapid identificate printr-un simplu PCR sau prin secvențiere Sanger. Pe de altă parte, sindromul Rett, asociat cu anomaliile genei MECP2, are un tablou clinic parțial suprapus cu sindromul FOXP1 și cu deficiența de CDKL5, situație în care, în condițiile unui cariotip molecular negativ pentru microdeleții în regiunile ce acoperă MECP2 sau FOXP1, se impune secvențierea NGS ținând aceste trei gene. O altă situație este cea a afecțiunilor multigenice precum craniosinostoză sau cardiomiopatia: pot fi implicate oricare dintr-un număr mare de gene; în acest caz, secvențierea ținută pentru întregul set de gene este unicul instrument disponibil. Similar, în cazul tablourilor clinice complexe sau nespecifice, se recomandă secvențierea întregului exom sau genom.

Cytogenomic Medical Laboratory oferă investigații genetice (cariotip clasic și molecular, genotipare bazată pe PCR, MLPA, secvențiere clasică și NGS) și biochimice (screening metabolic extins), instrumente indispensabile de diagnostic, precum și consiliere genetică.



Dermatita Atopică



Fără cortizon
Ideal pentru sugari, copii și adulți

TRATAMENTE EMOLIENTE

AD-RESYL® :

OLIGOZAHARIDE purificate
din *Ophiopogon Japonicus*

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

Cremă emolientă

Balsam emolient



CURĂȚARE ZILNICĂ

Cremă de curățare
păr și corp



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

Cremă cu protecție solară

Protecție împotriva razelor UVA și UVB și
a radicalilor liberi induși de radiațiile IR.
Nicotinamidă și β-Glucan

Textură emolientă pentru față și corp.

Foarte rezistent la apă. Testat ca fiind rezistent la nisip.

NICOTINAMIDĂ β-GLUCAN

Protejează împotriva efectelor pro-inflamatorii și
oxidative induse de radiațiile UV

Ajută la creșterea grosimii stratului cornos

Promovează sinteza ceramidelor grase, acizilor
și colesterolului, îmbunătățind astfel funcția de
barieră a pielii

Ajută la reechilibrarea funcției de apărare imună a
pielii





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
- Loțiuni 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 cortizon!

TRIDERM LENIL+
Tratament topic
antinfiamator



- Furfuril palmitat
(neutralizează 3 singlet)
 - Glicerol-Fosfolinozitol
(inhibitor al fosfolipazei A2)
- Nu conține cortizon!



TRIDERM LEN'OIL
Ulei antipruriginos



- Extract de Zanthoxylum
Bungeanum
 - Vitamina E (25%)
- Nu conține cortizon!

Provocările managementului de caz în Secția de Terapie Intensivă Pediatrică

În ultimele decade, s-au înregistrat progrese remarcabile în ceea ce privește evoluția, standardizarea și managementul secțiilor de Terapie Intensivă Pediatrică, acestea devenind un spațiu care implică o mare diversitate de profesioniști ce acordă îngrijiri medicale copiilor aflați în stare foarte gravă, pe o perioadă variabilă de timp. Prin urmare, un act medical de calitate este realizabil doar în contextul unei foarte bune colaborări între diferite specialități implicate, care optimizează șansele de supraviețuire a pacientului.



Asist. Univ. Dr. Țincu Iulia Florentina

UMF „Carol Davila” București,
Spitalul Clinic de Copii
„Dr. Victor Gomoiu”

Siguranța bolnavului trebuie să stea la baza managementului de echipă al cazului grav, în contextul în care fiecare profesionist are de selectat o paletă foarte largă de informații medicale atunci când emite o decizie medicală. Eroarea de management a cazului medical indică adesea ineficiența sau incapacitatea de lucru în

echipă, iar această constatare este considerată ubicuitară în lumea medicală. Managementul de caz aparține medicului din Secția de Terapie Intensivă Pediatrică, însă există o multitudine de factori care concură la reușita sau dimpotrivă, la eșecul acțiunilor sale; așa cum indică Graficul conceptual pentru muncă interprofesională în echipă, aplicabil în orice domeniu, deciziile pe care acesta le are de luat sunt supuse unor factori extrem de variabili, dincolo de necesitatea medicală imediată.

Provocările legate de **competențele medicale individuale** impun responsabilitatea fiecărei specialități, iar medicul va trebui să își recunoască propriile limi-

te față de un anumit caz medical sau de evoluția acestuia; a existat tendința sistemului centrat individual în care fiecare specialist se ocupa strict de partea sa de patologie, însă dintr-o astfel de ecuație va lipsi comunicarea eficientă, încrederea reciprocă între specialiști, gândirea critică și analitică, participarea activă iar echipa va rămâne în timp fără lider.

Pentru a asigura o echipă care acordă îngrijiri medicale la cel mai înalt standard, este nevoie, din punct de vedere al componenței acesteia, de medici cu abilități diferite, dar și cu **roluri bine definite**, care își pot da concursul într-o serie de situații limită ce apar pe parcursul evoluției pacientului, fără a lăsa ca emoțiile interpersonale să primeze binelui pacientului. Datorită diferențelor de perspectivă și priorități (altfel spus, „orgoliu” profesional sau personal), este binecunoscută tensiunea care apare, spre exemplu, între generațiile de medici, între medici și personalul mediu, sau între părinți și personal. Studiile psiho-sociale în interiorul corpului medical în general au indicat faptul că a lucra cu succes și eficient în echipă este legat mai degrabă de abilitățile personale de comunicare și de dezvoltarea umană individuală, decât de experiența profesională sau de cunoștințele în domeniu. Crearea unei relații bazate pe respect, comunicare inter-profesională și construirea unei ierarhii în echipă sunt atribuții ale medicului din Terapie Intensivă Pediatrică, care astfel devine liderul de caz ce acționează ca un motor pentru specialitățile implicate.

Pentru a putea susține un caz în situații de mare complexitate a patologiei, este promovat concepul „**învățare prin mun-**

Figura 1. Grafic conceptual pentru munca interprofesională în echipă. Adaptată după Reeves S, Lewin S, Espin S, Zwarenstein M. A Conceptual Framework for Interprofessional Teamwork. Chichester, West Sussex; Ames, IA: John Wiley and Sons; 2010.



PRODUCĂTOR ROMÂN DE ECHIPAMENTE MEDICALE ȘI SOLUȚII INTEGRATE PENTRU CLINICI ȘI SPITALE

Cu o echipă cu experiență de peste 15 ani, producem în România echipamente medicale la cele mai înalte standarde și oferim cele mai bune soluții integrate pentru departamentele A.T.I., Săli de Operație, Saloane și Zone Critice.

- ATI
- SĂLI DE OPERAȚIE
- SALOANE
- ZONE CRITICE



SOLUȚII INTEGRATE

- SISTEME DE MANAGEMENT AL GAZELOR MEDICALE
- INSTALAȚII DE CLIMATIZARE ȘI VENTILAȚIE
- SOLUȚII DE ARHITECTURĂ ȘI FINISAJE
- SOLUȚII IT PENTRU DIGITALIZAREA SĂLILOR DE OPERAȚIE

PRODUCȚIE ECHIPAMENTE MEDICALE

- SISTEME DE DISTRIBUȚIE A GAZELOR MEDICALE ȘI A CIRCUITELOR ELECTRICE
- INSTALAȚII DE GAZE MEDICALE
- SISTEME DE JEVI PENTRU GAZE MEDICALE
- LAVOARE ASEPTICE
- MOBILIER ȘI ACCESORII MEDICALE

Hospital Technical Solutions

Str. Dudești-Pantelimon nr. 44, Sector 3, 033091, București, România
T. +4037.142.8072 | F. +4037.160.6594 | office@hospital-solutions.ro

că”; supra-solicitarea în procesul de învățare asigură de fapt viitoarea reușită în situații similare: necesitatea îngrijirii mai multor pacienți în același timp, tranzitul științific / gestual / emoțional de la un caz la altul cu rapiditate marcată, necesitatea de a integra perspectivele diferite în funcție de disciplinele implicate în caz, procesarea și sintetizarea informației complexe primite simultan, necesitatea de a acționa în locuri diferite – sunt tot atâtea provocări ale medicului intensivist, care concură uneori în cazul unui singur pacient. Astfel, doar o rutină serioasă asigură reușita situațiilor viitoare.

Un alt element deosebit de important în buna funcționare a cazurilor grave din Terapia Intensivă Pediatrică este „**a învăța din greșeli**”. Acest lucru nu apare însă natural între indivizi sau în cadrul unei echipe / secții / spital, ci trebuie impus. Pedepsele publice și imposibilitatea de a accepta eșecul vor atrage și mai multe șanse de nereușită pe viitor. Pe de altă parte, specialiștii spun că a-ți asuma eșecul reprezintă chiar o condiție esențială pentru dezvoltare ulterioară și progres.

Orice problemă medicală sau organizațională identificată de un specialist trebuie raportată superiorilor, însă acest lucru necesită curaj și încredere în felul în care acea informație va fi diseminată; dacă va atrage după sine sancțiuni, invinuiiri personale sau incapacitatea de a accepta feedback-ul, vom avea în scurt timp de a face cu neîncrederea în interiorul echipei. Nu doar cel care transmite greșeala, dar și cel care primește informația trebuie să creadă în capacitatea de analiză sistematică a echipei, în posibilitatea de ameliorarea a situației pe viitor, în diseminarea multilaterală (nu doar unilaterală) prin transparență a evenimentelor. Învățarea din greșeli presupune a înțelege de ce s-a produs respectivul eveniment sau ce a stat la baza unor decizii mai puțin fericite sau atipice. Transparența însă limitată (în anumite grupuri de interes), transmiterea unor informații pentru a fugi de responsabilități în detrimentul acțiunii în urgență pentru pacient, incapacitatea de a comunica echidistant sunt tot atâtea motive de slăbire a relației interprofesionale și atrag după sine eșecul muncii în echipă.

Prezența **leadership**-ului este absolut esențială pentru a iniția în siguranță orice atitudine față de pacient dar și pentru implementarea comunicării în echipă. Asumarea poziției de lider atrage după sine o mare responsabilitate și ar trebui deținută de cel care reușește să reprezinte un model profesional, organizațional și uman pentru colegii săi; acestea nu se suprapun însă întotdeauna cu figura liderului de caz, a cărui inițiativă medicală poate fi corectă, dar care nu va transmite nimic membrilor echipei, scăzând ratele de succes ale cazului.

Siguranța pacientului este standardul de aur în îngrijirea copiilor din Secțiile de Terapie Intensivă Pediatrică, cunoscut de fiecare membru al personalului care intră în contact cu pacientul. Toate studiile au indicat faptul că doar o bună comunicare în echipă poate să crească rata de succes a cazului grav, iar aceasta se bazează pe existența unui lider, care indică responsabilități clare pentru membrii, pe lipsa de suspiciune între aceștia, pe echivalența lor, dar și pe depășirea barierelor ce țin de idei și mentalități depășite.



Pentru a asigura o echipă care acordă îngrijiri medicale la cel mai înalt standard, este nevoie, din punct de vedere al componenței acesteia, de medici cu abilități diferite, dar și cu **roluri bine definite**, care își pot da concursul într-o serie de situații limită ce apar pe parcursul evoluției pacientului, fără a lăsa ca emoțiile interpersonale să primeze binelui pacientului.



Integrarea simulării în educația și practica medicală a căpătat în ultimii ani, o importanță majoră. Simularea medicală are un rol important în medicina de urgență și terapia intensivă neonatală și pediatrică, deoarece oferă metode alternative de instruire în cazul situațiilor clinice cu risc ridicat și / sau cu frecvență scăzută la nou-născuți, sugari și copii.

CONSTATĂRI RECENTE

Simularea medicală în centrele de simulare multidisciplinare, simularea medicală pe teren, precum și în unitățile mobile oferă o varietate de posibilități pentru instruire. Simularea de înaltă fidelitate este acum folosită pentru a identifica lacunele de performanță, pentru a îmbunătăți curricula educațională și pentru a evalua competențele de bază sau avansate. Un studiu de referință* a demonstrat o îmbunătățire a rezultatelor resuscitării cardiopulmonare pediatrice în spital, după introducerea unui program care a avut la bază simularea medicală pediatrică.

Simularea de înaltă fidelitate a devenit un instrument puternic pentru medicina de urgență și terapia intensivă neonatală și pediatrică, atât prin exerciții de antrenament individual, cât și pentru instruirea echipelor.

CENTRUL MULTIDISCIPLINAR DE SIMULARE MEDICALĂ LIFESIM

Centrul Multidisciplinar de Simulare Medicală Lifesim vă propune soluții avansate pentru educația prin simulare medicală în medicina de urgență și terapia intensivă neonatală și pediatrică.

Procesul de instruire se realizează prin practica simulată cu ajutorul echipamentelor performante: simulatoare medicale avansate, complexe, interactive în timp real, de înaltă fidelitate, controlate wireless. Instruirea prin simulare medicală permite exersarea și perfecționarea abilităților clinice ale personalului medical, aplicând conceptul „deliberate practice” într-un mediu sigur și controlat, care facilitează învățarea manevrelor și procedurilor, inclusiv cele de comunicare și coordonare în echipă, într-un mod

structurat, etapizat și cu posibilitatea de repetare în urma feedback-ului oferit direct de instructori, precum și de simulatoare, fără să producă vătămarea pacientului. Așadar, eroarea în simularea medicală este permisă, iar învățarea din erori este recomandată în mediu controlat, oferind plus-valoare în practica medicală pe pacient. Pe măsură ce programele bazate pe simulare medicală în neonatologie și pediatrie evoluează, sunt anticipate progrese în ceea ce privește rezultatele terapiei de urgență și terapiei intensive la aceste grupe de pacienți.

Programele de formare profesională medicală pot fi adaptate pentru a satisface nevoile instituționale specifice și pot avea următoarele teme de interes:

- Auscultația cardiacă a patologiilor frecvente și rare
- Puncția lombară
- Protocoalele suportului vital de baza neonatal
- Protocoalele suportului vital pediatric
- Monitorizarea funcțiilor vitale la nou-născut, sugar și copil
- Suport vital avansat neonatologic (NALS)
- Suport vital avansat pediatric (PALS)
- Managementul căilor aeriene la nou-născut, sugar și copil
- Intubația dificilă și tehnicile alternative de intubație
- Cateterizarea ombilicală
- Abordul intraosos
- Managementul tulburărilor de ritm
- Repleția volemică
- Ventilația mecanică, moduri de ventilație
- Tehnicile de monitorizare hemodinamică neinvazivă și invazivă
- Montarea cateterelor venoase periferice și centrale

Centrul de Simulare Medicală LifeSIM este singurul centru privat de simulare medicală multidisciplinară din Europa Centrală și de Est, înființat cu scopul de a crea și de a adapta soluții pentru dezvoltarea educației medicale continue, în vederea îmbunătățirii calității actului medical prin creșterea performanței profesionale, individuale sau de echipă, a personalului medical.

Sursa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21494148> | Yager PH1, Lok J, Klig JE. | PMID: 21494148 DOI: 10.1097 / MOP.0b013e3283464aaf

Epistaxisul în perioada copilăriei

Epistaxisul (sângerarea nazală) este o afecțiune comună în perioada copilăriei, de cele mai multe ori benignă, arareori severă, cu necesitatea de spitalizare, foarte alarmantă însă pentru părinți și aparținători.



Dr. Miorița Toader

Medic primar ORL, Doctor în științe medicale, Spitalul Clinic de Urgență Pentru Copii „Grigore Alexandrescu” București

Date anatomice

Mucoasa nazală este de tip respirator și acoperă în întregime calea respiratorie până la bronhii, inclusiv anexele acesteia, urechea medie și sinusurile paranasale. Este compusă din epiteliu cilindric ciliat cu celule caliciforme, limfoide și cavități venoase de tip cavernos la nivelul cornetelor și orificiilor sinusale, ceea ce favorizează filtrarea, umezirea și încălzirea aerului.

În partea anterioară și inferioară a septului nazal există un plex relativ superficial de vase mici, care poartă denumirea de pata vasculară Kisselbach, care provine din carotidele externă și internă.

Sursele de sângerare pot fi anterioare în 90% din cazuri cât și posterioare de la nivelul arterei sfenopalatine.

Date etiologice

Dintre cauze amintim cauze pe cele locale/nazale, cât și pe cele generale, care dau epistaxisul secundar sau simptomatic.

1. **Cauzele locale** - sunt cele mai comune la copil: traumatismele, iritațiile mucoasei, corpii străini, tumorile nazale, rinita alergică sau cea infecțioasă.

Traumatismele pot fi reprezentate de microtraumatismele prin grataj digital sau în urma toaletei nazo-faringiene, suflului nasului. Sursa în aceste cazuri este de la nivelul petei vasculare, sângerarea fiind puțin abundentă, unilaterală, de scurtă durată. O sângerare abundentă, prelungită, apare după un traumatism cranio-facial cu fractură de oase proprii nazale, de sept nazal, a osului maxilar, a scheletului feței sau în fractura părții anterioare a bazei craniului. Traumatismele operatorii precum: adenoidectomia, chirurgia sinusală, chirurgia septo-nazală,

turbinectomia, pot fi de asemenea cauze de sângerare importantă. Intubația nazo-tracheală și sonda nazo-gastrică la copiii cu coagulopatii pot produce epistaxis sever.

Iritațiile mucoasei nazale cauzate de alergii, infecțiile virale sau bacteriene ale căilor respiratorii superioare, rinitele cronice, folosirea în exces a soluțiilor nazale, expunerea excesivă la substanțe inhalatorii iritante, pot cauza sângerări nazale importante.

Rinitele alergice care au ca manifestare strănutul, obstrucția nazală și tratarea acestora cu corticoizi locali, pot precipita sau exacerba epistaxisul.

Infecțiile virale sau bacteriene ale căilor respiratorii superioare, inclusiv sinuzitele însoțite de inflamația mucoasei nazale, au un rol important în sângerările nazale.

Infecțiile stafilococice dermice, locale, pot determina de asemenea epistaxis. Alți agenți implicați sunt: streptococul, sifilisul congenital, tuberculoza nazală granulomatoasă, difteria nazală, ambele foarte rare.

Tumorile nazale se manifestă prin simptome unilaterale ca: epistaxis intermitent, obstrucție nazală, tulburări de miros. Sângerările masive sunt rare, excepție făcând fibromul nazo-faringian, în care sângerarea este impresionantă.

În general tumorile care se pot manifesta cu epistaxis sunt de natură benignă: hemangiomul, granulomul piogen, papilomul invertit, angiofibromul nazo-faringian sau pot fi și unele maligne: rabdomyosarcomul, carcinomul nazo-faringian.

Fibromul nazo-faringian este o tumoră benignă foarte bine vascularizată, întâlnită la adolescenții de sex masculin. Ca simptomatologie întâlnim triada: obstrucție nazală, rinoree, epistaxis, mai rar otită medie seroasă și hipoacuzie. Diagnosticul de fibrom este confirmat prin CT/RMN și este total contraindicat să se facă biopsie, datorită riscului de sângerare fulminantă.

Granulomul piogen sau teleangiectatic, este o tumoră benignă asociată cu proliferarea capilară.

Rabdomyosarcomul se manifestă prin: obstrucție nazală, rinoree muco-purulen-

tă sau uneori rinoree sanghinolentă, otită seroasă, cefalee profundă, neuropatii (pareza de nerv VI).

Carcinomul nazo-faringian la copil, se manifestă cu: epistaxis, cefalee, torticolis, trismus, adenopatie cervicală unilaterală, otalgie, hipoacuzie iar uneori odinofagie.

Papilomul invertit este o tumoră polipoidă, unilaterală, de culoare roșie, atașată de peretele latero-nazal, cornetul nazal mijlociu, sept sau vestibulul nazal. Maliginitatea acestuia este în proporție de 2% din cazuri, în perioada de maturitate.

2. **Bolile sistemice** cu tulburări de coagulare, vasculare, HTA, tratamentul anticoagulant și antiinflamator, bolile inflamatorii cronice, sunt luate în considerare la copiii cu epistaxis recurent și cu antecedente familiale.

Tulburările de hemostază se întâlnesc în trombocitopenii și în deficite de factor VII, VIII, IX, XI, deficitul de fibrinogen, hipovitaminoza K și C (mai ales în trombocitopenii și boala von Willenbrand, neobișnuit în coagulopatii).

Boala Osler-Weber-Rendu sau telangiectazia hemoragică ereditară este o afecțiune autosomal dominantă, care se manifestă cu leziuni angiomatoase multiple ale mucoasei nazale și cu epistaxis multifocal de la nivelul părții anterioare și mijlocii a septului nazal.

Medicația antiinflamatoare (ibuprofen, aspirină) și anticoagulantă, administrată la copiii cu defecte cardiace congenitale, boli tromboembolice, poate cauza epistaxis.

Bolile inflamatorii cronice ca granulomatoza Wegener, manifestată cu rinoree persistentă purulentă sau sanghinolentă, ulceratii nazale și bucale, poliartralgi, mi-algii, pot fi și ele cauze rare de epistaxis.

HTA, mai ales forma secundară bolilor renale și corticoterapiei sistemice, se pot manifesta cu epistaxis.

Diagnosticul pozitiv

Stabilirea unui diagnostic pozitiv presupune parcurgerea următoarelor etape:

- **anamneza** - din istoricul bolii putem



Nisita®

SPRAY ȘI UNGUENT TANDREȚE ȘI IGIENĂ PENTRU UN NAS SĂNĂTOS

Potrivit pentru femei gravide și sugari
Nisita®

Mentține 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.

soace în evidență un traumatism recent, infecție de căi respiratorii superioare, alergie, expunere la aer ambiant uscat. Prezența sângerărilor repetate, prelungite, prezența inclusiv sau mai ales a echomozelor, în absența traumatismelor minore, la pacient sau la membrii familiei acestuia, ne duce cu gândul la o cauză sistemică, la patologia hemostazei. Medicul care examinează pacientul, trebuie să aprecieze severitatea sângerării, dar de obicei cantitatea de sânge pierdută este supraestimată de către aparținători. Datele de anamneză care decelează o modificare a stării generale, paloare, amețeli în ortostatism, sugerează o hemoragie importantă.

- **localizarea sângerării și stabilirea cauzei (examenul local)** - decelarea unei localizări anterioare a sângerării, poate fi datorită unui traumatism digital, unei rinite crustoase, o boală infecțioasă acută sau este vorba de un epistaxis idiopatic; o sângerare posterioară sau în etajul mijlociu poate fi datorită unei fracturi sau a unei tumori; o sângerare superficială este cel mai probabil cauzată de o diateză hemoragică.
- **analizele de sânge** - hemogramă, teste de coagulare/hemostază.
- **radiografia de craniu, CT, RMN**, atunci când suspectăm o etiologie tumorală
- **examenul clinic general (consultul pediatric)** este obligatoriu atunci când pacientul nu este evaluat sau spitalizat într-un serviciu de pediatrie și se suspectează o cauză sistemică, o patologie a hemostazei sau o pierdere importantă de sânge. Prezența unei tahicardii și tahipneea, persistente, sunt semne precoce ale unei hipovolemii; alterarea stării generale și timpul de coagulare capilară prelungit sunt semne fizice mai tardive de șoc hipovolemic; HTA poate fi cauza unui epistaxis, dar mai rar la copii; prezența altor forme de sângerare sau prezența limfadenopatiilor indică posibilitatea unei boli sistemice; evidențierea de sânge subunghial constituie dovada gratajului nazal, foarte frecvent la copii.

Diagnosticul diferențial - se poate face cu hemoragiile care nu provin din nas, ci se exteriorizează prin nas, cum ar fi tumori ale rinofaringelui și faringelui, hemoptizii, rupturi ale varicelor de la nivelul esofagului, leziuni sau rupturi ale vaselor de la baza craniului, ca cele ale carotidei interne, când sângerarea se face prin sinusul sfenoidal sau prin trompa lui Eustachio.

Tratamentul

În cazul majorității copiilor cu epistaxis, localizarea este anterioară, fără compromiterea căilor respiratorii sau modificări hemodinamice. Episodul de sângerare se rezolvă în această situație prin compresie nazală timp de 5-10 minute, cu capul aplecat în față și nu este necesar un alt tratament și nici evaluare suplimentară.

Colaborarea cu un medic specialist ORL sau cu alte specialități este indicată la pacienții cu un epistaxis sever, recurent, sau în caz de tumori, polipi sau telangiectazii.

La pacienții cu epistaxis sever sau recurent, cu antecedente familiale de tulburări de coagulare, se solicită un consult hematologic.

Cu toate că în cele mai multe cazuri tratamentul local, prin compresie, este suficient, sunt însă situații când sunt necesare și alte manevre cum ar fi: cauterizarea, aplicarea de agenți hemostatici, tamponament nazal sau alte proceduri terapeutice mai agresive.

Compresia nazală presupune compresia aripii nazale pe septul nazal care aplică o presiune pe plexul vascular Kisselbach, pentru cel puțin 5 minute, de preferat după prealabila suflare a nasului și aplicarea unui tampon de vată sau cel mai bine dischetă demachiantă, sau orice alt material moale. Dacă avem de a face cu un pacient prea mic și necooperant, presiunea o realizează părinții sau personalul medical, depinde de situație, luând în calcul și preferințele copilului. Manevra se desfășoară cu copilul în șezut, cu capul flectat anterior, sub nici o formă culcat, pentru a evita înghițirea sângelui și aspirarea sa. Este extrem de important efortul tuturor de a calma copilul și de a-l opri din plâns, de a-l liniști, pentru o maximă eficiență a manevrelor de hemostază.

Cauterizarea chimică sau cea electrică este realizată de medicul ORL la pacienții cu epistaxis recurent benign. De obicei procedura este bine tolerată, se aplică local lidocaină la un copil cooperant sau se face cu sedare în cazul unui copil mic sau fricos, necooperant. Cauterizarea este urmată de rinoree și de apariția de cruste. Trebuie evitată cauterizarea bilaterală simultană datorită riscului de ulcerare și de perforare la nivelul septului nazal.

Dacă manevrele amintite nu au dat rezultat, se practică tamponamentul anterior.

Se face cu ajutorul unor bureți speciali, care se introduc în fosa nazală și se poate menține 2-3 zile, timp în care ei se resorb, se lichează. Acești agenți rezorbabili sunt folosiți la pacienții cu sângerări minime și în coagulopatii, boli imunodeficitare, dializă renală, pentru a evita leziunea mucoasei în cazul în care s-ar face un tamponament anterior standard cu meșe de tifon. Tamponamentul nazal cu meșe de tifon puse „în acordeon“ în fosa nazală este o tehnică ce determină un oarecare disconfort dar și leziuni ale mucoasei. Acestea se mențin 1-5 zile, timp în care pacientul trebuie avertizat că există posibilitatea ca după îndepărtarea meșei să apară iarăși sângerarea. De asemenea, un alt risc este acela al unei suprainfecții stafilococice rino-sinusale, când este indicată antibioterapia.

Sunt situații când sângerarea persistă în posterior, motiv pentru care se face un tamponament posterior. Cazurile extreme de rare cu o sângerare care nu poate fi oprită prin metodele descrise ajung la tehnici chirurgicale precum embolizarea arterei maxilare interne, la pacienți cu telangiectazie hemoragică ereditară, angiofibrom, hemangiom, malformații arterio-veoase, leziuni arteriolare posttraumatice. În epistaxisul posterior sau superior se poate recurge la cauterizarea sau ligatura arterială sub control endoscopic. Cazurile speciale ca hemofilia, boala von Willenbrand, trombocitopenia nonimună, este recomandat tratamentul de substituție cu factor VIII uman recombinat, respectiv topic cu trombină.

Prevenirea epistaxisului recurent

Pentru prevenirea epistaxisului recurent la copii, primul pas este umidifierea mucoasei nazale prin folosirea umidificatoarelor de cameră sau spray cu soluții saline, precum și evitarea traumatismelor nazale.

Este recomandat tratamentul topic pentru reducerea inflamației cronice cu stafilococ auriu, care joacă un rol important în recurențele epistaxisului benign.

În cazul rinitelor alergice, tratamentul cu corticoizi local trebuie întrerupt la intervale regulate și combinat cu antihistaminice administrate pe cale orală.

La copiii care fac infecții de căi aeriene superioare, apariția epistaxisului se previne prin folosirea de soluții decongestionante, administrarea de antihistaminice și prin evitarea uscăciunii mucoasei nazale.

Nas înfundat? Rinosinuzită?

Sinupret® Sirop



- ✓ **desfundă nasul**
- ✓ **fluidifică secrețiile nazale**
- ✓ **înlătură durerea de cap sinusală**

Soluția terapeutică sustenabilă împotriva nasului înfundat pentru copii începând cu vârsta de 2 ani.

COMPOZIȚIE: Un ml sirop conține: 416,8 mg extract (propoția medicament/extract 1:38,5) din rădăcină de gențiană (*Gentianae radix*), tăiată; iarbă de verbină (*Verbenae herba*), tăiată; iarbă de măcriș (*Rumicis herba*), tăiată; flori de soc (*Sambuci flos*), măcinate; flori de ciuboșca-cucului cu caliciu (*Primulae flos cum calycibus*), tăiate; (1:3:3:3:3); solvent de extracție: alcool etilic 59% (V/V); solvent de extracție: apă purificată. Acest medicament conține: alcool etilic 8% (V/V), adică 62,9 mg alcool pentru un ml sirop, și maltitol lichid 787,6 mg pentru un ml sirop. Indicații terapeutice: Sinupret Sirop este indicat în tratamentul inflamațiilor acute și cronice ale mucoasei sinusurilor paranazale la copii începând cu vârsta de 2 ani, adolescenții și adulți. Doze și mod de administrare: Sinupret Sirop se administrează de 3 ori pe zi, așa cum rezultă din tabelul de mai sus. Pentru dozarea corectă se folosește măsura dozoatoare atașată flaconului ce prezintă gradajii corespunzătoare. Mod de administrare: Sinupret Sirop se administrează de 3 ori pe zi (dimineața, la prânz și seara), nediluat sau diluat cu puțină apă. Dacă este necesar, după ce se ia medicația se poate bea puțin lichid (fără alcool), de preferat un pahar cu apă. Sinupret Sirop poate fi administrat în timpul mesei, cu puțin lichid, sau între mese. În cazul pacienților cu stomac sensibil este recomandată administrarea după mese. A se agita bine înainte de utilizare. Durata administrării este de 7-14 zile. Contraindicații: Hipersensibilitate la substanțele active sau la oricare dintre excipienți. Atenționări și precauții speciale pentru utilizare: Deoarece nu există date adecvate privind utilizarea acestui medicament la copii cu vârsta sub 2 ani, Sinupret Sirop nu trebuie administrat la această grupă de vârstă. Dacă simptomele persistă mai mult de 7-14 zile, se agravează sau revin periodic și/sau dacă se observă hemoragie nazală, febră persistentă, durere severă, secreții nazale purulente sau simptome neclare, este necesar consult medical. În cazul în care pacientul este diagnosticat cu gastrită sau la pacienții cu stomac sensibil, acest medicament trebuie utilizat cu foarte mare precauție. Preferabil, Sinupret Sirop trebuie utilizat după mese și cu un pahar cu apă. Acest medicament conține 8% (V/V) alcool (etanol), adică 0,44 g alcool la 7 ml, care este echivalent cu 11 ml bere sau 4 ml vin. Poate fi dăunător persoanelor cu etilism. Acest lucru trebuie avut în vedere la gravide sau la femeile care alăptează, copii și grupuri cu risc crescut cum sunt pacienții cu boli hepatice sau epilepsie. Sinupret Sirop conține maltitol lichid. Pacienții cu afecțiuni ereditare rare de intoleranță la fructoză nu trebuie să utilizeze acest medicament. În cazul pacienților cu diabet zaharat se va ține cont de faptul că 7,0 ml Sinupret Sirop conțin 5,5 g de maltitol lichid care corespunde la aproximativ 0,35 unități glucidice de carbohidrați. Conținutul caloric este de 2,3 kcal/g maltitol. Maltitolul poate avea un ușor efect laxativ. Lista excipienților: Maltitol lichid, Aromă de cireș: substanțe aromatizante, extracte aromate, substanțe aromatizante naturale, propilenglicol (E 1520), acid lactic (E 270), suc concentrat din fructe, triacetină (E 1518), etanol. Perioada de valabilitate: După prima deschidere (medicamentul în uz): 6 luni. Data primei autorizări: Mai 2019. Data revizuirii textului: Mai 2019. Acest medicament se eliberează fără prescripție medicală.

Acest material este destinat profesioniștilor din domeniul sănătății.

DEȚINĂTORUL AUTORIZAȚIEI DE PUNERE PE PIAȚĂ: BIONORICĂ SE, Kerschenscheiderstraße 11-15, 92318 Neumarkt, Germania, Telefon: +49 9181 / 231-90, Fax: +49 9181 / 231-265.



Sun Wave
Pharma



ALIATUL SIGUR ÎN TUSE



TEAR  EAT 

ALIATUL **INSTANT** AL ANTIBIOTICULUI

Importanța educației în ameliorarea calității vieții copilului cu astm bronșic

Astmul bronșic reprezintă o afecțiune frecvent întâlnită în patologia cronică pediatrică. Prevalența maximă s-a constatat în rândul populației infantile (1-17 ani). În România incidența astmului bronșic la copil este apreciată la 5-7% conform unor studii publicate în literatura de specialitate ⁽¹⁻³⁾. Boala survine mult mai frecvent la copiii cu teren atopic. Adesea, la un bolnav atopic se asociază 2 sau chiar 3 boli alergice, astmul fiind una dintre cele mai frecvente boli alergice ⁽⁴⁾.



Asist. Univ.
Dr. Pop Claudia-Felicia

Medic primar Medicină de familie,
Disciplina Nursing UMF
"Iuliu-Hațieganu" Cluj-Napoca

Astmul bronșic se manifestă clinic prin episoade de obstrucție bronșică și perioade de remisie.

a. *Episodul bronhoobstructiv*, exacerbarea se manifestă frecvent prin: dispnee expiratorie, tuse, wheezing.

Dispneea are un caracter expirator, se agravează progresiv, asociază tiraj, bătaia aripioarelor nazale. Expirația este dificilă, prelungită, în timp ce inspirația este scurtă.

Tuse inițial uscată, apoi umedă. La copilul mai mare poate să apară expectorația mucoasă, albicioasă, perlată, puțin abundentă.

În obstrucțiile mai puțin severe, *wheezing-ul* este perceput doar în condiții de efort sau prin manevre de expirație forțată.

Uneori singurul simptom este tusea persistentă sau tusea la efort, situație în care diagnosticul este mai greu de precizat. Exacerbarea poate fi anunțată de anumite semne precum senzație de sufocare sau compresiune toracică, rinoree, tuse, strănut, lăcrimare. Simptomatologia de tip bronhoobstructiv survine frecvent în cursul nopții sau spre dimineață, și se ameliorează pe parcursul zilei. Criza de astm durează 3-7 zile, după care remit manifestările clinice dar persistă unele modificări funcționale respiratorii câteva săptămâni.

b. *Perioadele de remisie* sunt asimptomatice în formele clinice ușoare de boală. În formele severe de boală, intercritic, persistă tusea, dispneea de efort, raluri bronșice și în timp pot să apară semne de insuficiență respiratorie cronică: deformări toracice, hipocratism digital, nanism, retard pubertar.

Este foarte important să cunoaștem evoluția naturală în astmul bronșic:

- ondulanța, cu perioade de acalmie și perioade de exacerbare
- tinde să devină cronică, vindecare rară
- în condițiile unei terapii cronice adecvate formei de boală, se reduc episoadele de exacerbare uneori până la dispariția acestora, dar rămâne susceptibilitatea unor accese intermitente provocate de expunerea la factorii favorizanți
- mortalitatea prin astm este redusă (în condițiile unui control eficient al bolii)

Având evoluție cronică, astmul determină consecințe nu numai în planul fizic, dar și în plan psiho-social, interferând cu viața de zi cu zi a copilului. Un aspect deosebit de important pentru copil și familia acestuia este acceptarea astmului ca și o boală de lungă durată, cu o evoluție ce se poate modifica în timp, dar compatibilă cu o calitate normală a vieții, în condițiile unui diagnostic și tratament precoce și corect.

Anul 1986 a adus în atenția specialiștilor conceptul de calitate a vieții la pacientul cu boală cronică, ca și un criteriu modern de evaluare a impactului bolii în viața individului. Conceptul de calitate a vieții include diferite aspecte precum starea de sănătate, relația cu familia și prietenii, standard de viață, gradul de libertate. Aprecierea calității vieții poate evalua „impactul astmului ca și boală cronică asupra psihicului și vieții sociale a copilului” ⁽⁵⁻⁷⁾.

Pentru a avea imaginea completă asupra impactului astmului bronșic în viața pacientului, cercetătorii au sugerat necesitatea unei evaluări directe privind raportul dintre starea de sănătate a copilului și calitatea vieții acestuia.

Odată cu apariția acestui concept a fost necesară identificarea unor indicatori care să evalueze direct calitatea vieții, indicatori care să fie utilizați alături de parametrii funcționali pentru monitorizarea evoluției astmului bronșic. Conceptul de calitate a vieții are o importanță deosebită, explorarea funcțională poate să furnizeze rezultate insuficiente – înregistrând

numai lipsa de reversibilitate – în timp ce aprecierea calității vieții oferă și alte date despre evoluție, certificând eficiența sau ineficiența unui tratament. ⁽⁸⁻¹⁰⁾

Ca răspuns la nevoia de a evalua calitatea vieții, s-au întocmit chestionare adresate copilului și familiei. Chestionarele pentru calitatea vieții trebuie să conțină întrebări special concepute pentru diverse probleme de viață, având posibilități multiple de răspuns. Ele pot avea un caracter general pentru boală cronică sau specific pentru astm. Există mai multe modele pentru adulții cu boală cronică și mai puține pentru copii. Dezvoltarea unor chestionare de evaluare a calității vieții la copil prezintă o adevărată provocare, deoarece acestea trebuie să fie pe înțelesul copiilor și copii trebuie să fie capabili să rezolve testul singuri, fără intervenția părintelui.

Chestionarele trebuie să aibă următoarele caracteristici:

- să fie identice pentru ambele sexe
- mențină atenția copilului pentru maxim 25-30 minute la prima evaluare, ulterior la reevaluare nu mai mult de 15 minute
- evaluare dacă este posibil cu ajutorul calculatorului
- testul să aibă un caracter repetabil, iar rezultatul lui să nu fie influențat de atitudinea medicului

Dezavantajele chestionarului :

- reprezintă o metodă subiectivă de evaluare
- depine de vârsta pacientului, nivelul de cunoștințe, capacitatea copilului de a citi

Modele de chestionare utilizate în practica pediatrică:

M.Hyland a adoptat o scară de calitate a vieții intitulată „Living with Asthma Questionnaire” conținând 68 de puncte referitoare la astm, despre 11 aspecte ale vieții: viața socială și recreere, sport, vacanțe, muncă și alte activități, somn, mobilitate, viroze respiratorii, probleme sexuale și atitudini, efectele medicației antiastmatice.

Juniper a elaborat „Pediatric Asthma Quality of Life Questionnaire” care evaluează

Triplu efect dovedit



PROSPAN®



Pentru tuse >>>

Ingrediente Prospan:

100 ml picături soluție conține: 2,0 g Hedera helix Foliu extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

100 ml sirop conține: 0,7 g Hedera helix Foliu extractum siccum - extract uscat de frunze de iederă (5-7,5: 1).

Un comprimat efervescent conține 65 mg Hedera helix folium, extractum siccum (extract uscat de frunze de iederă) (5-7,5: 1).

Tratament inhalator: Un efect terapeutic benefic poate fi obținut prin inhalarea soluției sub formă de aerosoli. Toate aparatele din rețeaua comercială pentru vaporizare rece sunt potrivite pentru această procedură. Picăturile Prospan pot fi diluate cu apă în raport 1:2. Terapia inhalatorie nu este indicată la copii sub 3 ani sau la copii care au avut convulsii (febrile sau nonfebrile) în trecut. Se inhalează 20-25 de picături de câteva ori zilnic.

În cazul sarcinii sau alăptării, adresați-vă medicului sau farmacistului pentru recomandări înainte de a lua acest medicament.

Prospan: ușor de administrat

A acțiune secretolitică și bronhodilatatoare ce ameliorează tusea

Prospan sirop



	Copii până la 1 an*	2 x 2,5 ml
	Copii între 1 și 5 ani	3 x 2,5 ml
	Copii între 6 și 9 ani	3 x 5 ml
	Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 5 ml, la nevoie până la 3 x 7,5 ml

* Pentru sugarii sub 1 an de zile produsul se poate administra numai prin prescripție medicală

Prospan picături



	Copii între 1 și 4 ani	3 x 12 picături
	Copii între 4 și 10 ani	3 x 16 picături
	Adulți și copii de peste 10 ani	3 x 24 picături

Prospan comprimate efervescente*



	Copii între 6 și 12 ani	3 x 1/2 comprimat efervescent/zi
	Adulți și copii de peste 12 ani	2 x 1 comprimat efervescent/zi

*Comprimatele pot fi dizolvate într-un pahar cu apă (cca. 200 ml)

comportamentul fizic și emoțional de zi cu zi, utilizând 23 de întrebări pentru 3 domenii – activitate, simptome, emoții. După evaluare, pe baza unei scale de la 1 la 7 se poate calcula un scor general de calitate a vieții și respectiv câte un scor pentru fiecare din cele 3 domenii. Evaluarea trebuie făcută în dinamică, iar dacă între două evaluări există o diferență de minim 0,5 se consideră că există schimbare în calitatea vieții, care poate fi în sensul ameliorării calității vieții sau în sensul deteriorării acesteia. Dacă evoluția scorului de calitate a vieții a fost negativă, se poate recomanda reevaluarea schemei terapeutice.⁽⁵⁻¹⁰⁾

Sunt utile de asemenea fișele individuale de monitorizare la domiciliu, fișe care aduc informații cu privire la simptome (tuse, wheezing), terapia cronică și în caz de exacerbare, variația circadiană a fluxului expirator de vârf - determinată cu peak-flow meterul.

• Tratamentul în astmul bronșic pediatric reprezintă o provocare datorită diversității clinice și evolutive precum și dificultății în obținerea complianței.

Elaborarea planului terapeutic trebuie să țină cont de:

- treapta de severitate a bolii
- identificarea factorilor declanșatori în mod individual și stabilirea unei strategii de evitare
- stabilirea unui plan individual de tratament de fond
- stabilirea unui plan individual de tratament al exacerbărilor
- monitorizarea periodică în funcție de evoluție și răspuns terapeutic
- educarea pacientului (noțiuni despre boală, utilizarea corectă a medicației, tehnică corectă de administrare a medicației pe cale inhalatorie)

Tratamentul are 2 componente:

Terapia de fond (tratamentul cronic) care vizează 2 obiective:

Evitarea factorilor declanșanți:

- a. îndepărtarea pneumalergenilor din camera copilului
 - ▶ renunțarea la obiecte care rețin praful
 - ▶ curățenia din casă se face cu o cârpă umedă în absența copilului
 - ▶ renunțarea și evitarea contactului cu animale de casă
 - ▶ nu va dormi cu geamul deschis în perioada de polenizare
- b. evitarea contactului cu factori iritanți
- c. evitarea medicației cu AINS

d. limitarea infecțiilor intercurrente prin amânarea inserării în colectivitate, evitarea contactului cu persoane bolnave, efectuarea vaccinărilor

Combaterea inflamației cronice prin administrarea de corticoizi pe cale inhalatorie și/sau administrarea de antileukotriene.

Scopul tratamentului cronic este controlul bolii, ceea ce presupune următoarele rezultate:

- simptome minime (absente), inclusiv cele nocturne
- exacerbări rare (absente)
- fără intervenții medicale de urgență
- reducerea la minim a necesarului de beta 2-agoniști
- activitate normală, inclusiv efort fizic
- variabilitate PEF < 20 %
- PEF cât mai aproape de normal
- efecte adverse minime (absente) ale medicamentelor antiastmatice

Terapia exacerbărilor (tratamentul bronhodilatator)

- beta 2 mimetice cu durată scurtă de acțiune (Salbutamol/Ventolin)
- derivate atropinice (Atrovent)
- corticoizi pe cale sistemică

Dacă exacerbarea este ușoară, medicația se poate administra la domiciliu (pe baza unui protocol de conduită terapeutică), la inițiativa copilului sau aparținătorilor. Dacă exacerbarea este medie sau severă, medicația se inițiază la domiciliu, se evaluează eficiența medicației la interval de 30-60 minute de la ultima administrare, iar dacă evoluția este nefavorabilă (persistența simptomelor sau agravarea lor) se impune spitalizarea copilului.

Fluxul expirator de vârf (FEV/PEF) – măsurarea sa este utilă pentru monitorizarea evoluției, aspect ilustrat în figura 1. Determinarea se face cu ajutorul peak flow meterului, un dispozitiv simplu, portabil, și ușor de utilizat. El oferă date obiective, corelându-se destul de bine cu VEMS-ul. Determinarea PEF-ului nu poate substitui spirometria deoarece acesta este dependent de efort și măsoară mai ales funcția căilor aeriene mari, în timp ce VEMS-ul reflectă fluxurile produse la volume mici și este influențat de obstrucția căilor aeriene mici (se poate întâmpla să apară un VEMS modificat în timp ce PEF-ul este normal). Datorită simplității de determinare, PEF este folosit pentru aprecierea severității și a gradului de variație circadiană a funcției pulmonare care se corelează cu gradul hiperreactivității căilor aeriene. Este util pentru monitorizarea răs-

punsului la terapia cronică și pentru demonstrarea obiectivă a rezultatelor. Măsurarea se face de 2 ori pe zi, dimineața și seara, la fiecare moment al zilei, câte trei determinări, și se alege valoarea cea mai bună. Măsurarea se poate face și înainte sau după utilizarea de bronhodilatatoare dacă este cazul.

În mod normal variabilitatea zilnică a PEF este sub 10%, în timp ce la o persoană cu hiperreactivitate bronșică valorile sunt peste 15%.

Pentru a ajuta pacientul la monitorizarea evoluției și luarea deciziilor, a fost sugerat un sistem de codare a PEF în trei zone colorate:

- *zona „verde”* (PEF 80-100% din valoarea maximă personală, variabilitate sub 20%) indică bine și sugerează că nu este necesară modificarea terapiei curente. Situația consecutivă în zona verde și spirometria normală sugerează un bun control al bolii și poate duce la reducerea medicației.
- *zona „galbenă”* (PEF 50-79% din maximumul personal, variabilitate 20-30%), indică posibilitatea unei exacerbări, pacientul va crește medicația bronhodilatatoare, eventual introduce corticoizi pe cale generală. Fluctuațiile frecvente spre zona galbenă poate sugera un control insuficient al bolii, iar terapia de fond trebuie crescută.
- *zona „roșie”* (PEF sub 50% din maximumul personal) indică o urgență și impune administrarea unui beta adrenergic cu acțiune scurtă sau prezentarea la camera de gardă.

În anul 1995 s-a realizat strategia mondială pentru asistența medicală a astmului bronșic „Global Strategy for Asthma Management and Prevention”. Programul GINA s-a constituit ca și un ghid terapeutic și de educație, având drept scop reducerea prevalenței, morbidității și impactului socio-economic datorat bolii.^(11,12)

Programul educațional este unul complex, iar obiectivele sale sunt:

- a) scăderea mortalității și morbidității;
- b) reducerea costului pentru sănătate;
- c) reintegrarea socio-profesională.

Reducerea morbidității și a formelor severe de astm, au drept consecință scăderea adresabilității la serviciile de urgență și spitalizările.

Diminuarea impactului socio-economic al astmului bronșic se poate realiza prin: facilitarea reintegrării sociale și profesionale a pacienților astmatici; activitate școlară zilnică normală; reducerea costului de îngrijire a astmului la copil.



soluții integrate în practica medicală

• ASTM BRONȘIC?

Spirohome Clinic - platforma clinică de **spirometrie ultrasonică**

NIOX VERO[®] - aparat portabil pentru **evaluarea inflamației, FeNO**



• DISCHINEZIE CILIARĂ PRIMARĂ?

NIOX VERO[®] - singurul aparat portabil care măsoară **oxidul nitric NAZAL (nNO)**: poate ajuta la **identificarea cazurilor de PCD**, conform ghidurilor publicate de Societatea Europeană pentru Studiul Bolilor Respiratorii (European Respiratory Society).

*NIOX VERO pentru măsurarea Oxidului Nitric nazal (nNO) deține marca CE și este aprobat pentru uz clinic în UE, Australia și Coreea de Sud.

• RINITĂ ALERGICĂ?

BioNette - primul dispozitiv electronic cu eficiență dovedită clinic împotriva rinitei alergice.

Un tratament revoluționar, non-invaziv, nemedicamentos, fără efecte secundare, recomandat în rinita alergică, leziuni orale, dureri cronice și artrită reumatoidă.



S.C. Alergomed S.R.L. Tel/fax: +4.021.252.0760, Tel: +4.0729.007.723

www.alergomed.ro • office@alergomed.ro

Monitorizarea PEF la domiciliu cu peak flow metru

- Stabilirea pentru PEF a celei mai bune valori personale prin măsurători de 2x/zi timp de 2 săptămâni în perioada de control al bolii
- Stabilirea zonelor individuale de severitate

Zona	PEF (raportat la valoarea cea mai bună)	Semnificație
verde	80-100%	control bun
galben	50-79%	control necorespunzător necesită consult medical
roșu	< 50%	semnal de alarmă necesită β_2 -mimetic și adresare de urgență la medic

Figura 1 - Monitorizarea PEF pentru aprecierea evoluției astmului (din arhiva personală a autorului)

Educația se adresează personalului medical, copilului astmatic, familiei, persoanelor din anturajul copilului. Este necesară formarea unei **echipe medic - pacient - familie**, cu o colaborare eficientă, bazată pe încredere, ceea ce duce la creșterea încrederii pacientului în personalul medical, reflectată în complianța la tratamentul propus.

Calitatea rezultatelor depinde de:

- personal medical suficient și bine educat;
- servicii de specialitate cu posibilități de diagnostic corect al astmului;
- resurse financiare adecvate pentru un tratament eficient;
- educație continuă pentru familie și pacient;
- legături între diferite nivele de asistență medicală.

- Medicul trebuie să fie foarte bine informat și pregătit pentru a educa pacientul să-și cunoască boala și să se poată autoîngriji.

Contactul copilului bolnav cu personalul medical presupune următoarele:

- permiterea accesului copilului la cât mai multe informații legate de afecțiunea sa; cauzele, modul de manifestare, posibilități de tratament, prognostic;
- evitarea concentrării atenției doar asupra deficienței copilului fără a ține cont de potențialele sale;
- solicitarea părerii copilului și implicarea lui în tratament pentru a-i crea sentimentul că el deține un rol foarte important în recuperare;
- utilizarea aceluiași personal medical, ceea ce permite stabilirea unei relații adecvate medic - pacient și crearea unui mediu de siguranță pentru copil;
- permiterea unei anumite libertăți pacientului deoarece este mai util pentru recuperare să i se permită experimen-

rea unor situații prin încercare și eroare, decât să i se impună anumite decizii.

Informații privind controlul bolii:

- pacientul să administreze corect medicația de fond

Marea majoritate a medicației antiastmatice se administrează pe cale inhalatorie. Aceasta are avantajul unor efecte locale maxime cu evitarea sau limitarea unor efecte sistemice nedorite. Pentru ca o cantitate cât mai mare din medicament să ajungă la nivel bronșic, este necesară o bună tehnică de administrare, ceea ce depinde de capacitatea de cooperare a copilului. Educația adecvată a pacientului privind utilizarea corectă a medicației, duce în timp la controlul bolii și reduce consecințele acesteia asupra vieții de zi cu zi a pacientului, ameliorând astfel calitatea vieții copilului astmatic.

- să recunoască simptomele de agravare a astmului și să își administreze singur medicația de tip bronhodilatator
- să folosească un tratament personalizat pentru stoparea exacerbărilor cât și pentru prevenirea exacerbărilor declanșate de efort
- să se adreseze medicului la timp în cazul exacerbărilor care nu pot fi controlate la domiciliu
- să înțeleagă diferența dintre medicația care are ca efect atenuarea exacerbărilor și medicația care controlează simptomatologia pe termen lung
- să crească intervalul dintre acutizări prin obținerea unor perioade intercritice de lungă durată și cu simptomatologie minimă sau absentă diurn sau nocturn
- să monitorizeze singur evoluția bolii utilizând determinarea PEF cu ajutorul peak-flow metru și folosirea sistemului celor 3 zone (oferă informații cu privire la evoluția bolii și previne apariția exa-

cerbărilor) care este individualizat pentru fiecare copil în funcție de cea mai bună valoare personală a PEF

- Educarea pacientului este elementul esențial pentru obținerea și menținerea controlului în astm. Toate acestea necesită o monitorizare de lungă durată, evaluare periodică a simptomelor și funcției ventilatorii. Pentru a avea succes terapeutic este necesară complianța la tratament, dar fără educația pacientului, tratamentul oricât de corect ar fi, nu va avea succesul scontat.

- Acordarea suportului emoțional membrilor familiei bolnavului prin:

- facilitarea unor întâlniri de grup între persoanele care se confruntă cu aceleași probleme;
- informarea aparținătorilor cu privire la șansele reale de vindecare, dificultățile ce pot să apară;
- evitarea dezaprobării față de reacțiile părinților la boala copilului.

Succesul planului terapeutic într-o boală cronică așa cum este și astmul bronșic depinde în foarte mare măsură de calitatea procesului educațional. Baza procesului educațional o constituie educația personalului medical iar cheia procesului este educația pacientului. Prin tratarea și controlul astmului pot fi reduse consecințele bolii în plan personal, social și economic, având drept finalitate ameliorarea calității vieții.

Bibliografie

- Chereș-Panța P, Popa M, Iacob D, Mureșan M, Dumitrașcu D, Ichim G, Mireștean I, Nanulescu MV. Prevalența astmului bronșic la copiii de 7 ani din municipiul Cluj Napoca, studiul ISAAC. *Pneumologia* 2003, 52, 2, 134-140.
- Chereș-Panța P, Popa M, Iacob D, Mureșan M, Man MC, Farcău M, Indolean C, Ichim G, Mireștean I, David L, Nanulescu MV. Creșterea prevalenței astmului bronșic și simptomelor asociate la școlarii mari în Cluj-Napoca. *Studiu epidemiologic la 5 ani interval*. *Pneumologia* 2004, 53, 1, 47-52.
- Nanulescu MV, Chereș-Panța P. Tendința prevalenței astmului bronșic la școlarii de vârstă 13-14 ani în municipiul Cluj-Napoca, în perioada 1994/1995-2000/2001. *Journal Romanian Society Allergy & Clinical Immunology* 2005, 11, 3, 26-31.
- Nanulescu M, Dumitrașcu D, Popa M, Iacob D, Chereș-Panța P, Mureșan M, et al. *Studiu epidemiologic asupra astmului, rinitei alergice și eczemei la copiii de 7 ani din municipiul Cluj - Napoca*. *Rev Rom Pediatrice*, 2000, XLIX, 1, 96-103.
- Juniper EF. How Important Is Quality of Life in Pediatric Asthma? *Pediatric Pulmonology* 1997, suppl 15, 17-21.
- Juniper EF, Guyatt GH, Ferris PJ, Griffith LE. Measuring Quality of Life in Asthma. *Am Rev Respir Dis* 1993, 147, 832-838.
- Juniper EF, Guyatt GH, Ferris DH, Ferris PJ. Measuring quality of life in children with asthma. *Quality of life Research* 1996, 5, 35-46.
- Indolean C, David L, Chereș-Panța P, Nanulescu MV. Compararea unor metode subiective și obiective de evaluare a astmului bronșic la copil. *Rev Econ Admin Sanit*, 2003, 34-35, 3-4, 792-795.
- Pop CF, Chereș-Panța P, Nanulescu M. "Calitatea vieții la copilul cu astm bronșic și rinită alergică" *Pneumologia*, 2006, 55, 2, 74-79.
- Pop CF, Chereș-Panța P, Nanulescu MV. "Evaluarea calității vieții la copilul cu astm bronșic" *Pneumologia*, 2005, 54, 2, 99-103.
- Global Initiative for Asthma, 2014.
- Global Initiative for Asthma, 2015.
- Nanulescu Mircea V. *Protocoloale de diagnostic și tratament în pediatrie-2017*, București, Editura Medicală Amaltea, 2017, 49-55.
- Georgescu Adrian, Anca Ioana-Alina (coordonatori), *Compendiu de pediatrie*, București, Editura ALL, 2017, 189-221.
- Andrew J. White, coord. Ed. în lb. română Tudor L. Pop, *Ghid practic de Pediatrie* Washington, București, Editura Hippocrate, 2019, 209-223.

Obstrucția Congenitală de Duct Lacrimo-Nazal (Imperforația Congenitală de Duct Lacrimo-Nazal) – diagnostic, complicații, soluții de tratament



Dr. Daniela Cioplean

Medic Primar Oftalmolog,
Certificare Europeană Strabism
și Oftalmopediatrie

Lacrimarea excesivă (epifora) indică o funcționare anormală a aparatului lacrimal. Cauzele sunt:

- un exces de secreție produs în mod reflex din cauza iritației corneene sau conjunctivale, care poate fi unilaterală (stimularea nervului trigemen în prezența unui factor iritativ (corp străin, abraziune, keratită) sau bilaterală, frecvent asociată cu conjunctivita cronică sau recurentă, blefarită sau alte boli ale suprafeței oculare.
- compromiterea căilor de drenaj prin **obstrucția mecanică** a acestora: punctele lacrimale, canaliculele, sacul lacrimal sau ductul lacrimo-nazal sau prin deficitul de pompă cauzat de laxitatea pleoapei inferioare sau a mușchiului orbicular.

Epifora poate fi cauzată de o afecțiune congenitală sau dobândită.

Afecțiunile congenitale sunt:

- **obstrucția (imperforația) congenitală a ductului lacrimo-nazal (OCDLN)**, atreziile de punct lacrimal, canalicul sau absența sacului lacrimal. Diagnosticul este obiectiv în cazul anomaliilor căilor superioare sau de statica papebrală fiind ușor de identificat la examinarea atentă la biomicroscop.

Afecțiunile dobândite sunt:

- obstrucția primară dobândită de duct lacrimo-nazal, dacriolitiază, traumatismele orbitei și ale căilor lacrimale, infecția cu actinomices, obstrucția canaliculară consecutivă infecției herpetice, entropion etc.

Obstrucția congenitală de duct lacrimo-nazal (canalul «înfundat»)

Aceasta se manifestă prin lăcrimare uni sau bilaterală, însoțită de episoade de secreții abundente care irită pleoapele și creează disconfort bebelușului. Aceste fenomene apar în primele săptămâni de viață.

În cazul OCDLN, diagnosticul este clinic și se pot obiectiva: dimensiunea meniscului lacrimal, refluxul la presiunea sacului, încălcarea cililor, testul Jones pozitiv,

Se tratează inițial prin tratament conservator: toaletare, masaj hidrostatic și eventual picături cu antibiotic pe perioadă scurtă dacă secrețiile sunt abundente și de aspect patologic (galbene, galben verzui-indicând suprainfecția cu un germene patogen).



Obstrucția congenitală de duct lacrimo-nazal a sugarului creează adesea confuzii diagnostice, în special pentru medicul de familie sau pediatru. Este diagnosticată frecvent ca și «conjunctivită» și în multe situații se recomandă inutil un examen bacteriologic al secreției conjunctivale. Medicul oftalmolog poate tranșa ușor diagnosticul prin examinare și poate recomanda tratamentul adecvat. Masajul hidrostatic făcut corect are șanse mari de succes dacă este făcut la vârstă foarte mică și în mod consecvent. Practic, presiunea creată în interiorul sacului lacrimo-nazal contribuie la eliberarea valvei Hasner, fenomen care în mod fiziologic se produce în ultima lună de sarcină. La aproximativ 10% din nou născuți, această permeabilizare nu se produce la timp. Este important ca bebelușul să fie văzut de către oftalmologul pediatru deoarece și un glaucom congenital poate să se manifeste inițial doar cu epifora pe de o parte iar pe de altă parte, o imperforație de duct la care masajul

corect este inițiat tardiv are mult mai puține șanse să se remită decât una tratată la timp.

Dacă simptomatologia persistă, în ciuda masajului făcut corect, este recomandat sondajul căilor lacrimale, intervenție cu rată mare de succes dacă este făcută în intervalul 6-12 luni. Evident, sondajul se poate face și mai repede dacă simptomele sunt foarte agresive sau obstrucția se complică. Intervenția se face în siguranță sub anestezie generală deoarece manevra este foarte delicată și dureroasă.

Din nefericire, uneori, obstrucția se poate manifesta chiar de la naștere însoțită de complicații: dacriocel, dacrocistocel (colectarea secrețiilor în interiorul sacului lacrimal sau formarea unui «buzunar» în care se colectează lichid și secreții care nu se pot drena, ba mai mult, se pot suprainfecta generând dacriocistită acută care necesită tratament chirurgical de urgență dar și asocierea antibioterapiei pe cale injectabilă. Netratată, dacriocistita acută a sugarului poate duce la fistulizare sau la extinderea infecției în zona orbitară (celulită) sau mai grav, în întregul organism.

Obstrucțiile obișnuite, necomPLICATE, recidivate mai mult de 2-3 ori, cele care au fost temporizate după vârsta de 12 luni și cele însoțite de episoade de dacriocistită acută beneficiază de rezultate excelente prin implantarea unui tub de silicon, care se păstrează pe traiectul căilor lacrimale între 2 și 6 luni, asigurând o permeabilizare definitivă a ductului. Există mai multe metode, cele mai cunoscute fiind Crawford și, mai nou, Ritleng - tubaj bicanicular siliconic cu rezultate excepționale. În prezența infecției acute a sacului lacrimal este necesară tratamentul antibiotic pe cale generală.

O altă metodă de tratament în cazul OCDLN recidivată este dilatarea ductului cu ajutorul unei sonde cu balonaș.



Recepție: 0764 740 081
0730 593 534

Optică: 0799 930 107

E-mail: office@oftapro.ro
optica@oftapro.ro

Oftapro-Clinică Oftalmologică
Bd. Mărășești, Nr. 15, Sector 4, București
www.oftapro.ro

Examinarea ecocardiografică a malformațiilor cardiace congenitale. Ce trebuie să înțeleagă pediatrul?

Malformațiile cardiace congenitale (MCC) domină copios patologia cardiovasculară a copilului. Se consideră că aproximativ 8 din 1000 de nou-născuți vii sunt purtători ai unei cardiopatii congenitale.



Conf. Univ. Dr.
Angela Butnariu

Cabinet medical Pediatrie -
Cardiologie Cluj-Napoca, UMF „Iuliu
Hațieganu” Cluj-Napoca



Dr. Alexandru Munteanu

Cabinet medical Pediatrie -
Cardiologie, Cluj-Napoca, UMF
„Iuliu Hațieganu” Cluj-Napoca

În România se nasc anual 1000-1500 copii cu malformații cardiace congenitale și toți acești pacienți trebuie diagnosticați și tratați. Terapia MCC este pregnant chirurgicală. În țara noastră se operează 300-350 copii/an, serviciile/secțiile de chirurgie cardiovasculară pediatrică fiind insuficiente. La un calcul simplu, pentru a acoperi cifra de 1000 copii cu cardiopatii congenitale ar fi ideal să existe cel puțin 5 centre specializate de chirurgie și cardiologie pediatrică în care să se efectueze aproximativ 200 de intervenții chirurgicale și/sau intervenționale pe an.

Marea varietate și complexitate a malformațiilor cardiace congenitale reprezintă și în prezent o provocare pentru multe categorii de clinicieni. Un individ cu MCC este evaluat/tratat începând din perioada fetală (în mod ideal!), trecând prin perioada neonatală, apoi cea de copil și adolescent și apoi, de adult. Trece pe rând sau concomitent prin mâna unei pleiade de specialiști: obstetricianul și/sau cardiologul specializat în cardiologia fetală, neonatologul, pediatrul, cardiologul pediatru, ecocardiografistul, chirurgul cardiovascular și echipa lui, cardiologul de adulți, kinetoterapeutul ș.a.

Ecocardiografia este principala modalitate de diagnostic în cardiologia pediatrică, în special pentru MCC.

Ecocardiografistul care examinează un copil cu MCC trebuie să fie bine antrenat în acest sens. Trebuie să cunoască anatomia normală cardiovasculară a copilului, anatomia anomaliilor cardiace, fiziopatologia și hemodinamica, parametrii cardiologici și noncardiologici care pot influența diferitele semne ecocardiografice, tipul intervenției

terapeutice anterioare, posibilele leziuni reziduale postoperatorii sau postintervenționale, evoluția naturală a MCC etc.

Examinarea ecocardiografică a copilului cu MCC trebuie repetată periodic, pe măsură ce copilul înaintază în vârstă și această regulă se aplică inclusiv ecocardiografiei fetale.

Deci, un ecocardiografist antrenat în examinarea patologiei malformative cardiovasculare a copilului este esențial pentru diagnosticul MCC. Ecocardiografistul elaborează un buletin ecocardiografic de care va beneficia în primul rând pacientul și chirurgul cardiovascular pediatru sau cardiologul intervenționist. De regulă, buletinul conține o descriere amănunțită a aspectelor anatomice și funcționale (ceva mai greu comprehensibile pentru pediatru, care nu are cunoștințe aprofundate de ecocardiografie) și se încheie cu niște concluzii inteligibile pentru toate categoriile de specialiști.

Pentru că diagnosticul, terapia chirurgicală și medicală, urmărirea postoperatorie se întâmplă pregnant la vârsta copilăriei, în cele ce urmează ne vom adresa pediatrului.

Pentru pediatrul care dorește să „citească” și să înțeleagă cât mai mult rezultatul unei examinări ecocardiografice aparținând unui copil cu MCC pe care îl are în supraveghere și/sau terapie medicală pentru suferința cardiovasculară sau pentru o boală extracardiacă, vom prezenta mai jos câteva repere și vom clarifica câțiva termeni.

Ecocardiografia clasică este cea transtoracică, accesibilă și cel mai frecvent utilizată la copil.

Tehnicile ecocardiografice transtoracice sunt reprezentate de:

- examinarea bidimensională sau modul biplan (2D),
- mod TM (time-motion),
- examinarea Doppler - pulsat, continuu, color -
- Doppler tisular
- examinarea 3D/4D.

Tehnicile de ecocardiografie 3D/4D permit reconstrucții tridimensionale ale valvelor, ale ventriculilor și ale defectelor cardiace. Tehnica 3D a fost comparată cu date de CT, RMN, cateterism. Intraoperator acestea au confirmat, în majoritatea cazurilor, aspectul stabilit ecografic 3D.

Ecocardiografia transtoracică presupune examinarea din așa-numitele **ferestre ecocardiografice** care sunt:

- parasternal: ax lung și ax scurt (PSAL, PSAS)
- apical: 4 camere (A4C), 2 camere (A2C), 3 camere (A3C), 5 camere (A5C)
- subcostal: ax scurt și ax lung
- suprasternal: ax scurt și ax lung
- și complementar, ferestrele ecocardiografice parasternal drept înalt sau jos, mai ușor accesibile la copilul de vârstă mică.

Examinarea ecocardiografică în cardiopatiile congenitale la copil se bazează pe înțelegerea dezvoltării, morfologiei și anatomiei segmentare a inimii și vaselor mari.

Se evaluează anatomic și funcțional toate structurile și segmentele cardiace: pericardul, endocardul, miocardul, valvele cardiace, septele, arterele mari, venele mari (dimensiuni, aspect anatomic, funcție, integritate, direcția fluxurilor, cuantificarea disfuncțiilor etc.) care vor fi notate detaliat.

Principiul analizei morfologice segmentare în cardiopatiile congenitale constă în abordarea secvențială, pas cu pas a fiecărei componente a inimii.

Analiza ecocardiografică segmentară a MCC presupune mai multe etape:

- determinarea situsului cardiac
- determinarea localizării inimii în torace
- analiza morfologică a diferitelor segmentelor cardiace
- analiza conexiunii segmentelor
- analiza anomaliilor intracardiace sau la nivelul vaselor mari (șunturi și obstrucții: prezență, localizare, severitate)
- identificarea consecințelor și complicațiilor MCC la nivel cardiac: dilatarea cavitațiilor, aprecierea mărimii șunturilor și a hipertensiunii pulmonare, disfuncții ventriculare, anomalii și disfuncții valvulare etc.

► **Determinarea situsului cardiac** (sinonime: situs atrial, situs viscerotrial) presupune identificarea atrilor.

Organismul uman nu este simetric. Organele din hemicorpul drept nu sunt identice cu cele din hemicorpul stâng (ex: inima, ficatul, stomacul, splina etc.).

Situs este terminologia folosită pentru a descrie poziția relativă a unei structuri sau al unui organ asimetric sau nepereche față de celelate organe asimetrice sau nepereche. De obicei, organele tipic drepte sunt de aceeași parte cu atrul drept.

Organe tipic drepte sunt ficatul, plămânul drept și atrul morfologic drept.

Organe tipic stângi sunt plămânul stâng, inima, splina.

Putem întâlni următoarele situații:

- **Situs solitus** care este situs-ul *normal*, cu organele tipic drepte situate pe partea dreaptă, iar organele tipic stângi, pe partea stângă. Atriu drept este pe dreapta.
- **Situs inversus** este aranjamentul „în oglindă” față de situs solitus, cu păstrarea asimetriei. Aici atriu drept este pe stânga.
- **Situs ambiguus** descrie situația în care organele sunt asemănătoare în partea dreaptă și stângă a corpului, fiind aproape simetrice. Situs ambiguus definește așa-numitele sindroame izomerice sau sindroame heterotaxice care asociază diverse malformații cardiace oarecum specifice.

Izomerismul drept definește situația în care există organe tipic drepte de ambele părți ale coloanei vertebrale; ambele atrii au morfologie de atriu drept, ambii plămâni au morfologie de plămân drept, ficatul este simetric de ambele părți ale coloanei vertebrale, iar splina este absentă (sindromul asplenic). Întotdeauna se asociază cu malformații de tipul: transpoziție de mari vase, canal atrioventricular comun, defecte septale atriale mari, defecte septale ventriculare, atrezie pulmonară, stenoză pulmonară severă, drenaj venos pulmonar total anormal.

Izomerismul stâng definește situația în care există organe tipic stângi de ambele părți ale coloanei vertebrale; ambele atrii au morfologie de atriu stâng, ambii plămâni au morfologie de plămân stâng, și există multiple spline situate de ambele părți ale coloanei vertebrale (sindrom polisplenic). Se poate asocia cu malformații cardiace de tipul anomaliilor de conexiune ale venelor sistemice sau pulmonare, defect septal atrial, defect septal ventricular, leziuni obstructive ale inimii stângi, ventricul drept cu dublă cale de ieșire etc.

Determinarea localizării inimii în torace (poziție și orientare)

Poziția cardiacă normală este predominant în hemitoracele stâng, iar orientarea acesteia în axul lung (de la baza inimii spre vârf) este spre stânga, anterior și inferior.

Levocardia este situația normală când inima se găsește predominant în hemitoracele stâng.

Dextrocardia este situația anormală când inima se găsește predominant în hemitoracele drept.

În **mezocardie** inima este situată pe linia mediană, cu axul mare orientat strict inferior.

Alte poziții posibile ale cordului sunt: **dextropoziția** (inima este situată predominant în hemitoracele drept dar cu vârful orientat normal, spre stânga, anterior și inferior fiind de obicei deplasată de o masă anormală); **dextroversia** sau **dextrorotația** (inima situată în hemitoracele stâng dar cu axul mare orientat spre dreapta, anterior și inferior); **levopoziția**

(inima situată predominant în hemitoracele stâng dar cu apexul orientat spre dreapta, anterior și inferior); **levoversia** (inima situată în hemitoracele drept dar cu axul mare orientat spre stânga, anterior și inferior). Dextrocardia, dextroversia, mezocardia sunt asociate frecvent cu transpoziția corectată de vase mari și cu sindroamele izomerice.

Analiza morfologică a diferitelor segmentele cardiace

Segmentele cardiace se descriu după aspectele anatomice caracteristice. Acestea sunt: atrii, ventriculii, arterele mari și venele mari.

Atriiile drept și stâng se identifică după morfologie și după conexiunile lor venoase.

Termenul de atriu unic descrie situația în care nu se vizualizează sept interatrial sau acesta este rudimentar.

Poziția relativă a ventriculilor unul față de celălalt se descrie prin termenul de „loop” ventricular, care este diferit de situs-ul cardiac.

Ventriculii se diferențiază după aspectul a 3 componente: camera de primire („inlet”), porțiunea trabeculară (musculară) și camera de eiecție („outlet”).

Ventriculul hipoplazic este un ventricul a cărui cavitate este de dimensiuni mult mai mici decât normal. Pereții ventriculari pot fi de grosime mică sau normală sau pot fi chiar hipertrofiați. Ventriculul își păstrează caracteristicile morfologice, dar poate lipsi una din componente, de obicei camera de primire sau camera de eiecție.

Ventriculul comun este situația rară în care lipsește septul interventricular sau acesta este rudimentar, iar pereții au morfologie atât de ventricul drept cât și de ventricul stâng.

Ventricul de morfologie nedeterminată sau ventriculul nediferențiat este foarte rar; morfologia acestuia nu se poate determina - este ventriculul unic „adevărat”.

Ventricul unic definește toate situațiile în care există numai un ventricul funcțional, care susține atât circulația sistemică cât și cea pulmonară. Ventriculul nefuncțional este mic, rudimentar.

Arcul aortic stâng descrie situația normală când primul vas de la nivelul arcului aortic este trunchiul arterial brahiocefalic care merge spre dreapta iar aorta descendentă traversează bronșia principală stângă.

Analiza conexiunii segmentelor

Conexiunile între segmente trebuie determinate la fiecare nivel: veno-atrial, atrio-ventricular, ventriculo-arterial.

Conexiunea atrio-ventriculară se face prin intermediul valvelor atrioventriculare, respectiv valva mitrală și valva tricuspida.

Valvele atrioventriculare pot fi:

- normale: valva tricuspida se asociază cu ventriculul drept și valva mitrală cu ventriculul stâng;

- valvă comună, adică există o valvă atrio-ventriculară unică, cu 4-6 foițe, și un singur inel valvular deasupra ambilor ventriculi (așa cum se întâmplă în canalul atrio-ventricular complet);

- valvă atrezică, adică valva este înlocuită de un planșeu gros, fibros care nu permite comunicarea directă între atriu și ventriculul respectiv;

- „overriding” sau „straddling” situație în care o valvă atrioventriculară (sau ambele) este „călare” pe septul interventricular.

Conexiunea atrio-ventriculară poate fi:

► biventriculară:

- concordantă: atriu drept este conectat cu ventriculul drept și atriu stâng cu ventriculul stâng (situația normală);

- discordantă: atriu drept este conectat cu ventriculul stâng și atriu stâng cu ventriculul drept;

- ambiguă: există o valvă atrioventriculară unică sau atriiile sunt izomerice.

► univentriculară:

- **cu dublă cale intrare** (ex. ventriculul stâng cu dublă cale de intrare)

- **cale unică de intrare** (ex. atrezie mitrală, atrezie de tricuspida)

- **cale comună de intrare** (ex. valvă atrio-ventriculară unică, ventricul unic).

Conexiunea ventriculo-arterială se realizează prin intermediul valvelor sigmoide aortice și pulmonare.

Tipul de conexiune ventriculo-arterială poate fi:

- **concordant:** ventriculul drept conectat cu artera pulmonară și ventriculul stâng cu aorta (situația normală);

- **discordant:** ventriculul drept conectat cu artera aortă și ventriculul stâng cu artera pulmonară (transpoziție de vase mari);

- **cale dublă de ieșire:** un ventricul este conectat la ambele vase mari (ex. ventriculul drept cu dublă cale de ieșire);

- **cale comună de ieșire:** ambii ventriculi sunt conectați cu un singur vas mare care servește ambele circulații (ex. trunchiul arterial comun);

- **cale unică de ieșire:** atrezie pulmonară sau atrezie aortică.

- **Evaluarea funcțională** cuantifică regurgitățile valvulare, stenozele valvulare, mărimea și direcția sunturilor, cinetica ventriculară, funcția sistolică și diastolică ventriculară etc.

Examenul ecocardiografic poate aprecia detaliile anatomice și funcționale în suficientă măsură încât să permită, în majoritatea cazurilor, luarea deciziei terapeutice inclusiv chirurgicale. Pediaterul va ține cont de toate determinările și constatările ecocardiografice și le va integra în contextul clinic.

„Patologia din domeniul endocrinologie și diabet pediatric diferă substanțial de cea a adulților”

Interviu cu Președintele Societății Române de Diabet, Nutriție și Endocrinologie Pediatrică,
Prof. Univ. Dr. Iulian Puiu Velea, Clinica II Pediatrie „Bega”, UMF „Victor Babeș” Timișoara

Stimate domnule profesor, vă rog să ne spuneți care a fost motivul apariției Societății Române de Diabet, Nutriție și Endocrinologie Pediatrică?

În luna martie a anului 2012 (Ordinul nr. 183 / 28 februarie 2012 privind modificarea și completarea Ordinului Ministrului Sănătății nr. 418 / 2005 pentru aprobarea Catalogului Național de Programe de studii complementare în vederea obținerii de atestate de către medici, medici dentiști și farmaciști, precum și a Normelor metodologice de organizare și desfășurare a acestora) au fost aprobate de către Ministerul Sănătății și publicate în Monitorul Oficial zece „subsPECIALITĂȚI” noi în domeniul pediatriei (ex: cardiologie, gastroenterologie, nefrologie, reumatologie etc). Între acestea se regăsește și „endocrinologie și diabet pediatric”.

De ce este nevoie de această subspecialitate a pediatriei ?

Formarea în „endocrinologie și diabet pediatric” devine o prioritate importantă pentru societatea noastră medicală, pentru că, în acest moment, diabetul zaharat și patologia endocrină a copiilor și adolescenților sunt împărțite între endocrinologi pentru adulți, diabetologi și pediatri cu interese în domeniu.

Deși această subspecialitate pare să fie în dezacord cu cele două specialități care se adresează patologiei adultului („endocrinologie” și „diabetul zaharat, nutriția și bolile de metabolism”) ea este în conformitate cu cea existentă, de zeci de ani, în țările Comunității Europene dar și în țări din cele două continente americane.

Această subspecialitate vizează îngrijirea nou-născuților, copiilor și adolescenților cu probleme de nutriție, creștere și dezvoltare, deficit de hormon de creștere, tulburări ale pubertății, patologia tiroidei, suprarenalelor și nu în ultimul rând diabetului zaharat, obezității și sindromului metabolic.

Deci, patologia din domeniul endocri-

nologie și diabet pediatric diferă substanțial de cea întâlnită la adulți și vârstnici, confirmând faptul că „micii pacienți nu sunt adulți în miniatură”.

Pentru a susține această afirmație aducem în discuție obezitatea a cărei prevalență a atins cifre alarmante în rândul copiilor de la noi din țară sau diabetul zaharat tip 1 diagnosticat la vârsta copilăriei.

Debutul diabetului zaharat la copil constituie o traumă atât pentru copil cât și pentru familie. De ce a apărut diabetul la copilul meu? Cine este de vină? Ce trebuia să fac să nu apară diabetul? Este adevărat că diabetul zaharat este incurabil, dar cu o substituție insulinică corectă echilibrul metabolic poate fi obținut și menținut dar

cu eforturi atât din partea familiei cât și a copilului. Pe de altă parte nu trebuie să ometem componenta psihologică cu impact atât asupra familiei cât și asupra copilului. Ideea principală este aceea că un copil cu diabet zaharat nu este diferit de ceilalți copii ci are numai „niște” nevoi speciale !

Menționez o serie de alte argumente:

- această subspecialitate există în toate țările indiferent că vorbim de Europa, America de Nord, America de Sud, Australia, Asia sau chiar unele țări din Africa;
- ESPE (European Society for Paediatric Endocrinology) a luat ființă în anul 1968 și are la ora actuală peste 1200 de membrii din 91 de țări, iar ISPAD (International Society for Pediatric and Adolescent Diabetes) a fost înființată în anul 1974.
- Academia Europeană de Pediatrie (EAP), subsecțiune a Uniunii Europene de Specialiști Medicali (UEMS), urmărește armonizarea formării pediatrie în toată Europa. În acest sens ESPE, a revizuit în anul 2014, programul de formare care a fost aprobat de către Adunarea Generală a EAP și recomandă insistent ca endocrinologia pediatrică să fie recunoscută ca subspecialitate a pediatriei și în acele țări

(deci și în România) în care procesul de aprobare rămâne încă în curs de examinare (ESPE position statement for pediatric endocrinology subspeciality. Horm Res Paediatr. 2016, 86: 1-2).

d. În România există la ora actuală, din câte știu, 5 medici pediatri care au a doua specialitate endocrinologia (DAR cu pregătire și examen de specialitate din tematica de endocrinologie adultă !!) și 10 - 12 pediatrii cu competență în „diabet, nutriție și boli de metabolism la copil”. Mare parte din aceștia au dobândit și Atestatul de Endocrinologie și diabet pediatric (Conform aprobării MS din 12.11.2012).

Pornind de la această realitate un grup de pediatrii din țara noastră au decis înființarea Societății Române de Diabet, Nutriție și Endocrinologie Pediatrică (ENDOPED).

Ce-și propune ENDOPED ?

Să promoveze principiile ESPE și ISPAD de prietenie și colaborare, să organizeze manifestări științifice, să promoveze cele mai noi metode de diagnostic și tratament, să ofere un cadru de formare, educare și informare a medicilor pediatri cu „aplecare” către patologia endocrinologică, să organizeze și să promoveze programe educaționale de informare a populației privind depistarea și diagnosticarea bolilor în stadii incipiente, să promoveze o alimentație sănătoasă, rațională încă de la nașterea copilului.

ENDOPED dorește stabilirea de parteneriate și colaborari cu alte societăți naționale și internaționale pentru îndeplinirea obiectivelor propuse, derularea de activități educaționale în unitățile de învățământ preuniversitar de tipul „lecții de educație sanitară” privind epidemiologia, morbiditatea și profilaxia anumitor boli cu debut în copilărie și impact asupra calității vieții.

Comunică și colaborează cu Ministerul Sănătății în activitatea de ocrotire a sănătății copilului (asistență medicală și de cercetare științifică în domeniul endocrinologiei și diabetului pediatric) precum și în elaborarea programelor de învățământ și pregătire profesională postuniversitară a medicilor rezidenți. De 3 ani în curricula rezidenților de pediatrie există un modul de endocrinologie și diabet pediatric cu durata de 3 luni.



LUXUL ACCESIBIL

DESIGN INOVATIV

FLUX DE LUCRU INTUITIV

TRANSDUCTORI CU
TEHNOLOGIE MONOCRISTAL
fara plini externe, cu plaja de frecvente 7-23 MHz

CONECTIVITATE: WI-FI · LAN · DICOM · BLUETOOTH · USB (stocare si printare)

MODURI DE LUCRU:

- B - 2D
- Color Doppler
- M
- M Anatomic
- Doppler Pulsat
- Doppler Continuu
- Doppler Tesut
- 3D/4D
- CBI-CEUS
- YGuide
- PWV
- VFlow
- elastografie
- calcule si analize Doppler automate
- etc.

platforma software pentru "second opinion", training, service de la distanta

Procesul de coaching la adolescenți din perspectiva medicului de familie

Prima caracterizare a adolescenței aparține filozofului grec Socrate, încă din sec.V.î.e.n. El spunea: „Tineretul nostru iubește luxul. El are purtări rele, sfidare pentru autorități. Ei arată dispreț pentru vârstnici și iubesc flecăreala în locul acțiunii. Copiii sunt astăzi tiranii și nu servanții familiilor lor. Ei nu se mai ridică când un vârstnic intră în casă. Ei își contrazic părinții, flecăresc față de musafiri, înfulecă pe nerăsuflăte mâncarea și își tiranizează profesorii”. După cum vedem, secolele care au trecut nu au adus modificări notabile de fond sau formă.



Dr. Ileana Brînză

Instructor Formator MF,
Vicepreședinte AREPMF,

Motto

„Un coach este cineva care îți va spune ceea ce nu vrei să auzi, care te va face să vezi ceea ce nu dorești să vezi, astfel încât să poți fi ceea ce ai știut întotdeauna că ai putea fi.”

Tom Landry

- fotbalist și antrenor american, sec. XX

I. Argument

„Nu-i poți învăța nimic pe oameni. Îi poți doar ajuta să descopere ceea ce au în ei” Galileo - fizician, matematician, astronom și filosof italian, sec. XVI

Deși lumea occidentală recunoște adolescența ca perioadă distinctă a vieții abia în secolul XX, începutul secolului XXI ne aduce deja globalizarea adolescenței: ei trăiesc într-o rețea de intercoexistenți și interdependențe care-i apropie, și îi unește într-o lume virtuală, frecvent inaccesibilă/necunoscută adulților.

Explorarea relației dintre coaching și medicina de familie precum și modul în care poate fi utilizat procesul de coaching în practica curentă, cu pacienții adolescenți, reprezintă o provocare datorată trăirilor psiho-emoționale ale vârstei, dublate de nevoia de autocunoaștere a acestora.⁽¹⁾

Știm că adolescenții:

- au multe resurse interne și externe, dar nu știu cum să le folosească.
- primesc numeroase sfaturi, mai ales de la

părinți, pe care nu știu cum să le accepte, cum să le integreze în realitatea lor, realitate care poate deveni neclară, pentru că se pot confrunta cu cereri conflictuale între părinți, profesori, anturaj.

- pe drumul spre maturitate au nevoie să-și identifice punctele forte care-i ajută în rezolvarea provocărilor iar identificarea resurselor este un punct forte alături de știința de a cere ajutor.

Tocmai de aceea, regretatul profesor de psihiatrie, doctor Florin Tudose a sistematizat câteva **reguli ale abordării medicale ale pacientului adolescent**⁽²⁾:

- ▶ Nu impuneți propriile voastre standarde, credințe sau valori adolescentului.
- ▶ Nu-i faceți morală! Este mai bine să-l lăsați pe el singur să-și aleagă opțiunile, acceptați ceea ce el are de spus și exprimați-vă aprobarea sau dezaprobarea fără a deveni defensivi.
- ▶ Recunoașteți problemele care există fără a deveni însă judecători.
- ▶ Recunoașteți problemele adolescentului care decurg din interacțiunea modelelor familiale.
- ▶ Nu amenințați cu retragerea sprijinului vostru psihoemoțional și profesional, forțându-l să-și trăiască viața în conformitate cu așteptările părinților săi, în schimb, ajutați-l să-și evalueze propria sa poziție în raport cu cea (evaluată și de părinții săi); dați-i curajul să discute despre această fațetă cu aceștia.
- ▶ Lăudați-l și încurajați-l când ia decizii independente. Arătați-vă sprijinul.
- ▶ Tratați adolescentul cu demnitate și respect. Nu-i desconsiderați ideile, prietenii sau relațiile romantice.
- ▶ Tratați dificultățile sale cu seriozitate. Nu-i atrageți atenția asupra hainelor sale, coafurii sau preferințelor pentru anumite mâncăruri.

- ▶ Evitați discuțiile cu privire la faptul că succesul academic este singurul care merită strădania în viață.
- ▶ Încurajați activitățile fizice care diminuează tensiunile și anxietatea.
- ▶ Evidențiați caracteristicile individuale pozitive. Nu priviți comportamentul adolescentului normal ca și cum totuși el este anormal.
- ▶ Stabiliți limitele care sunt corecte și întăriți-le. Trebuie recunoscute nevoile speciale ale adolescentului, dar cu o singură condiție și anume aceea de a preveni comportamentul antisocial și de a încuraja autocontrolul. Ajutați-l să-și canalizeze energia constructiv în cadrul limitelor prescrise.
- ▶ Chiar dacă ei vă plac sau nu, încercați să recunoașteți sincer față de dumneavoastră înșivă propriile temeri, insecurități, anxietăți, căderi și nu le transmiteți pacientului adolescent.
- ▶ Dacă nu vă place cu adevărat și nu vă interesează problemele adolescenților, nu lucrați cu ei dacă puteți evita acest lucru.

II. Obiectiv

„Suntem ceea ce facem în mod repetat; excelența nu este un act singular ci un obicei” Aristotel – filozof grec, sec. IV î.e.n.

Asigurarea unui **program de coaching pentru adolescenți** înseamnă:

1. o profundă orientare către viitor, pornind de la prezent și privind la trecut în măsura în care acolo adolescentul își poate regăsi o resursă,
2. asigurarea libertății pentru ca adolescenții să beneficieze de dezvoltarea dorită și progresul continuu,
3. ghidarea spre inima adolescentului, pentru a-și găsi resursele interne și răspunsurile corecte la propriile întrebări,

- depășind frustrările sau durerile care afectează gândirea și emoțiile,
4. identificarea timpului potrivit pentru ficare și asocierea cu ritmul propriu al căutării soluțiilor la problemele personale,
 5. recunoșterea resurselor externe și accesarea acestora, astfel încât adolescenții să devină mai încrezători,
 6. „să învețe să navigheze cu ambarcațiuni cu pânze”: resursele interne sunt asemănătoare cu pânzele unei ambarcațiuni, stă în puterea fiecărui adolescent să le ajusteze funcție de vânt, fără să se plângă dacă vântul este nefavorabil sau să piardă timpul așteptând ca vântul să-și schimbe direcția,
 7. actualizarea „radarului” emoțional pentru a deveni implicați și responsabili în deciziile luate dar și pentru a se bucura de rezultatele așteptate și asumate.

III. Analiza

„Orice ființă umană, dacă își propune, poate să fie sculptorul propriului său creier”. *Santiago Ramón y Cajal, laureat al premiului Nobel în Medicina 1906*

În tabelul alăturat sunt sistematizate particularitățile dezvoltării bio-psiho-sociale ale adolescenței, pe grupe de vârstă și din perspectiva a opt criterii definitorii dezvoltării umane. Avem astfel o imagine a posibilităților dar și a limitelor generale, caracteristice unei grupe de vârstă⁽³⁾.

Dezvoltarea fizică, neurologică, cognitivă și emoțională au ca numitor comun dopamina, care asigură transmiterea informației electrice de la o sinapsă la alta. Dintre rolurile dopaminei relevante pentru dezvoltarea celor patru paliere menționate mai sus, menționez: controlul mișcării, memoria, cogniția, somnul, învățarea, comportamentul asociat recompensei și plăcerii.

Dopamina contribuie la gestionarea centrilor plăcerii și recompensei din creier, reglează mișcarea și răspunsul emoțional și ne face capabili nu doar să descoperim recompense ci și să acționăm pentru a le obține.

Motivația personală este marca, motorul și combustibilul atitudinii față de obiectivele proprii. Motivația diferă de la om la om dar și la același om, funcție de momentul de viață personal și mediul ambiant.

Probemele adolescenților pot fi comune, dar căile de rezolvare sunt rezultatul propriei experiențe și a resurselor identificate sau celor care pot fi folosite la un moment dat de fiecare adolescent în parte. Procesul de coaching ține cont de aceste de-

Vârsta / Dezvoltare	9-11 ani	12-15 ani	16-20 ani
1. Fizică	Fața obișnuită începe să prezinte schimbări puberale apoi începe valul de creștere al adolescenței.	Băiatul obișnuit intră la pubertate și evidențiază valul de creștere al adolescenței	După pubertate sistemul de stabilire a ritmului nictemeral și ritmurile biologice se schimbă, afectând ritmul veghe-somn. Băieții și fetele ajung la înălțimea maximă.
2. Neurologică	Eliminarea sinapselor nedorite continuă până în adolescență.	Lobii frontali încă nu sunt dezvoltați pe deplin; procesarea informațiilor s-ar putea desfășura în lobii parietali și temporali care au de a face cu reacțiile emoționale și instinctuale.	Conexiunile între celulele corticale continuă să se îmbunătățească, inclusiv la începutul vârstei adulte. Părțile cortexului care controlează atenția și memoria sunt mielinizate aproape complet. Mielinizarea unor părți ale hipocampului continuă să sporească în timpul vârstei adulte.
3. Cognitivă	Sporește capacitatea de luare în calcul a mai multor perspective. Strategii amnezice se îmbunătățesc.	Adolescentul poate ajunge la stadiul operațiilor formale; sunt folosite abstracțiunile și raționamentul ipotetico-deductiv. Volumul memoriei trece la șase cifre	Capacitatea de folosire a raționamentului ipotetico-deductiv sporește. Baza de cunoștințe continuă să crească.
4. Limbaj	Înțelegerea sintaxei și a structurii frazei este mai complexă. Soliloquiul (monologul) se pierde treptat. Principala dezvoltare se petrece la nivelul abilităților pragmatice.	Principala dezvoltare se petrece la nivelul abilităților pragmatice. Argoul adolescenților este un semn distinctiv al dezvoltării identității.	Adolescentul înțelege aproximativ 80000 de cuvinte.
5. Emoțională	Înțelegerea și reglarea emoțiilor sporesc. Copilul înțelege mai bine diferența între vinovăție și rușine.	Oscilațiile de dispoziție ar putea deveni tot mai frecvente; pot include sentimente de stânjenală, timiditate, singurătate și depresie.	Oscilațiile de dispoziție devin mai rare și mai puțin intense. Adolescentul este tot mai capabil să-și exprime propriile emoții și să înțeleagă sentimentele altora.
6. Socială	Părintele și copilul împart reglarea conduitei. Conflictele între frați ajută la dezvoltarea abilităților de rezolvare a conflictelor. Prietenii devin mai intime.	Dorința tot mai mare de autonomie coexistă cu nevoia de apropiere față de părinți și de sprijin din partea lor. Conflictele dintre părinte și copil ating apogeul.	Independența față de părinți se amplifică. Relațiile între frați devin egalitare, mai puțin intense și mai puțin apropiate. Prietenii sunt mai intime decât în orice altă perioadă. Intimitatea se poate transforma în relații amoroase.
7. Eului/sexuală/identității	Imagina corpului devine tot mai importantă, mai ales pentru fete.	Dezvoltarea identității devine problema centrală. Identitatea sexuală devine o preocupare principală.	Majoritatea adolescenților s-a implicat în activități sexuale.
8. Morală	Raționarea morală este dirijată tot mai mult de simțul dreptății. Copilul vrea să fie „cuminte”, ca să păstreze ordinea socială. Agresivitatea devine de tip relațional.	Raționarea morală reflectă conștiința tot mai clară a echității și a elaborării de reguli în colaborare.	Relativismul poate juca un rol cheie în raționarea morală.

Culoarea pălăriei	Rolul pălăriei	Calitățile pălăriei	Sintagmele/întrebările pălăriei
albă	-Să se concentreze pe informațiile clare pe care le avem./-Să se refere la fapte, figuri, informații disponibile sau pe care trebuie să le obținem./-Să ofere informațiile imparțiale și disponibile în legătură cu problema pe care o avem./-Să stimuleze gândirea neutră și obiectivă. / Gânditorul este disciplinat și direct.	Ce știm/Perspectiva informațiilor disponibile și necesare.	- Ce informații am? / - Ce informații îmi lipsesc? / - Ce informații am nevoie? / - Cum pot obține informațiile?
roșie	-Să dezvăluie intuițiile, sentimentele și emoțiile noastre (pozitive sau negative), modul în care reacționăm emoțional (de la bucurie și entuziasm la neîncredere și furie)./-Să motiveze emoțiile și sentimentele ca parte integrantă a gândirii./-Să facă posibilă vizualizarea și exprimarea lor. /Gânditorul nu trebuie să-și justifice feeling-urile și nici să găsească explicații logice pentru acestea.	Ce este bine/Perspectiva imaginației, sentimentelor și intuițiilor personale	- Sentimentul meu în legatură cu ... este că ... / - Nu-mi place felul cum s-a acționat în ... / - Intuiția îmi spune că ...
neagră	-Să evidențieze necunoscutele, temerile, punctele slabe și precauțiile de care trebuie să ținem cont./-Să evidențieze slăbiciunile fiecărei soluții date/propuse./-Să explice ce nu se potrivește, ce nu poate fi făcut și de ce ceva nu merge; care sunt riscurile, pericolele, greșelile demersurilor propuse. / Să contribuie la diminuarea riscurilor și a posibilităților probleme înainte de stabilirea diagnosticului și a conduitei terapeutice finale./Gânditorul, fără a argumenta, avertizează/ punctează/evidențiază elementele negative/incorecte/eronate.	Ce nu este bine/Perspectiva prudenței, pesimismului, a judecății critice./- Gândește pesimist, logic și negativ	- Care sunt sursele erorilor?/- Care sunt erorile? / - Ce mă/ne împiedică? / - Care sunt riscurile la care mă/ne expun/em? / - Se potrivește cu ...?/- Care sunt limitele legislative/de regulament/protocol/...?
galbenă	-Să se concentreze pe aspectele benefice, pozitive ale activității./-Să ne motiveze să mergem înainte atunci când totul pare întunecat și dificil. /-Să ofere o perspectivă optimistă, pozitivă, logic fundamentată și constructivă asupra situației. /Gânditorul face un efort de gândire mai mare, căutând și oferind soluții logice, concrete, clare și practice pentru aceste beneficii și valori.	Ce simțim/Perspectiva avantajelor și a posibilităților reale de realizare a soluțiilor propuse. /- Gândește optimist, logic și pozitiv;	- Care sunt obiectivele? / - Pe ce se bazează aceste idei? / - Care sunt avantajele? / - Cum voi/vom ajunge la această rezultat/destinație/ perspectivă?
verde	-Să stimuleze gândirea creativă, ideile inovatoare./-Să caute alternative, noi soluții/concepte/percepții, variante/posibilități./Gânditorul creativ descrie nu doar rezultatul gândirii creative ci identifică un proces.*	Ce alternative avem/Perspectiva este cea a creativității, a schimbării, a alternativelor pe care le avem, le-am identificat	- Ce putem modifica pentru funcționalitatea soluțiilor?/- Cum putem depăși dificultățile identificate în pălăria neagră?
	*Acest proces, care poate fi învățat, caracterizează gândirea laterală. /Creativitatea în gândire este o abilitate și nu un talent așa cum suntem tentați să o credem, raportându-ne la planul artistic cu care asociem, de rutină, creativitatea./Soluțiile creative nu sunt doar simple soluții diferite, ele sunt aplicabile și eficiente./Gândirea laterală este complementară gândirii verticale.		
	Gândirea laterală/divergentă/creativă	Gândirea verticală/logică/sistematică	
	- avem dreptate la sfârșitul procesului de gândire, deși pe parcursul procesului este posibil să apară diverse erori	- avem dreptate la fiecare pas al procesului de gândire, excludem, selectăm ceea ce nu se încadrează în limitele procesului decizional	
	-căutăm cât mai multe variante posibile	- căutăm cea mai bună variantă	
	- ne concentrăm pe direcția oferită de informații	- ne concentrăm pe informațiile pe care le deținem	
	- restructurarea intuitivă a modelelor existente și definirea, producerea unor modele noi	- crează și dezvoltă modele conceptuale	
Edward de Bono a sugerat patru factori dominanți asociați gândirii laterale: /identificarea elementelor principale ale problemei,/ abordarea lor din perspective diferite, /renunțarea la gândirea rigidă, mecanică, /deschiderea față de orice idee, chiar și față de acelea care prezintă (la prima vedere) o probabilitate mică de reușită în a soluționa problema.			
albastră	-Să controleze procesul gândirii pentru a deveni mai productiv și organizat./-Să indice momentul oportun al schimbării pălăriilor, coordonând nu doar un subiect în sine ci organizând întregul proces al gândirii./-Să exploreze subiectul./ -Să monitorizeze schimbarea pălăriilor și respectarea regulilor. /-Să rezolve conflictele. /Gânditorul definește problema și conduce întrebările, reconcentrează informațiile pe parcursul activității și formulează atât ideile principale cât și concluziile la sfârșit.	Ce alegem/Perspectiva controlului demersurilor și a organizării, a alegerii soluțiilor corecte pentru a trece la pasul următor.	- Pot să rezum variantele identificate? / - Care este următorul pas? / - Care sunt ideile principale? / - Să nu mai pierd timpul și să mă concentrez asupra

talii, transformând neliniștile și îndoielele în adevărate călătorii spre împlinire și succes.

IV. Soluții propuse

„Adolescența este un traseu care oferă multe drumuri secundare. Cel deștept va alege drumul principal”. Victoria Morozan, poetă contemporană, R. Moldova

Adolescenții își pot găsi soluțiile chiar în propria curiozitate și tendința irezistibilă de a explora noi obiecte și locuri. Locurile pot fi mintea, emoțiile sau relațiile lor.

Procesul de coaching se adresează tuturor celor care își doresc ca printr-un proces creativ de provocare a gândirii să-și maximizeze atât potențialul personal cât și profesional. O problemă nerezolvată, un eșec, înseamnă doar că nu am avut în acel moment abilitățile și capacitatea de a o rezolva sau propriile convingeri mi-au fost barieră. Coachingul vizează doar convingerile, capacitățile/resursele și comportamentele.

Prima soluție pe care o propun este strategia metacognitivă a pălăriilor gânditoare. Ușor de folosit, aplicabilă la orice vârstă, în domenii diferite de activitate⁽⁴⁾.

Adolescenților li se potrivește această tehnică de stimulare a creativității individuale sau de grup, ei fiind încurajați să privească o problemă din perspective diferite, complexe și constructive, comunicând gândurile și deciziile într-un limbaj tolerant și într-o atmosferă de respect pentru opiniile celuilalt.

Ne putem imagina că avem în mână un cub cu fețele colorate în alb, roșu, negru, galben, verde și albastru. Privim fiecare față cât dorim, în orice ordine dorim, bucurându-ne de călătoria cognitivă și la final de deciziile asumate!

Strategia lui Edward de Bono care are trei reguli simple de respectat:

1. Fiecare dintre noi trebuie să poarte toate cele șase pălării și să nu le confunde între ele.
2. Fiecare pălărie se poartă pe rând în ce ordine dorești și ori de câte ori ai nevoie.
3. În sesiuni, toți trebuie să purtăm pălării de aceeași culoare în același timp.

Această regulă o consider sugestivă procesului de coaching pentru că demonstrează procesul de însoțire, de susținere în coaching, oferind multiple variante de întrebări puternice (ce pot genera „scenarii” pozitive sau negative).

A doua soluție propusă, posibil de realizat în cadrul sesiunilor de coaching, este crearea propriului discurs motivațional.

Exemple:

- Îmi stropesc visele cu optimism și soluții, caut căi de a transforma problemele în oportunități și voi avea succes.
- Merg cu încredere în direcția visurilor mele și le voi trăi.
- Destinul meu este construcția mea și mă bucur în fiecare zi de munca mea, de ceea ce construiesc.

Cea de-a treia soluție se referă la recomandări dietetice cu scopul de a asigura o producție optimă de dopamină⁽⁵⁾.

Dopamina, deși este produsă doar de 0,3% din totalul celulelor nervoase, are efecte fiziologice și farmacologice atât la nivel central cât și la nivel periferic. A fost evidențiat rolul cert al dopaminei în învățare, memorie, atenție, capacitatea de a rezolva probleme, cogniție, mișcare, comportament, somn, precum și în mecanismul de recompensă.

Următoarele alimente facilitează producția de dopamină:

- Proteine: peștele, ouăle, carnea de pui și de curcan, brânza;
- Legume: algele marine, sfecla roșie, avocado, anghinarea, frunzele de muștar, broccoli, conopida, spanacul, varza creată;
- Fructe: merele, pepenele roșu, murele, căpșunii, coacăzele, cireșele, papaya;
- Fructe oleaginoase și semințe: nuci, migdalele crude, semințele de susan, semințele de dovleac, boabele crude de cacao, germenii de grâu;
- Plante medicinale: schinduful, menta, ginkgo biloba, turmericul, urzica, ore-gano, ginsengul.

Avantajul procesului de coaching este că face pentru minte, ceea ce face antrenamentul fizic pentru corp.

V. Rezultate

Totul se întâmplă cu un motiv. Pentru fiecare cauză există un efect, iar fiecare efect are o anumită cauză/cauze, fie că le cunoaștem sau nu. Nu se petrece nimic accidental.

(cauză-efect)

Transformați piedicile pe care le întâmpinați în trepte către succes.

(oportunitate)

Modul în care simțiți, gândiți și acționați este determinat de felul în care vă interpretați experiențele proprii.

(optimism)

Din legile succesului

Sesiunile de coaching permit adolescentului:

- să se cunoască mai bine și să-și stabilească obiective personale și profesionale importante în propriul proces de dezvoltare.
- să găsească motivația și propriile modalități de atingere a fiecărui obiectiv dorit.
- să se bucure de fiecare etapă a drumului parcurs către atingerea obiectivelor alese.

Pentru că la baza acestui proces stă încrederea coach-ului în capacitatea clientului adolescent de a-și găsi răspunsurile și resursele proprii, coach-ul ajutându-l cu întrebările potrivite.

Astfel adolescenții pot deveni:

- Motivați, puternici și concentrați pe propriile puncte forte
- Buni comunicatori cu sine și cu ceilalți,
- Capabili
 - ▶ să-și gestioneze stresul,
 - ▶ să-și depășească convingerile limitative,
 - ▶ să discearnă între dorințele proprii și cele proiectate asupra lor
 - ▶ să identifice sursa convingerilor lor, să recunoască impactul acestora asupra vieții lor, să examineze validitatea lor și să le elimine în cazul în care nu le sunt utile.

În loc de concluzii

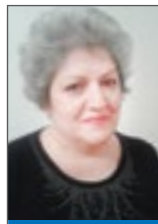
- Motivația ne ajută să începem activitățile care ne permit să ajungem la rezultate concrete și atrăgătoare,
- Voința ne permite să ieșim din apele turburi și din ceața nesiguranței personale,
- Interiorizarea rutinei – obiceiurile ne ajută să continuăm, facilitând automatismul și organizarea sarcinilor asemănătoare.

Bibliografie

1. Cursul de coaching Leader Coach toamnă 2017, Maria Cușută
2. Orizonturile psihologiei medicale, Florin Tudose, Ed. MEDICA 2003
3. Dezvoltarea umană, D.E.Papalia & comp. Ed. TREI, 2010
4. Sindromul de burnout, Valeria Herdea&Ilana Brînză Ed. AMALTEA 2019
5. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17600522>, accesat 05.04.2020

Intoleranța la lactoză

Stare caracterizată prin incapacitatea organismului de a absorbi și metaboliza lactoza din alimente datorită absenței/insuficienței enzimei numite lactaza din tubul digestiv. Astfel, digestia zahărului din lapte și alte produse lactate este incompletă, fapt care duce la apariția unor simptome digestive precum balonare și/sau diaree. Este cea mai răspândită formă de deficit enzimatic, condiționată genetic.



Dr. Chițanu Liliana-Elena

Medic primar MF,
Medic formator, Lector în proiecte
naționale și regionale AREPMF

Se estimează că 75% din adulții din întreaga lume suferă o scădere a cantității de lactază produsă de organism la vârsta adultă – ceea ce reprezintă de fapt evoluția normală. Manifestările clinice apar de obicei la copilul mare, concomitent cu scăderea fiziologică a producției de lactază dar debutul se poate produce și la vârsta adultă.

Diagnosticul se poate pune pe chestionar de autoevaluare dar și prin teste paraclinice care permit și diagnosticul diferențial cu alte afecțiuni cu simptomatologie digestivă asemănătoare.

Tratamentul dietetic presupune eliminarea din alimentație a tuturor produselor care conțin lactoză precum și folosirea formulilor speciale delactozate. Tratamentul medicamentos se referă la folosirea preparatelor ce conțin lactază, enzima care permite absorbția și metabolizarea lactozei din alimentație.

Introducere

Hipocrate a descris intoleranța la lactoză în anul 400 îC, dar simptomele clinice au fost recunoscute abia în ultimii 50 de ani.

Lactoza - numele provine din latină: lac, lactis – lapte:

- este o glucidă prezentă în proporții diferite (1,5-8%) în laptele de proveniență animală: lapte uman (7,2 g/100 ml), lapte de vacă (4,7g/100 ml), oaie, capră,

cămilă, măgăriță, proporție neglijabilă în laptele animalelor marine.

- se găsește și în preparatele pe bază de lapte (smântână, iaurt) dar și în unii biscuiți, ciocolată sau produse pe bază de cereale pentru micul dejun – ca stabilizator și emulgator.
- face parte din categoria dizaharidelor (o moleculă de D-galactoză și o moleculă de D-glucoză, legate între ele printr-o legătură glicozidică).
- este o valoroasă sursă de energie, ajutând organismul uman să absoarbă minerale, precum calciu sau magneziu.

Din săptămâna a 8-a de gestație, activitatea lactazei poate fi detectată la suprafața mucoasei intestinului uman. Activitatea sa crește înaintea săptămânii 34, iar la naștere expresia lactazei este maximă. Majoritatea nou-născuților la termen au cantități suficiente de lactază pentru digestia lactozei conținută în laptele de mamă, laptele de vacă sau laptele praf. Totuși, în primele luni de viață activitatea lactazei începe să scadă.

Pe măsura înaintării în vârstă are loc o reducere fiziologică progresivă a activității lactazei în celulele intestinale. Din acest motiv, simptomatologia se manifestă

în general la copilul mare, dar poate debuta și mai târziu, la orice vârstă.

Se estimează că 75% din adulții din întreaga lume suferă o scădere a cantității de lactază produsă de organism la vârsta adultă – ceea ce reprezintă de fapt evoluția normală. Diferite etnii și rase, în special acelea a căror alimentație tradițională include puține produse lactate, sunt mai frecvent afectate (între 50 și 80% din hispanici, evrei sau persoane de culoare, ajungând chiar la 90% în cazul americanilor nativi și asiaticilor).

Studiile au evidențiat un procent mic de oameni, mai ales din Europa, care au păstrat producția de lactază până la vârsta adultă.

Definiție

Tulburare în digestia lactozei ca urmare a deficienței de lactază, urmată de malabsorbție.

Etiopatogenie

Din punct de vedere al cauzei deficitului enzimatic se descriu 3 forme de intoleranță la lactoză:

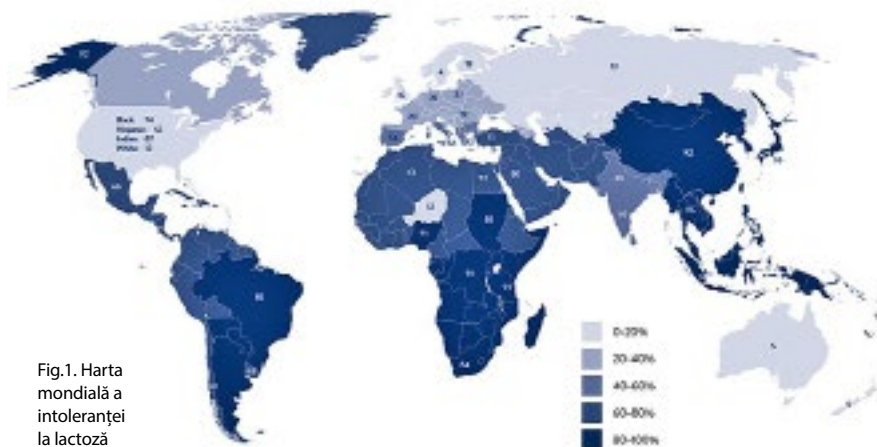


Fig.1. Harta mondială a intoleranței la lactoză

options+

BIBERONUL Anti-Colici

utilizat **cu sau fără**
sistemul de ventilație



Folosind sistemul intern de ventilație, beneficiile sunt:

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

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

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

Dovedit clinic că reduce colicii, eructatul, espectoratul și gazele

Sistemul intern de ventilație

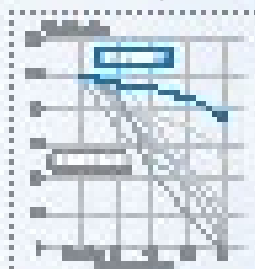
- 1 Aerul intră prin gulerul biberonului și este direcționat prin sistemul intern de ventilație
- 2 Aerul circulă prin tubul sistemului ocolind laptele, până în capătul biberonului
- 3 Sistemul elimină vidul și bulele din lapte, presiunea negativă și strângerea tetinei
- 4 Bebelușul se hrănește mai confortabil,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

Vezi cum funcționează aici:
drbrownsbaby.com



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

Vitamina C în laptele matern



Afla mai mult:
nutrientstudy.com



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

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



I. Deficiența primară de lactază (forme genetice primare)

a. deficiența congenitală de lactază (Intoleranța congenitală la lactoză) - boală extrem de rară, cu transmitere autosomal recesivă, în care activitatea lactazei este absentă sau foarte scăzută, datorită unei mutații la nivelul genei specifice, localizată pe cromozomul 2.

Tablou clinic: debut imediat după naștere, după prima ingestie de lapte:

- diaree - caracter de diaree de fermentație: scaune numeroase, lichide și acide care conțin lactoză, glucoză, galactoză, urmate de deshidratare și acidoză metabolică;
- vărsături frecvente;
- balonare abdominală importantă;
- stare generală rapid alterată, marcată de malnutriție severă (diaree, pierderi energetice mari);
- hipercalcemie cu nefrocalcinoză, care apare frecvent și are mecanism necunoscut;
- mucoasă jejunală cu morfologie normală;
- activitatea lactazei în mucoasa jejunală este absentă sau foarte redusă.

Diagnosticul pozitiv – sugerat de istoricul clinic, diareea de fermentație și hipercalcemie și confirmat prin biopsie intestinală care evidențiază absența activității lactazice a mucoasei.

Evoluție și prognostic - Boala era potențial letală înaintea apariției formulelor de lapte fără lactoză. Boala este dramatică în perioada neonatală, pentru ca în copilărie să își piardă caracterul de gravitate, creând un disconfort minor.

b. deficitul de lactază de tip adult- urmare a reducerii fiziologice progresive, odată cu vârsta, a activității lactazei din enterocite. Este cauza cea mai comună de intoleranță la lactoză, cu o prevalență de 70%. Momentul și rata de reducere a nivelului de lactază sunt determinate genetic (boală autosomal recesivă denumită și „adult-onset hypolactasia”). Deficitul de lactază se instalează progresiv, iar debutul clinic apare după vârsta de 3-5 ani sau la adolescență. Vârsta de debut sub 5 ani are o prevalență de 20% la hispanici, asiatici, negri și este rară la rasa albă. Persoanele care prezintă acest genotip sunt predispușe la intoleranță primară la lactoză și asociază de asemenea un risc crescut de osteoporoză și fracturi ca urmare a unei densități minerale osoase scăzute (absorbția scăzută de calciu).

Astfel, un test de biologie moleculară poate identifica predispoziția genetică pentru intoleranța primară făcând diagnosticul diferențial cu intoleranța secundară la lactoză.

II. Intoleranța secundară la lactoză (deficiența secundară de lactază)

Etiologie - afecțiuni care produc leziuni morfologice ale mucoasei intestinale:

- afecțiuni acute: gastroenterite cu mecanism invaziv, bacteriene sau virale, mai frecvent cu Rotavirus. În aceste cazuri, deficitul de lactază este de obicei tranzitoriu și se remite după rezolvarea episodului acut (în cazul enterocolitei cam 4 săptămâni).
- afecțiuni cu evoluție cronică: enterocolită trenantă, malnutriție severă cu malabsorbție secundară, infecții parazitare severe, fibroza chistică, boala celiacă, deficitul de IgA, a-beta-lipoproteinemia, intoleranța la proteinele laptelui de vacă, regimuri lungi cu pectine (supă de morcov), enterita indusă de medicamente (Neomicină, Kanamicină) sau post-iradiere, sideropenia, post-chimioterapie, rezecția intestinală, boala Crohn, gastropatia diabetică, enteropatia din infecția cu virusul imunodeficienței umane.

Clinic

Simptomatologia este foarte variabilă. Lactoza nemetabolizată, ajunsă în intestinul gros determină fermentație bacteriană cu producere de CO₂, acizi grași, apă și metan producând ca simptome: senzație de plenitudine, meteorism, dureri abdominale colicative.

Efectul osmotic al dizaharidelor poate provoca diaree. Absorbția scăzută a glucozei în intestinul subțire poate induce

temporar o stare de hipoglicemie și oboseală.

Simptomele debutează de obicei într-un interval de 30 minute până la 2 ore de la consumul alimentelor care conțin lactoză.

Severitatea simptomelor depinde de mai multi factori: toleranța individuală, rata de digestie, vârsta, grup etnic, conținutul de lactoză din produsul consumat.

Studiile au arătat că 75% din pacienții cu intoleranță la lactoză au concomitent și intoleranță la fructoză. Aceasta asocieră conduce la o exacerbare a simptomatologiei descrise.

Gradul de intoleranță la lactoză	Cantitatea de lactoză tolerată / zi
ușoară	8 – 10 g
medie	până la 1 g
severă	lipsă completă de toleranță

Diagnostic pozitiv

Testul hidrogenului expirat. Pacientul va bea un lichid cu conținut ridicat de lactoză, după care se va măsura cantitatea de hidrogen din aerul expirat, la intervale regulate. În mod normal, ar trebui să fie detectată o cantitate relativ mică de hidrogen. Dacă lactoza nu este asimilată, aceasta ajunge să fermenteze, la nivelul intestinului, iar cantitatea de hidrogen este mai mare.

Testul acidității scaunului. Se calculează cantitatea de acid din intestinul gros. Testul acidității scaunului este preferat celorlalte metode în cazul nou-născuților și copiilor. Dacă pacientul este intolerant la lactoză, în analiza scaunului se va constata existența unei cantități mari de acizi grași, care se formează în urma

Test de toleranță la lactoză – chestionar (http://www.laluk.ro/)		
Tu cât de bine digeri lactoza?	Da	Nu
Atunci când bei lapte sau consumi produse lactate simți oricare din următoarele: balonare / gaze sau zgomote abdominale / dureri abdominale (crampe) / diaree ?		
Manifestările menționate mai sus apar la 30 minute până la 2 ore după ce consumi lapte sau lactate?		
Manifestările sunt mai intense și mai supărătoare după ce consumi o cantitate mai mare de lapte sau lactate?		

interacțiunii dintre bacteriile din colon și lactoza nedigerată.

Testul genetic pentru intoleranță la lactoză. Acesta nu este influențat de momentul recoltării sau de bolile asociate iar bolnavul nu trebuie să fie încărcat cu lactoză. În plus, testul genetic poate face diferențierea între intoleranța primară și cea secundară.

Se recomandă când:

- există semne clinice sugestive: meteorism abdominal, diaree, colici, greață, vărsături, senzație de oboseală și cefalee după consum de produse care conțin lactoză;
- este necesar diagnosticul diferențial între intoleranța primară și secundară (celiachie, boală Crohn, colită ulcerosă);
- este necesar diagnosticul diferențial cu sindromul de colon iritabil;
- există hipoglicemie de cauză neprecizată.

Diagnostic diferențial

- alte forme de intoleranță la lapte;
- alte alergii alimentare;
- deficitul de diaminoxidaza (enzimă implicată în metabolizarea histaminei – amină biogenă prezentă în alimente) → exces de histamină → semne clinice asemănătoare unei reacții alergice alimentare dar fără creșterea Ig E;
- boli inflamatorii intestinale.
- alergii la proteinele din laptele de vacă (sistemul imun este pus în alertă și sunt secretați anticorpi);
- sindrom de intestin iritabil;
- diaree infecțioasă / dismicrobioze post-antibiotice;
- infecții intestinale parazitare;

Tratament

În prezent nu există nici un tratament care să vindece intoleranța la lactoză. Persoanele care suferă de această deficiență pot doar ameliora simptomele, reducând cantitatea de produse lactate pe care le consumă. Eliminarea acestora din dieta zilnică, însă, poate duce la dezechilibre ale organismului, de aceea, în această situație, sfatul medicului specialist este foarte important. Dieta fără lactoză impune monitorizarea calcemiei.

În cazul intoleranței la lactoză se recomandă o dietă luându-se în considerare

componentele alimentelor ingerate. Nu trebuie uitat că lactoza este de multe ori adăugată în diverse alimente ca emulgator fără a fi trecută neapărat pe ambalaj.

1. Alimente cu conținut mare de lactoză:

- lapte și produse lactate (lapte, smântână, brânză proaspătă, budincă, cașcaval, brânză topită, preparate cu lapte)
- semipreparate (pizza, semipreparate înghețate, conserve);
- dulciuri (înghețate, ciocolată, bomboane, nuga, prăjituri diverse).

2. Alimente cu conținut scăzut de lactoză:

- pâine și produse de panificație - unele pot conține lapte/produse din lapte;
- brânzeturi maturate: brânză cu mușgai, cașcaval Emmentaler, brânză Cedar;
- carne și produse din carne: cârnăciori, parizer, conserve de carne, salam;
- produse instant: supe și creme instant, sosuri, fulgi de cartofi pentru piure;
- sosuri semipreparate: maioneze, sosuri pentru fripturi/grătar/salate;
- alte produse: amestecuri de fulgi müsli, creme de brânză, preparate cu margarină;
- iaurtul și untul au un conținut redus de lactoză și de obicei sunt bine tolerate. Iaurtul făcut cu culturi bacteriene active și vii reprezintă o bună sursă de calciu pentru oamenii cu intoleranță la lactoză. Când acest tip de iaurt ajunge în intestine, culturile bacteriene convertesc lactoza în acid lactic, astfel încât iaurtul poate fi bine tolerat datorită conținutului scăzut de lactoză față de iaurtul fără culturi vii. Iaurtul congelat nu conține culturi bacteriene vii.

3. *Formule de lapte fără lactoză* (sirop de glucoză/maltodextrină/fructoză, uleiuri vegetale, proteine din lapte/zer/soia, aminoacizi, minerale, vitamine, fier, culturi pro-biotice) utilizate atât pentru alimentația sugarului cât și pentru copii mari și adulți. Unele formule sunt și fără gluten, recomandate în diaree.

4. *Produse lactate fără lactoză* – smântână, iaurt, chefir, brânzeturi, etc

5. *Tratament medicamentos:* suplimente alimentare cu cantități diferite de lactoză 4500/5000/ 9000 FCC (Food Chemical Codex - unități de lactază provenită din *Aspergillus oryzae*).

De exemplu 1 tabletă 4500 FCC permite digerarea a 15 g de lactoză dar se poate crește doza:

- 1 pahar cu lapte

- 1 porție de înghețată cu frișcă sau 1 cafelată

• 1-1 ½ cutii de brânză de vaci dietetică
Pe site www.laluk.ro se poate calcula procentul de lactoză din alimente. <http://www.laluk.ro/calculator-de-lactoza.php>

Concluzii:

Intoleranța la lactoză reprezintă inabilitatea sau abilitatea insuficientă de a digera lactoza, un dizaharid care se găsește în lapte și produsele lactate.

Intoleranța la lactoză este cauzată de un deficit parțial/total al enzimei lactaza, care este produsă de celulele care căptușesc intestinul subțire.

Nu toți oamenii cu deficit de lactază au simptome digestive (dureri abdominale, balonare, gaze, diaree și greață), dar cei care au aceste simptome pot avea intoleranță la lactoză.

Simptomele intoleranței la lactoză pot fi gestionate prin modificări ale dietei.

Obținerea unui aport suficient de calciu și vitamina D este importantă pentru oamenii cu intoleranță la lactoză atunci când consumul de lapte și produse lactate este limitat. Multe alimente pot asigura calciul și alte nutrienți de care organismul are nevoie.

Discuțiile cu doctorul sau cu un nutriționist pot fi de ajutor în stabilirea unei diete echilibrate care să furnizeze cantitatea adecvată de nutrienți – inclusiv calciu și vitamina D – și să minimizeze disconfortul.

Alimentelor procesate le sunt deseori adăugate lapte și produse lactate. **Verificarea ingredientelor de pe eticheta alimentelor este utilă pentru identificarea posibilelor surse de lactoză din produsele alimentare.**

Bibliografie:

1. Praveen K Roy, MD, AGAF; Chief Editor: Burt Cagir, MD, FACS more... Lactose Intolerance - <https://emedicine.medscape.com/article/187249-overview> - accesat la 7.09.2019
2. Tratat de Pediatrie sub redacția lui Constantin N. Iordache, editura Gr. T. Popa UMF Iași, 2011, pag.604-609.
3. www.laluk.ro/ - accesat la 7.09.2019
4. <https://i0.wp.com/www.armenpogharian.com/wp-content/uploads/2017/02/map-of-Global-Lactose-Intolerance.png> - accesat la 30.03.2020
5. www.nestlenutrition-institute.org/resources/infographics/details/lactose-intolerance - accesat la 30.03.2020



IMUNITATE
fără șorț
și poată!

Lactoflorene **IMUNO**

Actualități în diagnosticul și tratamentul diabetului zaharat tip 2 la copil



Dr. Irina Calma

Institutul Național de Diabet,
Nutriție și Boli Metabolice
„N.Paulescu” București,
România



Prof. Dr. Gabriela Radulian

Institutul Național de Diabet,
Nutriție și Boli Metabolice
„N.Paulescu” București,
România

Epidemiologia diabetului zaharat tip 2 la copil

Diabetul zaharat tip 1 și tip 2 reprezintă două entități clinice și paraclinice heterogene având o evoluție pe termen lung diferită, motiv pentru care este esențială realizarea diagnosticului cert în vederea stabilirii unei abordări terapeutice și nutriționale corespunzătoare.

Paradigma tradițională conform căreia diabetul zaharat tip 1 este caracteristic copilului și cel de tip 2 adultului, nu mai este valabilă. Întâlnim din ce în ce mai des cazuri de diabet zaharat tip 2 la copil.

Incidența diabetului zaharat tip 2 în întreaga lume diferă substanțial în funcție de categoriile de vârstă, rasă sau poziție geografică.

Studiile epidemiologice apreciază o incidență cuprinsă între 1-51 cazuri

noi la 1000 de copii. Cea mai mare incidență se întâlnește în grupul de vârstă 15-19 ani în zona de Nord a Americii, acolo unde prevalența diabetului zaharat este de

50.9 la 1000 de copii. În Statele Unite ale Americii incidența anuală este de aproximativ 5000 de cazuri noi. Creșterea incidenței diabetului zaharat a fost raportată, de asemenea, și în Canada, Japonia, Austria și Germania.

În ceea ce privește evoluția în următorii 40 de ani, se apreciază că numărul de cazuri noi se va mări de aproximativ 4 ori.

Diagnosticul diabetului zaharat tip 2 la copil (conform ISPAD 2018)

Cel mai frecvent copiii se prezintă cu simptomatologie clasică reprezentată de poliurie, polidipsie, nicturie, enurezis, scădere ponderală care pot să fie acompaniate de polifagie, tulburări de comportament, scăderea performanțelor școlare sau tulburări de acuitate vizuală. Tulburările de creștere sau apariția diferitelor infecții pot, de asemenea, să însoțească debutul diabetului zaharat.

În formele severe, copiii se prezintă cu cetoacidoză, destul de rar cu sindrom hiperglicemic hiperosmolar. În această situație starea pacientului poate varia de la stupor la comă și în absența tratamentului la deces.

Dacă simptomele sunt prezente, testarea glicemiei sau utilizarea unui dipstick pentru testarea glicozuriei

și cetonuriei reprezintă instrumente simple și sensibile pentru diagnostic.

Criterii de diagnostic:

- Simptomatologie clasică de diabet zaharat sau criză hiperglicemică cu valoare a glicemiei >200 mg/dl în orice moment al zilei.
- Glicemie a jeun (8h de post) >126 mg/dl.
- Glicemia la 2h de la testul de încărcare cu glucoză >200 mg/dl.
 - ▶ Acest test se efectuează folosind glucoză anhidră 75 g dizolvată în apă sau 1.75 g glucoză/kg -maxim 75 g.
- Valoarea HbA1c >= 6.5%
 - ▶ Acest test se face utilizând o metodă standardizată (HPLC)

În prezența simptomelor de hiperglicemie este suficient un singur criteriu. În absența acestora sunt necesare cel puțin 2 criterii, mai exact 2 teste modificate din aceeași probă sau din 2 probe diferite în zile diferite.

Posibile scenarii în care stabilirea diagnosticului poate să ridice probleme:

- Absența simptomelor, hiperglicemie detectată incidental la copil care participă la studii de screening
- Prezența moderată sau atipică a simptomelor
- Hiperglicemie detectată în prezența unei infecții acute, traumă sau orice alt tip de stres.
- Pacient la limita valorii superioare pentru diagnostic- în această situație ghidul recomandă urmărirea la 3-6 luni.

În aceste situații, diagnosticul de diabet zaharat nu trebuie să se bazeze pe o singură determinare de laborator a glicemiei. Necesită monitorizare a gli-

cemie a jeun sau a glicemie la 2h post-prandial în zile diferite.

Uneori este necesară efectuarea testului de toleranță la glucoză pentru a confirma diagnosticul de diabet.

În situația în care există o non-concordanță între valoarea HbA1c și profilul glicemic din sângele venos, trebuie luate în calcul diferite alte patologii care pot altera valoarea hemoglobinei glicozilate. Exemplu: hemoglobinopatii, anemia sferocitară, infecție HIV, deficit de glucozo-6-fosfat-dehidrogenază, hemodializă, transfuzii recente.

În astfel de situații pentru stabilirea diagnosticului se folosesc exclusiv criteriile de glicemie.

Toleranța alterată la glucoză și glicemia a jeun modificată

IGT (Impaired Glucose Tolerance) și IFG (Impaired Fasting

Glucose) reprezintă stadii intermediare în evoluția naturală a tulburării de glicoreglare. IGT și IFG nu sunt interschimbabile, ele reprezentând anomalii diferite în ceea ce privește reglarea glicemiei.

Aceste 2 entități se pot asocia cu sindromul metabolic care include: obezitate (predominant la nivel abdominal sau visceral), dislipidemie (trigliceride crescute și/sau HDL scăzut) și hipertensiune, dar la fel de bine, copilul se poate prezenta fără sindrom metabolic, euglicemic.

Criterii de diagnostic IFG:

1. Glicemie a jeun <100 mg/dl= normal
2. Glicemie a jeun 100-125 mg/dl= IFG (glicemie a jeun modificată)
3. Glicemie a jeun >126 mg/dl= diabet zaharat

Criterii de diagnostic IGT:

1. Glicemie la 2 h după TTGO <140 mg/dl=normal
2. Glicemie la 2h după TTGO 140-200—mg/dl= IGT
3. Glicemie la 2h după TTGO 200 mg/dl=diabet zaharat

HbA1c: 5.7-6.4%

După stabilirea diagnosticului de diabet, este esențială efectuarea testelor suplimentare care să clasifice cu certitudine tipul diabetului zaharat.

1. Diabet zaharat tip 1- necesită pu-

nera în evidență a procesului autoimun responsabil de distrucția progresivă a celulelor b-pancreatice. Diagnosticul presupune dozarea anticorpilor specifici:

-**Anticorpilor anti-celule insulare** (ICA - Islet Cell Antibodies) au fost primii autoanticorpi descriși ca fiind asociați DZT1. Pot fi detectați la 69-90% dintre pacienții cu DZT1 la debut și la subiecții cu prediabet. ICA reprezintă un test important pentru screeningul DZT1; un titru ridicat se asociază cu risc crescut de apariție a DZT1. Nivelul seric scade odată cu distrugerea celulelor β.

-**Anticorpilor anti-insulinici** (IAA - Insulin Auto-Antibodies) sunt prezenți la 50-

70% dintre subiecți la debut; apar mai frecvent la copii decât la adulți.

-**Anticorpilor anti-decarboxilaza acidului glutamic** (GADA - Glutamic Acid Decarboxylase) - sunt prezenți la 52-82% dintre pacienții caucazieni cu DZT1 nou descoperit (comparativ cu 2% dintre subiecții nediatectici). Anticorpilor anti GAD se mențin pozitivi în serul pacienților mai mulți ani după diagnostic.

-**Anticorpilor împotriva IA-2 și IA-2 β** (Tirozin-Fosfataza 2) apar la 32-75% dintre subiecții cu DZT1 la debut; apar mai ales la copii și persistă în ser un timp scurt; cronologic sunt ultimii care se pozitivează.

-**Anticorpilor anti-transportor al zincului specific insulelor** (ZnT8A) - sunt prezenți în majoritatea cazurilor de diabet zaharat tip 1 și dispar la scurt timp după debut.

În afara acestor autoanticorpi mai există și alte antigene citoplasmice celulare responsabile de autoimunitatea din DZ

2. MOODY (Maturity Diabetes of the Young) -Diagnosticul poate fi sugerat de un istoric de diabet zaharat cu debut până la vârsta de 35 de ani, care se extinde pe cel puțin 3 generații.

3. Diabetul zaharat neonatal-Diagnosticul poate fi sugerat de prezența hiperglicemiei amenințătoare de viață cu debut în primele 6 luni de viață. Această formă de diabet zaharat este caracterizată de disfuncția celulelor b-pancreatice prin prezența unei mutații genetice, mecanism complet diferit față de cel întâlnit în tipul 1

de diabet zaharat în care numărul celulelor b-pancreatice scade prin distrucție autoimună.

4. MIDD (Maternally Inherited Diabetes and Deafness)-Diagnosticul poate fi sugerat de asocierea diabetului zaharat cu atrofie optică sau pierderea completă a vederii.

5. Diabet zaharat secundar expunerii la substanțe toxice pentru celulele B-pancreatice (ciclosporină sau tacrolimus) sau substanțe care determină insulino- rezistență (glucocorticoizi sau anumite tipuri de antidepresive: olanzapină).

Screeningul diabetului zaharat tip 2

Screeningul diabetului zaharat tip 2 se face la copii după vârsta de 10 ani sau după instalarea pubertății, pentru cei cu un indice de masă corporală > percentila 85% sau obezi > percentila 95% (pentru vârstă, sex și înălțime) și care au unul sau mai mulți factori de risc:

- istoric de diabet matern sau gestațional
- istoric familial de diabet zaharat-rude de gradul 1 și 2
- criteriile etnice
- prezența semnelor de insulinorezistență sau patologii asociate cu insulinorezistență (acanthosis nigricans, sindromul ovarelor polichistice, dislipidemie, hipertensiune)

Dacă testele paraclinice nu stabilesc diagnosticul de diabet, atunci se recomandă ca reevaluarea sa se facă la minim 3 ani interval sau mai devreme în condițiile creșterii indicelui de masă corporală.

Managementul diabetului zaharat tip 2 implică:

- Educarea pentru autoingrijire
- Normalizarea glicemiei cu evitarea hipoglicemiilor
- Scăderea ponderală
- Reducerea aportului caloric și a cantității de hidrați de carbon
- Creșterea activității fizice
- Controlul comorbidațiilor și al complicațiilor

Pentru a putea fi atinse aceste deziderate este necesară modificarea sti-

lului de viață în asociere cu inițierea terapiei farmacologice atunci când intervenția igienico-dietetică nu permite atingerea țintelor terapeutice.

Terapia farmacologică a diabetului zaharat tip 2 include utilizarea metforminului și/sau a insulinei în funcție de nivelul dezechilibrului glicemic, restul tulburărilor metabolice asociate și de prezența sau absența complicațiilor acute și cronice.

Intervenția nutrițională- Principii

1. Eliminarea din alimentația copilului a preparatelor procesate, fast-food și a sucurilor carbogazoase.
2. Creșterea aportului de fructe și legume.
3. Reducerea numărului de mese în afara casei.
4. Schimbarea obiceiurilor alimentare în familie
 - Invățarea membrilor familiei cum să interpreteze indicațiile nutriționale aflate pe produsele cumpărate.
 - Promovarea orarului fix al meselor în familie, de preferat, fără alte
 - activități suplimentare (TV, computer, telefon).
 - Reducerea numărului de gustări între mese.

Recomandări pentru terapia farmacologică:

În ceea ce privește pacientul stabil metabolic cu o valoare a HbA1c < 8.5% ghidul recomandă să se inițieze terapie cu metformin. Doza de inițiere este de 500-

1000mg/zi (sau 850 mg) zilnic timp de 15 zile. Se titrează doza o dată pe săptămână în decurs de 3-4 săptămâni în funcție de toleranța digestivă, ajungând la doza maximă 1000mg BID sau 850 mg TID sau 2000mg o dată/zi formulă cu eliberare prelungită. Se recomandă utilizarea preparatului cu eliberare prelungită atunci când acesta este disponibil.

În ceea ce privește pacientul care se prezintă cu cetoacidoză diabetică la debut, ghidul recomandă inițierea insulinoterapiei pe injectomat. Doza de inițiere a insulinei bazale fiind de 0.25-0.5 unități/kgc/zi

Metforminul se asociază la insulinoterapie o dată cu remiterea episodului de cetoacidoză.

Tranziția la monoterapie cu metformin se poate face în 2-6 săptămâni, scăzând doza de insulină treptat cu 10-30% din total în fiecare zi.

Targetul pentru valoarea HbA1c este <7%. Există însă, situații particulare care necesită creșterea valorii țintă pentru HbA1c: copilul mic care nu poate verbaliza prezența simptomelor de hipoglicemie; istoric de hipoglicemie severă / unawareness hypoglycemia sau accesul restrâns la dispozitivele de monitorizare a glicemiei.

Monitorizare glicemică periodică presupune automonitorizare pe parcursul zilei, înainte de mesele principale, la 2-3 h postprandial pentru ajustarea dozei de insulină sau a cantității de carbohidrați, înainte de începerea unui efort fizic susținut, înainte de culcare și în timpul nopții pentru evidențierea unei posibile hipoglicemii nocturne care necesită ajustarea dozei de insulină bazală.

Nu în ultimul rând, se recomandă automonitorizare glicemică în timpul unei intercurvențe virale sau bacteriene pentru a ajusta necesarul de insulină și a evita instalarea unei complicații acute metabolice de tipul cetoacidozei diabetice.

Dacă nu se reușește atingerea țintei pentru valoarea HbA1c (<7%) timp de 4 luni de monoterapie cu metformin, ghidul recomandă să se ia în considerare inițierea insulinoterapiei bazale.

Dacă asocierea de metformin cu insulină bazală (maxim 1.5 u/kgcorp) nu aduce

pacientul în ținte (HbA1c > 7%) se recomandă inițierea insulinoterapiei în regim bazal plus sau după caz bazal-bolus.

Nu se recomandă utilizarea sulfonilureicelor datorită riscului crescut de hipoglicemie și reducerii rapid progresive a funcției b-celulare

Concluzii

Incidența diabetului zaharat tip 2 la copil a crescut considerabil, fapt care transformă această patologie într-o reală problemă medicală de interes internațional. Complexitatea fiziopatologiei diabetului zaharat tip 2 la copil

face imperios necesar un diagnostic corect, urmat de o abordare nutrițională și farmacologică corespunzătoare. Având în vedere faptul că diabetul zaharat tip 2 la copil prezintă caracteristici particulare în ceea ce privește rata de apariție și progresie a complicațiilor, reiterăm importanța conduitei medical-nutriționale adecvate. Echipa multidisciplinară care conduce tratamentul trebuie să plaseze pacientul în centrul planului de management terapeutic și nutrițional- termen cunoscut sub denumirea de „terapie centrată pe pacient”.

Bibliografie:

1. ISPAD Clinical Practice Guidelines 2018-Chapter 1: Definition, epidemiology, diagnosis and classification of diabetes in children and adolescents, Chapter 3: Type 2 Diabetes mellitus in youth, Chapter 6: Diabetes Education in children and adolescents, Chapter 8: Glycemic control targets and glucose monitoring for children, adolescents, and young adults with diabetes, Chapter 9: Insulin treatment in children and adolescents with diabetes, Chapter 10: Nutritional management in children and adolescents with diabetes, Chapter 18: Microvascular and macrovascular complications in children and adolescents
2. American Diabetes Association Standards of medical care in Diabetes - Microvascular complications and foot care. Diabetes care. 2018; 10 (Suppl 1): S105-S119.
3. Andrew JMB, George B, Lawrence B. Microvascular Complications and Foot Care. Standards of medical care in diabetes. 2018; 41(10):109-111.
4. Stephen McLeod D, Chair Robert SF, Timothy WO. Prevention and Early Detection of Diabetic, Retinopathy. American Academy of Ophthalmology and Preferred Practice Pattern. 2017; 13-14.
5. The American Diabetes Association (ADA): Microvascular Complications and Foot Care: Standards of Medical Care in Diabetes- 2019. Diabetes Care 2019; 42 (Suppl.1): S124- S138.

De ce sunt membru AREPMF ? Educație pentru sănătate

La aproape 6 ani de la înființare, Asociația Română pentru Educație Pediatrică în Medicină de Familie, a devenit una dintre asociațiile profesionale profund și serios implicate în dezvoltarea învățământului pediatric în medicina de familie din România.

Fondată în toamna anului 2014, la inițiativa unui grup de medici de familie de pe întreg arealul țării, aplecați spre dezvoltarea cercetării științifice aplicate în practica de pediatrie a medicului de familie, AREPMF a continuat în toți acești ani să militeze pentru o breaslă profesională puternică, re poziționată corect între celelate specialități ale lumii medicale, respectată în societatea civilă.

Valorizarea fiecărui membru al specialității de medicină de familie, respectul fiecărui om implicat în dezvoltarea profesională pe tot parcursul vieții sale, încrederea în capacitățile fiecărui membru al breslei noastre de a genera și a pune în practică inovații venite în sprijinul practicii de zi cu zi din cabinetele fiecăruia dintre noi - au fost repere de bază care ne-au purtat pașii înspre momentul de astăzi.

La ceas aniversar întrebarea: **De ce sunt membru AREPMF?** devine legitimă.

Iată câteva **motive pentru a fi membru AREPMF:**

1. Pentru a accesa cercetarea în medicină de familie și a demonstra că se poate la standarde calitativ înalte și în asistența medicală primară.

Argumente: *Să nu uitați vă rog, dragi colegi, că suntem singurii specialiști care au în îngrijire toate persoanele sănătoase sau pacienți, pe tot parcursul vieții lor, din țara noastră, singurii care pot derula studii observaționale, calitative, pe loturi populaționale mari și pe perioade de timp nedefinite. Colaborăm cu fiecare specialitate din arealul profesiei medicale sau profesii conexe actului medical, în munca de zi cu zi, dar integrăm informațiile și monitorizăm aplicarea fiecărei soluții optime destinate prevenției precum și menținerii sănătății pacienților nostri.*

Ce ne deosebește de alte țări, unde se poate?

Curajul, determinarea, hotărârea de a face lucruri de foarte bună calitate, dorința de a sparge barierele impuse de blazare, a ne uni studiile observaționale din cabinetele în care lucrăm și a le publica!

2. Pentru a veni în contact cu colegii noștri din toată țara, implicați în creșterea și

îngrijirea copilului de la 0-26 ani (de la momentul concepției și până la momentul cuprinderii într-o formă de educație prevăzută de lege) și a îngrijirii gravidei și lăuzei, a familiei pe tot parcursul vieții.

Argumente: *A monitoriza starea de sănătate a gravidei, copilului de la naștere pe toată perioada creșterii și formării sale, reprezintă ABC-ul sănătății unui popor, reprezintă Viitorul și nu sunt vorbe mari, ci fapte concrete!*

3. Pentru că în fiecare an, avem acces să ne publicăm rezultatele muncii noastre de cercetare în Publicații de prestigiu cotate în baze de date interne și internaționale.

Argumente: *Conferința Națională a AREPMF, în ultimii 3 ani consecutivi, a avut Revista cotată B+, recunoscută în baze de date internaționale Pub Med, Elsevier.*

4. Pentru că din acest an demarăm oficial Proiectul de Mentorat destinat Medicilor aflați în pregătire pentru a deveni specialiști în medicină de familie și medicilor tineri la început de Drum.

Argumente: *Vocația de a fi medic de familie se dezvoltă dacă ai șansa să crești lângă oameni care iubesc ceea ce fac, dacă astfel de oameni dăruiesc din Timpul și Viața lor pentru a transmite ceea ce au acumulat într-o Viață către generațiile de medici tineri, cu dragoste, cu respect, cu seriozitate.*

5. Pentru a participa la evenimente profesionale-științifice atent alese, selecționate și pregătite conform așteptărilor și nevoilor educaționale practice ale celor prezenți în sălile de curs, conferințe sau simpozioane, ateliere, stagii de pregătire post-universitare derulate de către AREPMF sau alături de Partenerii educaționali instituționali ai AREPMF.

Argumente: *Credem că participarea la evenimente creditate EMC este importantă pentru actualizarea informațiilor profesionale ale fiecăruia dintre noi, ritmic, în fiecare an, dar nu credem că numărul punctelor EMC obținute este relevant, ci conținutul materialelor care sunt livrate, cât sunt de specifice pentru participanții prezenți la eveniment, cât sunt de aplicabile de a doua zi în practică, cât de bine se încadrează și se pliază pe așteptările fiecărui participant.*

De aceea, evenimentele profesional-științifice AREPMF sunt vii, dinamice, frumoase.

6. Pentru că beneficiazi de reducere la orice eveniment AREPMF derulat într-un an calendaristic, dacă ești membru cu cotizația plătită în anul în derulare (calculat pe categorii profesionale: primar, specialist, pensionar sau rezident).

Pentru că, a fi membru AREPMF nu te împiedică să fii membru al oricărei alte societăți profesionale dorești. Dreptul la asociere, la libera exprimare, este un Drept garantat de Constituția României. În AREPMF, ne-am asociat pe principiul libertății de gândire, al respectului profesional, al dorinței de inovație al practicii medicale de zi cu zi, seriozității profesionale și al rezultatelor muncii noastre, dar nu în ultimul rând, al implicării în Comunitatea în care trăim - a calităților umane de care fiecare dă dovadă.

Argumente: *Acces personalizat, facilitat, pentru cei care se implică și se înscriu de lucrări de cercetare venite din practica de zi cu zi, dacă sunt membri AREPMF*

7. Pentru că orice membru al AREPMF are șanse egale de a participa la alegeri în conformitate cu Statutul AREPMF, are șanse de a se implica în schimbarea în mai bine, în cadrul breslei noastre și în procesul de re poziționare a medicinei de familie în cadrul societății civile pe care cu toții ne-o dorim.

Orice schimbare din jurul nostru, înspre „Mai Bine”, nu vine singură, vine din noi, din Sufletul nostru, din munca noastră, din pasiunile noastre, din gândurile și munca fiecărui membru al Echipei cu care lucrăm, împreună cu care construim și ne transpunem Visele în Aplicații Practice, Aspirațiile în Realități ale Zilelor noastre, în care suntem nu doar colegi ci prieteni și alături de care avem motivația de a merge înainte și a reuși.

Vă mulțumesc tuturor celor care ați ales în toți acești ani sau veți alege să deveniți membri ai AREPMF

În numele Echipei AREPMF

Dr. Valeria Herdea

Aplicațiile medicinei fizice și de reabilitare la copilul cu boală genetică

Bolile genetice sunt cauzate de anomalii ce apar ca urmare a dereglării materialului ereditar. Aceste afecțiuni pot fi ereditare sau neereditare. În unele cazuri, defectele pot fi cauzate de noi mutații, un fenotip alterat sau de modificări în structura ADN-ului. Bolile genetice pot fi monogenice, multifactoriale sau cromozomiale.



Dr. Elena Amăricăi

Departamentul de Balneologie, Recuperare Medicală și Reumatologie, Universitatea de Medicină și Farmacie „Victor Babeș” Timișoara; Secția de Chirurgie și Ortopedie Pediatrică, Spitalul Clinic de Urgență pentru Copii „Louis Turcanu” Timișoara

Tratamentul bolilor genetice reprezintă actualmente un proces anevoios de testare a aproximativ 1800 gene în tripluri clinice. Cu toate acestea, cele mai multe dintre opțiunile terapeutice sunt reprezentate de tratamentul simptomelor bolii cu scopul de a îmbunătăți calitatea vieții pacienților.

Medicii specialiști de medicină fizică și de reabilitare ce fac parte din echipa multidisciplinară implicată în managementul unui copil cu boală genetică trebuie să aibă în vedere aspectele diagnostice, date despre etiologia și patogeneză bolii, evoluția bolii, factorii

de prognostic, posibilitățile terapeutice, evoluția neurologică, dar și luarea în considerare a speranței de viață.

Actualmente, o dată cu dezvoltarea geneticii medicale, este posibilă abordarea unui copil având un diagnostic pozitiv de boală genetică, incluzând de multe ori boli genetice rare. Acest fapt facilitează echipei de medicină fizică și de reabilitare să aibă în vedere un spectru complex ce ține de caracteristicile fiecărei boli genetice și nu abordarea unui copil cu caracteristici dismorfice, retard de dezvoltare motorie, tulburări cognitive incluzând retardul mental, așa cum se întâmplă cu ani în urmă. În plus, copiii cu boli genetice pot avea o predispoziție în a dezvolta anumite afecțiuni musculoscheletale ce pot fi prevenite. Un diagnostic clar permite stabilirea unor ghiduri clinice mai precise.

Boli cromozomiale

Sindromul Down (trisomia 21) reprezintă cea mai frecventă afecțiune genetică la specia umană și o cauză comună de dizabilitate intelectuală (retard neuropsihic). Pe lângă anomaliile caracteristice acestei afecțiuni copii prezintă hipotonie musculară genera-

lizată și hiperlaxitate ligamentară. Pe parcursul creșterii ei au tendință către obezitate și cifoză toraco-lombară.

Kinetoterapia are un rol important în reabilitarea copiilor cu sindrom Down, încă din primele luni de viață, pentru a avea o dezvoltare neuromotorie adecvată și armonioasă. Se consideră că începerea reabilitării medicale cât mai timpuriu posibil va duce, în viitor, la obținerea unui grad cât mai mare de independență. Acest fapt are, pe lângă scopul de dobândire a unui grad de independență cât mai mare a copiilor cu sindromul Down, și scopul de prevenire și corectare a deficiențelor asociate. Terapia prin joacă în cadrul procesului de reabilitare are un succes mare în rândul acestor copii. Ei trebuie introduși în grupe de copii cu același sindrom, dar și în grupe de copii fără dizabilități, antrenarea și angajarea în execuții fiind favorizată de dorința de imitație specifică copiilor cu sindrom Down.

Terapia ocupațională este extrem de importantă. Aceasta are în vedere următoarele: antrenarea motricității grosiere, dar mai ales a celei fine, antrenarea mișcărilor orale motorii (mișcarea mușchilor cavității bucale, mișcarea buzelor, a limbii și a maxilarului,

incluzând suptul, mușcatul, mestecatul și linsul), antrenarea activităților de autoîngrijire (îmbrăcat, hrănit, mers la toaletă), integrarea senzorială (abilitatea de a primi, sorta și răspunde la informațiile primite din mediu), planificarea motorie (abilitatea de a planifica, implementa și împărți secvențele sarcinilor motorii).

Sindromul de deleție cromozomială la nivelul cromozomului 17p13.3 (sindromul Miller-Dieker)

Boala se manifestă prin lizencefalie, afecțiune caracterizată prin prezența unui encefal de dimensiuni mici, cu scoarța cerebrală netedă, cu un număr foarte scăzut de circumvoluțiuni și ventriculi laterali mari; se asociază agenezia corpului calos și calcificări pe linia mediană a emisferelor cerebrale. Manifestările clinice includ retard sever al dezvoltării intelectuale, întârzierea creșterii și dezvoltării fizice, convulsii epileptice, spasticitate asociată cu hipotonie musculară, dificultăți de alimentare.

Abordarea copilului cu sindrom Miller-Dieker include și echipa de reabilitare medicală, implicată în managementul manifestărilor neurologice ale bolii. În primii ani de viață copilul prezintă hipotonia axială asociată cu spasticitate distală; mai târziu, spasticitatea distală este frecventă, asociată cu hipotonia proximală.

Boli genetice dominante autozomale

Neurofibromatoza tip 1 (boala von Recklinghausen)

Prezintă ca și manifestări constante ale bolii petele tegumentare de culoarea cafelei cu lapte (pete café-au-lait) și tumorile cutanate situate de-a lungul nervilor periferici, numite neurofibroame. Alte trăsături ale bolii pot fi scolioza, încurbarea hipoplastică a membrilor inferioare cu pseudoartroză la naștere, leziunile osoase cu osteoscleroză localizată, fuziunile costale, spina bifida sau absența rotulei.

Medicina fizică și de reabilitare se adresează manifestărilor scheletale ale bolii, având ca și obiective principale corectarea posturală, corectarea deviațiilor axiale vertebrale, tonifierea musculară progresivă.

Boli genetice recesiv X-linkate

Distrofia musculară progresivă Duchenne

Debutul bolii este în jurul vârstei de 3 ani (între 2-4 ani). Primele semne sunt reprezentate de oboseală musculară și slăbirea progresivă a musculaturii centurilor, în special a șoldului. Apar amiotrofii cu deficit motor al musculaturii centurii pelvine. Copilul prezintă mers dezordonat, dificil, legănat, cu frecvente căzături, diferit de mersul anterior, dacă aceste achiziții au fost prezente. Capacitatea de alergare, dacă a fost achiziționată, va fi rapid pierdută. Apar progresiv dificultăți în urcarea scărilor, mersul devine ezitant, cu risc de cădere, dificultăți de menținere a echilibrului și de redresare de la o poziție la alta. Se pot remarca următoarele aspecte clinice: pseudohipertrofia mușchilor, retracții tendinoase, hiperlordoza lombară, mersul pe vârfuri. Ulterior, poziția șezând este afectată datorită stăcii trunchiului. Problemele de alimentație, afectarea severă a musculaturii respiratorii și afectarea cardiacă reprezintă probleme majore cu risc vital.

Managementul retracțiilor tendinoase este o parte importantă în cadrul terapiei de reabilitare a copilului cu distrofie Duchenne. Cele mai frecvente retracții tendinoase sunt întâlnite la nivelul flexorilor plantari, ischiogambierilor, flexorilor șoldului, tractului iliotalibial, flexorilor cotului și flexorilor pumnului. Exercițiile de stretching ar trebui să fie efectuate cel puțin de 4-6 ori pe săptămână și ulterior să devină parte din rutina de zi cu zi. În pofida îngrijorărilor asupra faptului că exercițiul fizic ar putea produce leziuni induse de contracția musculară și slăbiciune musculară prin suprasolicitare, nu sunt dovezi că exercițiul aerobic sau exercițiul de tip rezistiv moderat sunt nocive pentru pacientul cu distrofie Duchenne.

Ortezele gleznă-picior, de noapte, pot fi folosite pentru a ajuta la controlul contracturilor gleznei. Ortezele genunchi-gleznă-picior pot fi utile în timpul etapei când mersul pe jos devine foarte dificil sau imposibil. Programele de menținere în ortostatism (într-un verticalizator sau fotoliu rulant cu acționare electrică și dispozitiv pentru ortostatism) sunt recomandate după ce mersul pe jos devine imposibil. Pe măsură ce dificultatea la mers crește, se recomandă ca un fotoliu rulant electric să fie furnizat. Ideal este ca fotoliul rulant electric inițial să fie adaptat și personalizat pentru a optimiza confortul, postura și simetria. Unii experți recomandă, de asemenea, fotoliul rulant electric cu dispozitiv de ridicat în ortostatism inclus, dacă este disponibil. Pe măsură ce boala progresează, tusea va deveni mai puțin eficientă, și modalitățile de a o îmbunătăți pot fi extrem de utile, cum ar fi tehnicile de asistare manuală sau asistată.

Bibliografie:

- Alexander MA, Matthews DJ. Pediatric rehabilitation: principles and practice, fifth edition. Demos Medical New York, 2015
- Campbell SK, Vander Linden DW, Palisano RJ. Physical therapy for children. Elsevier, 2006
- Ginn SL, Alexander IE, Edelstein ML, Abedi MR, Wixon J. Gene therapy clinical trials worldwide to 2012 - an update. J Gene Med. 2013;15(2):65-77
- Guralnick, M. J. Why early intervention works: A systems perspective. Infants and Young Children 2011, 24, 6-28.
- Winders, P. C. Gross motor development and Down syndrome. <http://www.ndss.org/en/Education-Development--Community-Life/Therapies--Development/Physical--Occupational-Therapy/#gross>
- <http://edubolirare.ro/node/47>
- <https://learn.genetics.utah.edu/content/disorders>
- The Diagnosis and Management of Duchenne Muscular Dystrophy: A Guide for Families - March 2010

BLEPHA CLEAN®

CE 0439

Bine tolerat, potrivit și pentru tegumental 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
INSTITUTUL EUROPEAN
DE COSMETICĂ

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.”*

- 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)



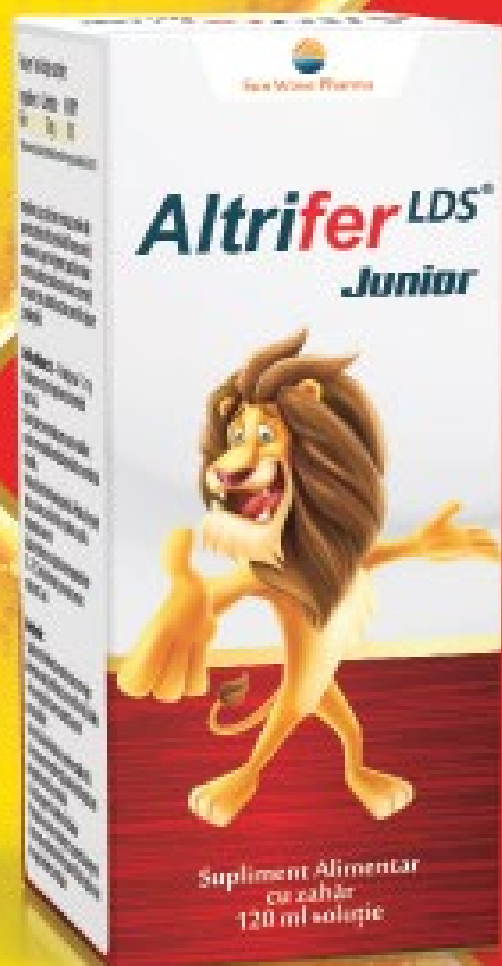
Testat sub control oftalmologic



Pentru sugații ca și cum ai avea de 5 ani (și alții)



Sun Wave Pharma
Making Tomorrow Healthier



Fierul oral nr

1

• LIPSIT DE REACȚII ADVERSE¹ • BIODISPONIBILITATE MAXIMĂ² • COMPLIANȚĂ RIDICATĂ •

www.sunwavepharma.com

Medicament medical profilactic și/sau în doza orală de 100 mg/5 ml. Acesta este un supliment alimentar (SIA) cu arome și parafarmaceutice (de exemplu, zahăr).

1. SUNWAVE-ALTRIFER 100/5: Proveniență și control de înaltă calitate în ceea ce privește siguranța și eficacitatea. Sursa: United Nations (Children) Fund/World Health Organization, 1999.